Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Atenção à saúde bucal
no município de São Paulo
de 2005 a 2007**

Laura Pereira Robles

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutora em
Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública

Orientador Prof. Dr. Roberto A.
Castellanos Fernandez

São Paulo

2008

**Atenção à saúde bucal
no município de São Paulo
de 2005 a 2007**

Laura Pereira Robles

**Tese apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em
Saúde Pública**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientador Prof. Dr. Roberto A.
Castellanos Fernandez**

São Paulo

2008

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, instituição e ano da tese.

Brasil, meu Brasil brasileiro (Ary Barroso, 1939)

São, São Paulo meu amor (Tom Zé, 1968)

Ao meu amor, Antonio Robles Junior, companheiro e amigo, pelo exemplo, apoio, presença e atenção. Pela disposição em ouvir, cultivar a paz, compreender e perdoar, nas alegrias e tristezas.

AGRADECIMENTOS

Agradecer não é fácil, pois é possível cometer injustiças. Para que isso não ocorra, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram ou estão na minha vida e contribuíram para a minha evolução e a construção deste trabalho. Agradeço:

À Deus.

Aos meus pais, exemplos de força e tenacidade. À presença de minha mãe, tão lúcida, que me envaidece. À memória de meu pai, que foi meu fã incondicional e verdadeiro amigo, durante o percurso em que acompanhou a minha vida.

Aos meus filhos e neto que me fazem ter força para dar bons exemplos, aceitar desafios construtivos e cumprir com os compromissos assumidos, como pessoa, mãe, profissional e amiga.

Ao amigo e professor Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez, pela sensibilidade, conhecimentos, orientações e, principalmente, pelo apoio e incentivo na elaboração da tese e no enfrentamento dos obstáculos. Agradeço pelo companheirismo que sempre demonstrou:

– Castellanos! Tenho muita admiração, carinho e respeito por você!

Aos sujeitos da pesquisa, construtores do conhecimento que ela encerra.

A FSP e a todos os seus professores, amigos e funcionários que colaboraram para que tudo ocorresse bem e sem problemas. Aos que direta ou indiretamente contribuíram com este estudo, principalmente ao bibliotecário José Estorniolo Filho, que muito me auxiliou nas referências.

À Prefeitura da cidade de São Paulo, e especialmente a Secretaria Municipal da Saúde, onde este trabalho foi desenvolvido.

À Dra. Maria da Candelária Soares, colega e amiga, por abrir as portas da CODDEPS para a pesquisa, a quem parabênizo pela determinação.

À banca da qualificação que me orientou para a melhoria da qualidade da tese.

À banca examinadora pela paciência, orientação, carinho, atenção e contribuições teóricas na pré-banca e em todo o decorrer deste trabalho.

Aos autores citados e referenciados, que forneceram os subsídios.

Ao Professor Dr. Antonio Robles Jr, pela escolha do meu tema, e principalmente, por me incentivar e valorizar no decorrer deste estudo.

À Professora Dra. Arilda Godoy, pela amizade, incentivo e colaboração.

À Dra. Regina Marques, pelo carinho, atenção e contribuições.

Ao Dr. Paulo Capel Narvai, pelas “dicas” inteligentes e pertinentes.

À Dra. Claudia M. Bógus pelo apoio e orientações nos grupos focais.

Ao mano Léo, colaborador nas discussões dos resultados da pesquisa.

À Profa. Rodica, que me proporcionou importante desenvolvimento.

Às psicólogas, mediadoras das entrevistas coletivas e grupos focais.

A Sandra e Josefa, fiéis colaboradoras nas tarefas do dia a dia.

Às “meninas de ouro” que auxiliaram na digitação dos textos.

À Adaci, José Eduardo e Raquel Helena pelo apoio e compromisso com a elaboração da tese.

À amiga Márcia Alejandro Arbex pelo incentivo, auxílio e carinho.

Aos colegas, com quem tive o prazer de trocar experiências, expressar opiniões e atualizar conhecimentos da saúde coletiva.

Aos meus clientes, pela paciência que tiveram de ouvir sobre a tese.

Aos muitos amigos e amigas, pela constante demonstração de afeto.

A todos que torceram por mim e amargaram comigo esse tempo de aprisionamento ao foco deste estudo, que nos privou da convivência.

Àquelas pessoas que me trazem alegria...

Às pessoas de quem sinto muitas saudades...

Aos que me ouviram e aconselharam em momentos difíceis...

Às pessoas que me deram força, quando eu estava desanimada:

- Amor e abraços aos que não consegui expressar minha gratidão...

Ao Brasil, brasileiro, que se programou a ser sorridente!

Ao MSP, que é o nosso amor...

Robles LP. Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

RESUMO

Introdução - As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB) de 2004 referendadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) reorientam a Atenção à Saúde Bucal (ASB) no país. **Objetivos** - Verificar como as DPNSB estão acatadas e implantadas no município de São Paulo (MSP); identificar e analisar documentos relativos às DPNSB, do estado e MSP para a ASB. **Métodos** - Pesquisa qualitativa, descritiva e interpretativa. Utilizou-se referencial teórico, documentos oficiais, observação não participante, entrevistas individuais, com coordenadoras de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde, entrevistas coletivas com interlocutores e grupos focais com representantes de equipe de saúde bucal e conselheiros gestores. A partir das DPNSB, das municipais, e do relatório do quarto eixo da 3ª CNSB sobre a ASB construiu-se roteiro para todos os sujeitos da pesquisa. Houve triangulação de técnicas de coleta, sujeitos, espaços e fontes de dados. Destacaram-se posturas, idéias centrais, problemas, experiências de êxito e propostas. O exposto foi discutido e comparado com referencial teórico, contexto dos documentos e observações coletadas. **Resultados** - Apresentaram-se percepções dos sujeitos da pesquisa, sobre: acesso, espaço físico, urgência, Programa Saúde da Família (PSF), centros de especialidades odontológicas, relações com outras secretarias, parcerias, programas especiais, uso do Flúor e material de higiene bucal, em diferentes estágios de implantação no MSP. **Conclusões** - As DPNSB refletem-se nas municipais, com dificuldades de execução. Fatores políticos interferiram, com recuperação a partir de 2004. Há avanços em especialidades odontológicas, regulação de vagas, trocas de equipamentos, estratégia do PSF, inovações em programas, tratamentos domiciliares, campanhas de prevenção do câncer e respeito ao conselho gestor. Há problemas com: acesso, em especial dos adultos; espaço físico (incluindo o dos portadores

de necessidades especiais); manutenção, integração dos serviços de urgência e atenção básica; conflitos entre pessoas do setor público e PSF; divergências técnicas; falta de: materiais, intersetorialidade, heterocontrole do Fluor, protocolos de encaminhamentos e retornos de dados do sistema de informações. Sugeriu-se melhorias na gestão da ASB com envolvimento de todos no planejamento, operacionalização e humanização, visando integração e integralidade. Indicou-se estudos loco-regionais do tema, dada a magnitude do MSP.

Descritores: Saúde Bucal; Políticas Públicas de Saúde; Planejamento em Saúde; Assistência Odontológica Integral; Serviços de Saúde Bucal.

Robles LP. Oral health care in São Paulo city from 2005 to 2007. [Doctorate Thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

Introduction - The Brazilian Oral Health National Policy Guidelines (BOHNPG) supported by The Oral Health 3rd National Meeting (OHTNM - 2004) reoriented the Brazilian oral health care (BOHC). **Objectives** – To verify how the São Paulo Municipality (SPM) adopted and implemented the BOHNPG; to identify and to analyze São Paulo state and SPM oral health care (OHC) documents. **Methodology** - Qualitative, descriptive and interpretative research. It was utilized: theoretical references, official documents, non-participative observation, personal interviews with, oral health coordinators (Municipality Health Secretary), group interviews (with interlocutors) and focal groups applied to oral health teams' representatives and to Management Counselors (users' level). The overall interview basic plan was based upon BOHNPG, SPM documents and 3rd NBOHC Meeting 4th axis report. A triangular approach was applied to techniques used for analyzing the data, considering individuals, environment and their sources, and for identifying individuals' perception, central ideas, problems, successes and proposals. The information was compared with theoretical references and documents context. **Results** – Individuals' perception at SPM different stages implementation including: access, physical environment, emergency, Family Health Program (FHP), dentistry specialized centers, departments' relationships, partnerships, special programs, fluoride use, and oral hygienic material. **Conclusions** - The BOHNPG are reflected into the SPM ones, although with operational difficulties. Political issues interfered, but with improvements from 2004. Oral health specialties, vacancies regulation, equipments changes, FHP strategies, programs innovation, home care procedures, cancer prevention campaigns and to management counselor consideration improvements were pointed. Problems identified

were: access, especially for adults; physical space (including for special need persons); emergence and basic care services integration and maintenance; conflicts among FHP and SPM personnel; technical divergences; and lack of: materials, sectors integration; fluoride external control, information system protocols for entering and returning data. It was suggested improvement on OHC management with further overall involvement in planning, operation, humanity in the sense to integration and integrality. Local and regional studies need focusing the theme was pointed due to the São Paulo city size.

Keywords: Oral Health; Health Public Policies; Health Planning; Integral Oral Health Care; Oral Health Services.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	29
1.1	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	30
1.2	O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	39
1.2.1	Caracterização do Município	39
1.2.2	A Organização da Secretaria Municipal de Saúde	40
1.2.3	A Saúde Bucal no Município de São Paulo	44
1.3	CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL	57
1.3.1	Cenários	58
1.3.2	Indicadores Epidemiológicos	60
1.3.3	Enfoques dos Temas das CSB.....	63
1.3.4	Modelos de Atenção Básica	65
1.3.5	Fluoretação das Águas de Abastecimento Público	74
1.3.6	A Saúde Bucal no sistema Único de Saúde	76
1.3.7	Controle Social	81
1.3.8	Formação e Trabalho em Saúde	85
1.3.9	Financiamento	93
1.3.10	Tecnologia	100
1.4	TEMAS SELECIONADOS DA 3ª CNSB, DPNSB E DPMSB.....	105
1.4.1	Acesso.....	105
1.4.2	Espaço Físico	112
1.4.3	Urgência e Emergência	119
1.4.4	Programa Saúde da Família.....	122
1.4.5	Centro de Especialidades Odontológicas	133
1.4.6	Sistemas de Informação	137
1.4.7	Relações com outras Secretarias.....	142
1.4.8	Parcerias	146
1.4.9	Programas Especiais.....	150
1.4.10	Uso do Flúor	152

1.4.11	Materiais e Produtos para Higiene Bucal	157
1.4.12	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.....	159
1.4.13	Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal	164
2	OBJETIVOS.....	169
2.1	OBJETIVO GERAL	169
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	169
3	MÉTODOS	171
3.1	MÉTODO QUALITATIVO.....	172
3.2	PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE	173
3.3	AMOSTRAGEM EM PESQUISA QUALITATIVA	174
3.4	A COLETA DE DADOS.....	176
3.4.1	Entrevistas Semi-Estruturadas	176
3.4.2	Entrevistas Coletivas	178
3.4.3	Grupo Focal.....	179
3.4.4	O Papel do Entrevistador e Moderador	180
3.4.5	Gravação, Anotações e Transcrições de Dados.....	181
3.4.6	Observação “Não Participante”	182
3.4.7	Documentos	182
3.5	APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE	183
3.5.1	Categorização e Sumarização de Dados	183
3.5.2	O Processo de Interpretação e Análise	184
3.5.3	Triangulação.....	187
3.5.4	Aspectos Éticos	188
3.6	O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	189
3.6.1	Escolha dos Sujeitos da Pesquisa.....	189
3.6.2	Local e População de Estudo	193
3.6.3	Roteiro para coleta de Dados, Aplicação e Equipamentos.....	193
3.6.4	Gravação, Audiência, Transcrições, Leitura e Codificação.....	197
3.6.5	Perfil dos Respondentes	198
3.7	TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS.....	204
3.8	REFLEXÕES SOBRE O ANDAMENTO DOS TRABALHOS.....	206

4	RESULTADOS.....	207
4.1	ACESSO	208
4.2	ESPAÇO FÍSICO	224
4.3	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	234
4.4	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	243
4.5	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	256
4.6	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	270
4.7	RELAÇÕES COM OUTRAS SECRETARIAS	286
4.8	PARCERIAS	297
4.9	PROGRAMAS ESPECIAIS	304
4.10	USO DO FLÚOR.....	312
4.11	MATERIAL DE HIGIENE BUCAL	316
4.12	DPNSB.....	320
4.13	DPMSB	322
5	DISCUSSÃO	339
5.1	ACESSO	340
5.2	ESPAÇO FÍSICO	346
5.3	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	349
5.4	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	352
5.5	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	356
5.6	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	358
5.7	RELAÇÕES COM OUTRAS SECRETARIAS	362
5.8	PARCERIAS	368
5.9	PROGRAMAS ESPECIAIS	370
5.10	USO DO FLÚOR.....	373
5.11	MATERIAL DE HIGIENE BUCAL.....	376
5.12	DPNSB.....	379
5.13	DPMSB	380
6	CONCLUSÕES.....	387
7	REFERÊNCIAS.....	405

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro para levantamento da situação atual e condições necessárias para implantar no município de São Paulo as proposições voltadas à organização da atenção em saúde bucal	421
Apêndice 2 – Itens das DPNSB, DPMSB, 2ª CMSB e 3ª CNSB que nortearam a formulação dos roteiros de questões para entrevistas	425
Apêndice 3 – Roteiro de questões para entrevistas.....	427
Apêndice 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido	429
Apêndice 5 – Convite para participação dos grupos	430
Apêndice 6 – Perfil dos participantes	431
Apêndice 7 – Matriz para esquema analítico de posturas, categorias e sujeitos	435

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer de Aprovação. Comitê de Ética – FSP/USP	445
Anexo 2 – Parecer de Aprovação. Comitê de Ética em Pesquisa -SMS.....	446
Anexo 3 – Relatório da Atividade Programada	447

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Recursos financeiros, dotação, empenho e Indicadores de Execução Orçamentária (IEO) da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, MSP, 2006.	43
Tabela 2 -	Demonstrativo da receita e da aplicação dos recursos na saúde (conforme a EC 29/2000) da Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, 2006.....	43
Tabela 3 -	Histórico das aplicações de recursos para o setor saúde de acordo com parâmetros da EC 29/2000, MSP, 2000 a 2006.	43
Tabela 4 -	Número de habitantes abrangidos pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, MSP, em 2005 e 2007.	45
Tabela 5 -	Distribuição das Unidades de Saúde da Atenção Básica e Especializada com serviços odontológicos, segundo tipo e Coordenadoria Regional de Saúde da SMS, município de São Paulo, em agosto de 2007.	47
Tabela 6 -	Distribuição de hospitais municipais (HM), postos de pronto socorro (PS) e pronto atendimento (PA) com serviços odontológicos, segundo Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, município de São Paulo, em agosto de 2007.	48
Tabela 7 -	Distribuição dos centros odontológicos especializados (COE) e centros de especialidades odontológicas (CEO) por região e condição de credenciamento pelo Programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde, MSP, em agosto de 2007.	48
Tabela 8 -	Distribuição das Unidades Básicas de Saúde na estratégia da saúde da família, conforme a modalidade e números de equipes de saúde bucal, nas Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, MSP, em agosto de 2007.	48
Tabela 9 -	Total de primeiras consultas odontológicas realizadas em Unidade Básica de Saúde por Coordenadorias Regionais de Saúde no MSP, em 2004, 2005 e 2006, segundo o ano.....	49
Tabela 10 -	Total de procedimentos coletivos em Saúde Bucal realizados por CRS, no MSP, em 2004 e 2006.....	50
Tabela 11 -	Índices ceo, CPO-D e pessoas livres de cárie no município de São Paulo (1998 e 2002) e Brasil (2002/2003), segundo idade e grupo etário.	50
Tabela 12 -	Percentual de pessoas com agravos bucais, no MSP (2002) e no BR (2002-2003), segundo idade e grupo etário.	51

- Tabela 13** – Comparação do número e percentual do incremento de procedimentos ambulatoriais e odontológicos em estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde do MSP, em 2002 e 2006. 52
- Tabela 14** – Comparação do número e percentual do incremento de procedimentos odontológicos totais e por especialidades em estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a SMS do MSP, em 2002 e 2006. 53
- Tabela 15** – Número e percentual de Procedimentos Odontológicos por Especialidades em relação ao Total de Procedimentos de Especialidades Odontológicas em estabelecimentos de Saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo em 2006. 53
- Tabela 16** – Número de Cirurgiões-Dentistas (CD) segundo tipo de serviço odontológico e regional de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, do MSP, em outubro de 2007. 53
- Tabela 17** - Número de Atendentes de Consultório Dentário (ACD) nos serviços odontológicos da SMS, segundo Coordenadoria Regional de Saúde e local de trabalho no MSP, em agosto de 2007. 54
- Tabela 18** - Número de Técnicos de Higiene Dental (THD) nos Serviços Odontológicos da Secretaria Municipal de Saúde, segundo Coordenadoria Regional de Saúde e local de trabalho, no município de São Paulo, em agosto de 2007. 55
- Tabela 19** – População, Serviços de Saúde e 1ª consulta por Coordenadoria Regional de Saúde, no MSP, em 2006/2007. 56
- Tabela 20** – Distribuição percentual da população, serviços de saúde e 1ª consulta por Coordenadoria Regional de Saúde no município de São Paulo, em 2006/2007. 56
- Tabela 21** - Relação entre Equipes de Saúde da Família com saúde bucal implantadas, município de São Paulo, setembro de 2007. 130
- Tabela 22** - População coberta pelo PSF com saúde bucal, município de São Paulo, setembro de 2007. 130
- Tabela 23** – Valor de recursos repassados conforme tipo de Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2005. 134
- Tabela 24** - Distribuição percentual da necessidade de próteses, por faixa etária, na Região Sudeste, Brasil, de 2002 a 2003. 136
- Tabela 25** - Classificação das amostras de água segundo o teor de Flúor, Estado de São Paulo, 1995. 154

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Programas e ações de Atenção Odontológica: Básica, Especializada, e em Âmbito Hospitalar, no MSP em 2005.	47
Quadro 2 -	Conferências de Saúde Bucal: nacionais, paulistas e paulistanas (1986, 1993 e 2004).	58
Quadro 3 -	Cenário sócio-político do período em que foram realizadas as Conferências de Saúde Bucal (1986, 1993 e 2004).	59
Quadro 4 -	Indicadores epidemiológicos relacionados à SB apresentados nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e em 2004.	62
Quadro 5 -	Temas Centrais nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e 2004.	63
Quadro 6 -	Evolução do Modelo de Atenção à Saúde Bucal (MASB) nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e 2004.	67
Quadro 7 -	Propostas de Modelos de Atenção à Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do ESP, 1986.	71
Quadro 8 -	Propostas de Modelos de Atenção à Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1993.	72
Quadro 9 -	Propostas de Modelos de Atenção à Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 2004.	73
Quadro 10 -	Propostas de fluoretação das águas de abastecimento nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 2004.	75
Quadro 11 -	Propostas de inserção da SB no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo em 1986, 1993 e 2004.	77
Quadro 12 -	Propostas de inserção do Controle Social no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.	82
Quadro 13 -	Propostas para formação dos profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.	85
Quadro 14 -	Propostas para melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.	88

Quadro 15 - Propostas para o financiamento da Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.	95
Quadro 16 - Propostas para melhoramento nas tecnologias utilizadas em Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, em 1986, 1993 e 2004..	100
Quadro 17 - Ênfases nas Propostas para melhoramento de tecnologias para a Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, em 1986, 1993 e 2004.	102
Quadro 18 - Âmbitos estratégico, tático e operacional na incorporação de novas tecnologias utilizadas em Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, em 1986, 1993 e 2004.	103
Quadro 19 - Ênfases das propostas em relação à incorporação de novas tecnologias em saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.	103
Quadro 20 - Composição e indicadores da execução orçamentária do Programa Saúde da Família, município de São Paulo, 2006.	127
Quadro 21 – CEO implantados segundo Supervisão Técnica de Saúde e Portarias de credenciamento, município de São Paulo, outubro de 2007.	135
Quadro 22 - Níveis de atuação dos sujeitos da pesquisa e técnicas de abordagem na Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, 2007..	190
Quadro 23 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Acesso no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	223
Quadro 24 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Espaço Físico no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	233
Quadro 25 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Urgência e Emergência no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	242
Quadro 26 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre PSF no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	255
Quadro 27 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre CEO no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	269

Quadro 28 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre SI no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.....	285
Quadro 29 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Relacionamentos com outras Secretarias no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	296
Quadro 30 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Parcerias no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”.	303
Quadro 31 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Programas Especiais no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	311
Quadro 32 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Uso do Flúor no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	315
Quadro 33 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre Material de Higiene Bucal no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	319
Quadro 34 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre as DPNSB no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	322
Quadro 35 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre as DPMSB no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.	338

Lista de Figuras

- Figura 1** - Estrutura Organizacional da Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, em 2006 e 2007.41
- Figura 2** - Localização das Supervisões Técnicas de Saúde do município de São Paulo, segundo área de abrangência em 2005 / 2007. São Paulo, 2007.46

Siglas Utilizadas

AB	- Atenção Básica
ABINAM	- Associação Brasileira das Indústrias de Águas Minerais
AC	Agente Comunitário
ACD	- Atendente de Consultório Dentário
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ACSB	- Ações Coletivas em Saúde Bucal
AE	- Ambulatório de Especialidades
AES	- Agente Escolar de Saúde
AIDS	- Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
AI	- Ações Integradas de Saúde
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	- Agência Nacional de Saúde
AO	- Assistência Odontológica
AOPSP	- Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo
APCD	- Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas
ART	- <i>Atraumatic Restorative Treatment</i>
ART	- Tratamento Restaurador Atraumático
ASB	- Atenção à Saúde Bucal
BOHC	- <i>Brazilian Oral Health Care</i>
BOHNPG	- <i>The Brazilian Health National Police Guidelines</i>
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BR	Brasil
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CADASE	- Centro de Apoio ao Desenvolvimento
CAT	- Comunicação de Acidente no Trabalho
CD	- Cirurgião Dentista
CEDB	- Controle Epidemiológico de Doenças Bucais
CEFOR	- Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde
CEInfo	- Centro de Informações da Prefeitura do Município de São Paulo

CEME	- Central de Medicamentos
ceo	- Cariados, Perdidos e Obturados (para Dentes Decíduos)
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	- Dentes decíduos Cariados, Perdidos e Obturados
CEP	- Comissão de Ética em Pesquisa
CEPI	- Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação
CES	- Conselho Estadual de Saúde
CESB	- Conferência Estadual de Saúde Bucal
CETESB	- Companhia de Tecnologia e Saneamento Ambiental
CFO	- Conselho Federal de Odontologia
CG	- Conselho Gestor
CGDRH	- Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o MS/SUS
CIB	- Comissão Intergestora Bipartite
CIPA	- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CMSB	- Conferência Municipal de Saúde Bucal
CNCC	- Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CNSB	- Conferência Nacional Bucal
CODEPPS	- Coordenação do Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
COE	- Centro Odontológico Especializado
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
COMSAT	- Comissão de Saúde do Trabalhador
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSEMS	- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
COVISA	- Coordenadoria da Vigilância Sanitária
CPMF	- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CPO-D	- Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
CREMESP	- Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRDST	- Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis
CREO	- Centro Regional de Especialidades Odontológicas
CRO	- Conselho Regional de Odontologia
CRS	- Coordenadorias Regionais de Saúde
CS	- Controle Social
CSB	- Conferência de Saúde Bucal
DATASUS	- Dados do Sistema Único de Saúde
DME	- Departamento de Merenda Escolar
DPMSB	- Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal
DPNSB	- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
DS	- Distrito de Saúde
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	- Emenda Constitucional
EPI	- Equipamento Proteção Individual
ERSA	- Escritório Regional de Saúde
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
ESP	- Estado de São Paulo
<i>FHP</i>	- <i>Family Health Program</i>
FO	- Faculdade de Odontologia
FSP	- Faculdade de Saúde Pública da Usp
FUMDES	- Fundo Municipal de Desenvolvimento Social
FMS	- Fundo Municipal de Saúde
FPM	- Fundo de Participação dos Municípios
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
FUNDEF	- Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
FURP	- Fundação para o Remédio Popular

GEPRO	- Grupos Especiais de Desenvolvimento de Programas
GF	- Grupo Focal
GM	- Gabinete do Ministro
GMS	- Gabinete do Ministro da Saúde
GT	- Grupo de Trabalho
HM	- Hospital Municipal
HSPM	- Hospital do Servidor Público Municipal
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IEO	- Indicadores da Execução Orçamentária
IES	- Instituições de Ensino Superior
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IP	Indicação para Prótese
LC	- Lei Complementar
LRPD	- Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MASB	- Modelos de Atenção à Saúde Bucal
MEC	- Ministério da Educação
MG	- Minas Gerais
MP	- Medida Provisória
MS	- Ministério da Saúde
MSP	- Município de São Paulo
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
<i>OHC</i>	- <i>Oral Health Care</i>
<i>OHTNM</i>	- <i>THE ORAL HEALTH 3rd NATIONAL MEETING</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização não Governamental
PA	- Pronto Atendimento
PAB	- Piso da Atenção Básica
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	- Plano de Atendimento à Saúde

PC	- Procedimentos Coletivos ou Problema Cerebral
PCCS	- Plano de Cargo, Carreira e Salário
PPA	- Plano Plurianual
PEPS	- Pólos de Educação Permanente nos Estados
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	- Produto Interno Bruto
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNPS	- Política Nacional de Promoção à Saúde
PNS	- Política Nacional de Saúde
PNSB	- Política Nacional de Saúde Bucal
POI	- Programação e Orçamento Integrada
PPI	- Programações Pactuadas Integradas
PRAOD	- Plano de Reorientação da Assistência Odontológica
PS	- Pronto Socorro
PSF	- Programa Saúde da Família
PSM	- Pronto Socorro Municipal
RH	- Recursos Humanos
SABESP	- Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SAE	- Serviços de Atendimento Especializado
SB	- Saúde Bucal
SBC	- Saúde Bucal Coletiva
SEADE	- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEMAB	- Secretaria Municipal de Abastecimento
SES	- Secretaria de Estado da Saúde - SP
SESP	- Serviço Especial de Saúde Pública
SI	- Sistema de Informação
SIA/SUS	- Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIAB	- Sistema de Informação de Atenção Básica
SIGAB	- Sistema de Informação da Gestão da Assistência Básica
SILOS	- Sistemas Locais de Saúde

SINPAS	- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	- Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde
SIS	- Sistema de Informação em Saúde
SISO	- Sistema Odontológico Integrado
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SNIS	- Sistema Nacional de Informação em Saúde
SP	- São Paulo
SPM	- <i>São Paulo Municipality</i>
SPS	- Secretaria de Políticas de Saúde
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TABNET	- Aplicativo Estatístico do DATASUS
THD	- Técnico em Higiene Dental
TPD	- Técnico em Prótese Dentária
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	- Unidade de Saúde
USP	- Universidade de São Paulo
WHO	- <i>World Health Organization</i>

1. INTRODUÇÃO

A Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo (MSP) é complexa, pois a cidade está entre as maiores do mundo em número de habitantes, com diferenças culturais e desigualdades sócio-econômicas.

A Saúde Bucal é parte da saúde geral do ser humano, reflete as condições de saúde, sócio-econômicas e qualidade de vida.

Trata-se de um desafio para a gestão pública manter os serviços acessíveis e eficientes numa cidade tão complexa, onde algumas subprefeituras têm mais habitantes que muitos municípios brasileiros. Têm-se como base para o estudo parâmetros de documentos governamentais para a Atenção à Saúde Bucal (ASB) e dos relatórios das Conferências de Saúde Bucal, visto, nos últimos anos, a Saúde Bucal (SB) ter adquirido relevância dentre as políticas de saúde.

O Governo Federal brasileiro lançou em 2004 as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB), documento normatizador que busca a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na área. O MSP teve suas Diretrizes para a Política Municipal de Saúde Bucal (DPMSB), lançadas no ano de 2005 - Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal, aperfeiçoadas em 2006 e complementadas com o Projeto Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal em 2007.

As Conferências de Saúde Bucal (CSB) nos níveis federal, estadual e municipal contribuíram de forma importante ao sistematizar propostas, que serão apresentados ao longo do estudo.

Justificou-se o estudo pela importância de conhecer o que o MSP acolheu das propostas da DPNSB na elaboração de suas diretrizes e na implantação da ASB.

1.1 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que “saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social” (WHO, 1946). Esta declaração reforçou idéias em defesa da abordagem integral, favoreceu políticas de saúde mais abrangentes e mudanças na formação dos profissionais de saúde (CAMPOS, 2006). Para MINAYO (2006), essa definição tornou a saúde numa possibilidade rara ou inexistente, deixando à mostra uma variedade de estados indefinidos entre o saudável e a doença.

Entre as décadas de 1960 e 1970 cresceu o interesse maior pela área de saúde associada a estudos das ciências sociais (CAMPOS, 2006). Nos últimos 40 anos percebeu-se que a teoria unicausal não explicava as inter-relações entre as condições de vida e o surgimento de doenças, estas, por sua vez, puderam ser explicadas pelas teorias multicausais. E conforme NUNES (2006), somente na segunda metade dos anos 1970, os estudos avançaram no entendimento da determinação social do processo saúde-doença. Com LAURELL (1977) surge a proposta da epidemiologia social acolhida na América Latina nas últimas décadas do século XX. Para CARVALHO (2002) a necessidade de equidade social no Brasil conduziu a estudos que agregaram a área da saúde, a do trabalho e a do ambiente. Hoje, as condições de saúde não ficam restritas ao bem estar físico, incorporando também aspectos psico-sociais que podem determinar riscos para a saúde, incluindo a SB.

As desigualdades sociais que se referem ao estado de saúde e ao perfil patológico da população são fortemente influenciadas pela organização social, podendo ser compensadas em parte pelas políticas públicas, no entanto, as que se referem à oferta, acesso e utilização de serviços de saúde são influenciados pelas políticas de saúde e pela organização de serviços (BARATA, 2006).

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, ampliaram-se as discussões sobre saúde (movimento sanitário) onde o tema foi

debatido em espaços e situações inusitadas. Foram lançados os fundamentos das propostas do SUS, com pactos pela vida, pela gestão e pelo SUS, onde aconteceram debates com diferentes segmentos, para propor uma política transversal, integrada e intersetorial.

As “atividades estatais” variam conforme os princípios econômicos, jurídicos, políticos e informativos da estrutura constitucional, pois de acordo com a conferência citada e com a Constituição Federal que em seu Art. 196 preceitua:

“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” (BRASIL, 1988).

O Estado é a única instância da sociedade que detém os instrumentos legítimos para redistribuir as riquezas socialmente produzidas, dentre elas a atenção à saúde como direito do cidadão (COHN, 2006).

Quando um governo adota a saúde para todos, se compromete a fomentar o progresso e desenvolvimento, estimulando a busca da qualidade de vida, porém este percurso depende de vontade política (MS, 1986a).

Em Saúde Coletiva o diagnóstico realiza-se com base em dados epidemiológicos, morbidade e mortalidade, podendo ser combinados com a análise de risco e com a história do que causou o problema coletivo de saúde. Segundo CAMPOS (2006), além dos dados epidemiológicos os gestores da saúde poderão valer-se de estratégias (reuniões, observações e entrevistas com usuários) para que as linhas de intervenção fiquem mais nítidas.

O termo “risco” surgiu do jargão epidemiológico, na década de 1920, e nesse momento foi usado como um adjetivo, indicando domicílios, bairros, cidades e populações vivendo sob um conjunto de aspectos que constituam situações desfavoráveis à saúde (AYRES et al., 2006).

A reorientação da sociologia da saúde conta com o que Talcott Parsons (1902-1979) conceituou como o papel do doente e o papel do médico, de acordo com o citado por NUNES (2006), onde a doença é vista

como uma forma de desvio social e o cuidado como um mecanismo de controle social para a restauração do equilíbrio.

NUNES (2006) afirmou que, nas últimas décadas, o país realizou um intenso projeto de conhecimento da saúde e de movimentos em direção às reformas. Isto veio também com a criação de cursos de pós-graduação no final da década de 1970 (em saúde pública e medicina social) e posteriormente inseridos no campo das ciências da saúde denominando-se Saúde Coletiva.

Combinar semiologia, indicadores (de risco, de morbidade e mortalidade dos sujeitos) somados a escuta e a participação do usuário, amplia o diagnóstico e a avaliação de vulnerabilidade (riscos biológicos, e os decorrentes de comportamentos subjetivos e culturais) e outros, originados do contexto socioeconômico (CAMPOS, 2006).

Nos últimos anos, ampliou-se o objeto do trabalho em saúde, que para CAMPOS (2006), a abordagem integral favoreceu e estimulou, com políticas de saúde mais abrangentes e reformas, a formação de profissionais de saúde, antes centrada no biológico e depois expandida às outras áreas (principalmente a social).

A utilização de técnicas de semiologia da doença, de avaliação do risco e vulnerabilidade continua a ser essenciais ao trabalhador de saúde. Outro fator estratégico é o dos conselhos gestores articulados com a direção da rede de serviços e a representação dos usuários (CAMPOS, 2006).

À ASB compreende ações clínicas, cirúrgicas de atendimento individual e ações sobre as causas das doenças de natureza biológica, social, econômica ou política. Estas ações (extraclínica) são englobadas por práticas de saúde, não no campo da assistência odontológica, mas no campo da SB coletiva (BOTAZZO et al., 1988).

Os problemas odontológicos, por muito tempo, tiveram um caráter secundário nas políticas públicas. Ações de Cirurgiões-Dentistas (CD) e auxiliares, enfatizando a prevenção e relacionando a doença bucal com outras verificações, teriam diminuído o número de casos, se a centralidade não estivesse na assistência. A interpretação da odontologia integral vai

além de integração entre prevenção e cura, dando importância à racionalização do trabalho odontológico, com utilização de tecnologia apropriada e incorporação de auxiliares para um trabalho em equipe (BOTAZZO et al., 1988).

A formulação e implementação das políticas de saúde estão dentro das dimensões do exercício do poder e da racionalidade, sendo que esta última envolve a organização, reorganização e prioridades, para suprir as necessidades de saúde da população sob responsabilidade do Estado (COHN, 2006).

Em Saúde Coletiva há duas vertentes para a análise das políticas de saúde: a organização dos serviços e do sistema de saúde, o impacto das reformulações nos sistemas de saúde sobre o acesso, e à satisfação da atenção às necessidades básicas de saúde (COHN, 2006).

Com o objetivo de expandir a atenção odontológica e reduzir a incidência dos problemas de maior prevalência, a política de saúde bucal implantada no país (parte do sistema global de serviços básicos de saúde) foi fundamentada num núcleo mínimo de serviços de forma a incorporar, de modo gradativo, cuidados mais complexos (PINTO, 1983).

De acordo com NARVAI (2006), para estabelecer um modelo de ASB é preciso explicitar o conceito de saúde e doença adotado pela coordenação do programa para desenvolver ações, definir um sistema de trabalho, a tecnologia para realizar a assistência e as ações coletivas para a saúde bucal a serem desenvolvidas.

A ASB tinha, em alguns municípios, a estrutura com blocos de atividades divididos em: fluoretação da água de abastecimento público; cuidados elementares executados por pessoal local polivalente; atendimento à demanda; supervisão do nível elementar; consulta domiciliar; atenção à escolares de 1º grau em escolas públicas pelo "sistema incremental", convênios com universidades, para cobrir demanda e oferta de próteses custeadas pelos usuários à preços de custo de produção (PINTO, 1983).

Com o estabelecimento de políticas de SB consistentes e coerentes aos princípios do SUS, surgiram outros aspectos para a ampliação e

melhoria dessas políticas, como: aumento do número de profissionais; necessidade de parcerias com outras instituições e programas (Fundações, Programa Saúde da Família, Organizações não Governamentais – ONG e Universidades); integração com outras secretarias; realização de programas voltados a minorias ou pacientes com necessidades especiais; ações coletivas de promoção da saúde e implantação efetiva de políticas para a SB. Estas atividades, em conjunto, proporcionam maior acesso e cobertura, sem diminuir a qualidade dos atendimentos. A este respeito, ao longo deste estudo, alguns aspectos serão aprofundados e mais detalhados.

Os programas incrementais, como o lançado em 1952 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), tinha como base teórica o sistema incremental, descrito por PINTO (1989) como um modelo para o completo atendimento de uma dada população, eliminando suas necessidades de tratamento dentário acumuladas para posteriormente mantê-la sob controle, com critérios de prioridades, idades e problemas.

Esta visão foi ampliada e os programas passaram a estimular o autocuidado, uma das dimensões do sujeito autônomo, possibilitando reflexões e abrindo espaço para reconstrução da rede de vínculos, numa ótica não “odontocêntrica” (CAMPOS, 2006; WEYNE, 1999). Os vínculos são valorizados, como afirmam CARVALHO e CUNHA (2006), e a qualificação, humanização da gestão e da atenção vêm equilibrar o poder nas relações entre trabalhadores, organização e usuário. Se não houver envolvimento com o usuário, as decisões centralizam-se em um serviço de saúde ou num profissional da equipe, reduzindo o trabalho a simples execução, gerando sobrecarga e péssima qualidade da atenção (CARVALHO e CUNHA, 2006).

Os modelos de ASB, em consonância com os princípios do SUS, têm prioridade na Atenção Primária, buscando o aumento do acesso e da resolutividade, com Procedimentos Coletivos (PC) e ações de prevenção nos espaços sociais, referenciando os casos às Unidades de Saúde (US). A experiência de acolhimento nos serviços de saúde é heterogênea tem acúmulos positivos e negativos a serem considerados.

A Constituição Federal de 1988 definiu um novo pacto federativo, transformando as condições de decisão, funções e recursos para os estados e municípios. A municipalização trouxe a indefinição das competências e atribuições dos estados, pois as transições intergovernamentais se condicionaram aos conflitos de interesses (MONNERAT et al., 2002).

Quando a rede de serviços não se constitui como tal (devido à inexistência de serviços estruturados), há como consequência uma indefinição dos fluxos, referências e contra-referências, embora possa prevalecer a demanda espontânea nas US, não funcionando, na prática, a adstrição da clientela (MONNERAT et al., 2002).

Para NARVAI (2006) as precariedades gerenciais, falta de recursos, a ausência de enfoque epidemiológico dos programas conduziu a ASB no Brasil (até o final dos anos 1990) num modelo apoiado em fatores biológicos, ofertando assistência a poucos e com procedimentos, muitas vezes, radicais e mutiladores. No entanto, esse quadro vem se alterando paulatinamente com a incorporação de políticas públicas de ampliação do acesso, inserção de novas tecnologias, fluoretação das águas de abastecimento e educação em saúde. Medidas essas que vem causando impacto na redução da cárie, uma das doenças mais prevalentes na boca.

Um dos fatores que impede a clínica compartilhada é o excesso de demanda que sobrecarrega os profissionais e seus múltiplos empregos o que é comum entre o pessoal médico e o de enfermagem (CAMPOS, 2006).

A ASB, para NARVAI (1992), é um conjunto de ações que incluem a assistência odontológica individual, buscando o alcance coletivo, transcendendo os setores interno e externo ao da saúde. ASB é multifatorial, por isso requerer ações multidisciplinares e intersetoriais.

A intersetorialidade torna-se crucial na ASB, pois reúne diversas questões sociais, educacionais, ambientais, culturais, econômicas, políticas e da organização dos serviços (entre outras). Com essa estratégia é possível atingir mais pessoas, reduzir custos e prevenir doenças, evitando tratamentos de reabilitação pela média e alta complexidade (MS, 2004a; SMS, 2006).

Segundo NUNES (2006), as últimas décadas se caracterizaram pela consolidação das perspectivas sociológicas numa visão teórica pluralista que se apoiava em metodologias de pesquisa para aprimorar estudos qualitativos e onde a interdisciplinaridade passa a ser vista como um instrumento de construção de conhecimento.

Os marcos na evolução da ASB foram os estudos e a introdução dos PC na atenção básica, na década de 1990. Logo após veio a inclusão da SB no Programa Saúde da Família (PSF), estabelecendo protocolos de referência e contra-referência com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O desenvolvimento da ASB requeria, ao longo da década de 1990 e no início do milênio, uma nova organização que na cidade de São Paulo ficou truncada durante o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) de 1993 e 2000.

O lançamento das DPNSB em 2004 estimulou o interesse do MSP em retomar o caminho para a excelência nos serviços públicos odontológicos, com o aumento da atenção governamental e dos recursos para o problema de saúde pública que as doenças bucais constituem.

Ainda há o desafio da educação em saúde, efetuado através de conteúdos pedagogicamente trabalhados para construção do conhecimento sobre a importância dos cuidados em espaços sociais e US.

Avanços nas concepções da ASB no país realizaram-se a partir de encontros sobre o tema, denominadas Conferências de Saúde Bucal (CSB), onde se debateu entre leigos (usuários), trabalhadores da saúde, gestores e especialistas em SB resultaram em propostas aos governos, entidades e associações. A primeira edição nacional aconteceu em 1986. Essa conferência ofereceu subsídio para a inserção na Constituição de 1988 do Art. 196, já citado: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Historicamente, a ASB teve como característica o forte predomínio do setor privado, representado, principalmente, pela clínica individual, com expressiva participação do setor junto à população de baixa renda e acentuada ênfase terapêutica, emprego de tecnologia sofisticada, com

escassa utilização de pessoal técnico e auxiliar qualificados (CAMPOS, 2006).

No campo da prestação de serviços, ainda vigora a prática curativa, com predominância do setor privado e tímida intervenção do setor público como PINTO (1983) afirmava há duas décadas atrás.

A cárie dental ainda é um problema prioritário em termos de Saúde e de SB no Brasil, devido os elevados níveis de prevalência. O Programa Brasil Sorridente objetivou melhorar as condições da saúde bucal da população, incluindo nas ações a reorganização do trabalho odontológico com incorporação de auxiliares na implantação de mais clínicas.

O problema da SB não é resolvido apenas com a combinação de atividades de educação, prevenção e cura, mas com a racionalização do trabalho em todos os níveis, além da visão interdisciplinar e sistêmica do ambiente em que pessoas vivem e convivem.

Os dados epidemiológicos obtidos, que devem apoiar o planejamento, dizem respeito à prevalência da cárie dental em escolares, o que dificulta a análise histórica da população como um todo, fato que tende a mudar com a ampliação das faixas etárias nos levantamentos epidemiológicos em SB, o que já ocorreu em 2003 (MS, 2005).

Aos escolares, a saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência em programas curativos voltados para o tratamento da cárie e para atividades preventivas (bochechos com solução fluorada). A outra parte da população acessava os serviços para o atendimento a situações de urgência odontológica, ou simplesmente não os acessavam, levando a baixa cobertura e centralização em ações curativas (SES, 2001).

O planejamento e execução das ações que foram descritas no documento “A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica”– SUS/SP (SES, 2001), que propunha a abordagem da população alvo quanto às ações odontológicas, planejadas segundo contexto local (capacidade instalada e perfil epidemiológico da população adstrita, espaços sociais, etc). Enfoque esse, que considerou os objetivos a serem atingidos: a interrupção do avanço da doença nos grupos populacionais, e se evitar o surgimento de

casos novos, diminuindo a sua incidência ou incremento. Considerou, também, a necessidade de detectar lesões e sinais reversíveis mediante diagnóstico precoce, tecnologias não cirúrgicas para reduzir a prevalência e reabilitar, com procedimentos cirúrgico-restauradores para portadores de seqüelas, tanto em atenção primária como secundária e terciária, num sistema de referência e contra-referência eficiente, considerando a possibilidade de incluir a oferta de prótese dentária mediante serviços próprios ou contratados.

A cultura centralizou a imagem do cirurgião dentista restringindo o acesso a crianças e escolares, persistindo assim índices elevados de doenças bucais principalmente nos jovens, adultos e idosos (SES, 2001).

O acesso à Assistência Odontológica (AO) em consultórios particulares era privilégio de menos de 5% da população, em 1987, conforme NARVAI (1997).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/98) - "Acesso e Utilização de Serviços de Saúde", realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Ministério da Saúde, relatam que 20% da população brasileira nunca consultou um cirurgião-dentista e o PNAD afirmou que 77% de crianças até seis anos e 4% dos adultos de 20-49 anos, nunca tinham ido ao dentista.

Mesmo diante deste cenário, até o início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros continua a reproduzir (mecânica e acriticamente) os elementos nucleares do modelo de prática odontológica do setor privado de prestação de serviços (NARVAI, 2006).

Apesar das Leis 8080 e 8142, que definem os programas, os critérios técnicos e epidemiológicos são escolhidos a partir das pressões sociais, políticas e econômicas.

O Ministério da Saúde (MS), o Estado de São Paulo (ESP) e o MSP podem estabelecer um modo adequado a cada local para desenvolver ASB com apoio dos documentos emanados das Conferências de Saúde, de Saúde Bucal e das diretrizes construídas a partir delas, que como o termo refere, direcionam as ações para a melhoria da Saúde Bucal dos brasileiros.

1.2 O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1.2.1 Caracterização do Município

O município de São Paulo é o centro da região metropolitana mais densa e dinâmica do Brasil. Fundada em 1554, se desenvolveu em razão de sua posição geográfica privilegiada entre o Porto de Santos e o interior do território, constituindo-se num importante entreposto comercial. O crescimento demográfico e econômico foi devido aos imigrantes de diferentes países (início do século XX), e a vinda de emigrantes de outros estados do país atraídos pelo crescimento e transformação do importante centro industrial (segunda metade do século XX).

Possui uma área¹ de 1.523 km², dividida em 31 Subprefeituras e 96 Distritos Municipais. Demograficamente é a maior cidade do Brasil e da América Latina, aproximando-se dos 11 milhões de habitantes em 2007². Concentra mais de 50% da população da Região Metropolitana de São Paulo e pouco mais de 6% da população do Brasil. Figura entre as maiores cidades do mundo, sendo considerada megalópole³.

O município tem uma importante participação econômica no país, seu Produto Interno Bruto (PIB) em 2004 era de R\$ 160,6 bilhões⁴, cerca de 10% do PIB brasileiro. Transformações mundiais inerentes à era de globalização, não impediram a continuidade de sua vitalidade econômica.

Nos últimos 20 anos, as altas taxas de crescimento populacional caíram em consequência da diminuição da migração interna e da redução das taxas de natalidade, isso nas áreas centrais com ocupação consolidada, entretanto, as regiões periféricas ainda continuam com crescimento

¹Fonte: IBGE. [acesso em 26 jul 2007]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br>

²Fonte: PMSP. [acesso em 26 jul 2007]. Disponível:

http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/md/index.php?texto=introducao&ordem_tema=1&ordem_subtema=12,

³Fonte: PMSP. [acesso em 26 jul 2007]. Disponível:

http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/md/index.php?texto=introducao&ordem_tema=1&ordem_subtema=12

⁴ Fonte: IBGE. [acesso em 26 jul 2007]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br>

populacional. As características demográficas e urbanas de gênero, idade e ocupação territorial fazem a Saúde Pública complexa, refletindo disparidades sócio-econômicas dessa metrópole. A demanda por serviços de saúde nas regiões periféricas mais carentes⁵ constitui-se num dos fatores críticos.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é utilizado para aferir o nível de desenvolvimento econômico e social de países e regiões para ordenações e comparações. É calculado a partir de três componentes: esperança de vida (ao nascer e longevidade), alfabetização de adultos (escolarização) e PIB *per capita*. A pesquisa de IDH realizada no ano 2000 nos 96 distritos do MSP mostrou que apenas seis deles têm o IDH elevado (acima de 0,8) enquanto 38 possuem valores baixos de desenvolvimento humano (abaixo de 0,5). E ainda há alguns distritos que são bolsões de miséria⁶.

1.2.2 A Organização da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do MSP é a gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos para promoção e recuperação da saúde da população. Integram o SUS municipal: Conselho Municipal de Saúde (CMS), Gabinete do Secretário, Autarquias Hospitalares e Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras. As Autarquias Hospitalares dão apoio administrativo às Unidades de Urgência e Emergência (hospitais, pronto-socorros e pronto-atendimentos) e as Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras são gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, por delegação da SMS (Decreto Nº. 45.037/2004). A estrutura da gestão da saúde bucal no MSP pode ser visualizada na Figura nº 1.

⁵Fonte: PMSP. [acesso em 26 jul 2007]. Disponível: <http://www9.prefeitura.sp.gov.br>

⁶Fonte: IBGE/Censo 2000 e Fundação SEADE. Elaboração SDTS/PMSP. [acesso em 26 jul 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Figura 1: Estrutura Organizacional da Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, em 2006 e 2007.

Fonte: Estrutura inferida pela autora a partir de dados do site da PMSP, e das observações e comentários da Coordenadora de SB da SMS/CODEPPS.

* Cargos não formalizados.

Essa estrutura foi inferida pela autora com base em observação não participante durante atividades programadas (ANEXO 3) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e por informações da Coordenação do Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS) que assim como as demais Coordenações está ligada ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde. A CODEPPS age transversalmente junto com as demais Coordenações e Coordenadorias Regionais de Saúde, ligadas funcionalmente à Coordenação de Atenção Básica, com o intuito de orientar e monitorar os trabalhos desenvolvidos pelas Coordenadorias Regionais de Saúde Bucal. A denominação: Coordenador de Saúde Bucal não é oficial, todavia, esses profissionais são os elos com a CODEPPS e lideram as iniciativas da SMS em SB nas regiões, daí a denominação para o entendimento de suas atribuições.

A gestão do SUS numa metrópole como o MSP, requer mecanismos que garantam unicidade das diretrizes da SMS, para tanto foram instituídos órgãos colegiados para monitoramento e implementação: Comitê de Gestão; Colegiado de Gestores; Colegiado dos Coordenadores de Saúde das Subprefeituras; Comissão Intergestores Regionais; Comissões Regionais; Órgãos da Administração Direta e Instituições conveniadas e contratadas pelo SUS.

A implantação do SUS no MSP foi inviabilizada no período 1993-2000, devido a condutas políticas que levaram à implantação do Programa de Atendimento à Saúde (PAS), que causou modificações na Atenção Básica em Saúde, conflitantes com o SUS. A partir de 2001 retomou-se o processo para a gestão plena do SUS, completando a municipalização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e realizando uma reorganização administrativa.

Cabe aos municípios, com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União, a prestação dos serviços de atendimento à saúde da população. A Constituição Federal vigente não isenta o poder público do dever de prestar serviços em saúde (Constituição Federal de 1988, §188, 189 e 200). Mostra-se nas Tabelas 1, 2 e 3, o nível adequado dos

Indicadores da Execução Orçamentária (IEO) do MSP, no ano de 2006, em relação à ASB.

Tabela 1 – Recursos financeiros, dotação, empenho e Indicadores de Execução Orçamentária (IEO) da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, 2006.

(Em R\$)

Fonte de Recursos	Dotação / Atualizada	Empenho	IEO
Recursos Federais	300.632.815	298.500.300	99.3%
Tesouro	324.886.790	274.995.378	84.6%
TOTAL	625.519.605	573.495.678	91,7%

Fonte: SMS, 2006. [acesso 20 em set 2007]. Disponível em:
http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/prestacao_contas/0001

Tabela 2 - Demonstrativo da receita e da aplicação dos recursos na saúde (conforme a Emenda Constitucional 29/2000) da Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, 2006.

(Em R\$)

Receitas Municipais	Realizada /Ano 2006
Receita (Base de cálculo da EC 29) I	13.219.328.578
Despesas Vinculadas à Aplicação da EC 29	
Despesas (aplicação das receitas municipais)	Empenhada / Ano 2006
Atividades	1.081.731.140
Projetos	61.160.896
Pessoal	761.396.151
Despesas de exercícios anteriores	2.895.531
Encargos	209.523.398
T O T A L – II	2.116.707.116
Percentual de aplicação - (II / I)	16.49%

Fonte: SMS, 2006. [acesso em 20 set 2007]. Disponível em:
http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/prestacao_contas/0001

Tabela 3 – Histórico das aplicações de recursos para o setor saúde de acordo com os parâmetros da Emenda Constitucional 29/2000, município de São Paulo, 2000 a 2006.

Ano	Mínimo proposto pela EC 29	% aplicada
2006	15,00 %	16,49 %
2005	15,00 %	18,07 %
2004	15,00 %	15,08 %
2003	13,94 %	10,65 %
2002	13,41 %	17,16 %
2001	12,88 %	13,66 %
2000	7,00 %	12,35 %

Fonte: Histórico do percentual mínimo aplicado pelos municípios de acordo com a EC 29. [acesso em 21 out 2007]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/evolperceC29.php>

De acordo com a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, atualmente o MSP deve destinar, no mínimo 15% das Receitas para os gastos com a saúde. O MSP tem destinado à saúde recursos superiores ao mínimo preconizado. A única exceção foi em 2003, quando foram aplicados 10,65% inferior ao proposto para aquele ano de 13,94% das Receitas.

1.2.3 A Saúde Bucal no Município de São Paulo

A Área Técnica de Saúde Bucal está junto à Coordenação do Desenvolvimento das Políticas e Programas de Saúde (CODEPPS), coordena e desenvolve políticas e programas em saúde bucal no MSP. É produto desta área técnica as Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal (DPMSB) que estabelecem ações de prevenção, tratamento e recuperação da SB, a seus munícipes, nos diversos níveis de atenção do SUS (SMS, 2005a, 2006, 2007).

Seguindo os princípios do SUS, as ações em SB são universais, destinadas à população em geral. Sendo a UBS a porta de entrada do sistema, devendo atender todas as faixas etárias, com prioridades pré-estabelecidas. As vagas são disponibilizadas segundo os recursos físicos e humanos de cada unidade.

As UBS devem realizar: procedimentos básicos odontológicos; ações educativo-preventivas; procedimentos coletivos em espaços sociais na área de abrangência; e atendimentos às urgências, segundo a disponibilidade e o encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário.

As Unidades de Pronto Socorro devem atender às urgências odontológicas (durante 24h) trazendo o alívio da dor, realizando outros procedimentos de forma resolutiva, como preconizam as DPMSB, 2005/2006. Hospitais Municipais também atendem urgências com Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) atendem encaminhamentos para as especialidades de: periodontia; cirurgia oral menor; semiologia; pacientes com necessidades especiais; endodontia e prótese.

O atendimento à SB no MSP é gerenciado pelas Coordenações da Atenção Básica e de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS) na área técnica de Saúde Bucal, auxiliado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (cinco regionais: Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro-Oeste) pelas 24 Supervisões Técnicas de Saúde e realizado nas respectivas Unidades de Saúde. Atualmente são 374 unidades que englobam UBS, PSF, CEO e Centro Odontológico Especializado (COE), e 19 unidades de: Pronto Atendimento (PA), Pronto Socorro (PS) e Hospital Municipal (HM).

Mostra-se na Tabela 4 o número de habitantes nas áreas de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS):

Tabela 4 – Número de habitantes abrangidos pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, município de São Paulo, em 2005 e 2007.

Coordenadoria	2005	2007
Centro-Oeste	1.231.249	1.212.434
Leste	2.432.930	2.483.701
Norte	2.148.835	2.165.553
Sul	2.441.285	2.496.139
Sudeste	2.489.761	2.476.417
Total	10.744.060	10.834.244

Fonte: Fundação SEADE e Boletim CEInfo (julho de 2007).

Figura 2 – Localização das Supervisões Técnicas de Saúde do município de São Paulo, segundo área de abrangência em 2005 / 2007. São Paulo, 2007.

Fonte: CEInfo e PMSP. [acesso em 20 out 2007].

Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/0009>

As supervisões de saúde estão distribuídas segundo a área de abrangência na Figura 2. Os interlocutores para a Saúde Bucal trabalham junto às supervisões de saúde, dando apoio técnico ao setor. As divisões geográficas parecem que seguiram o critério de modo a não haver disparidades no número de habitantes abrangidos no âmbito de cada Coordenadoria e Supervisão, se diferencia apenas a região Centro-Oeste com cerca de metade da população das outras regiões.

A organização da Atenção Básica de SB é ampla e harmônica com os princípios e recomendações do SUS, e foram observados nas DPNSB e DPMSB, como é mostrado no Quadro 1:

Quadro 1 – Programas e ações de atenção odontológica: básica, especializada, e em âmbito hospitalar, no município de São Paulo em 2005.

ATENÇÃO BÁSICA	
A) PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
B) AÇÕES COLETIVAS	
I - Procedimentos Coletivos (PC): fluoroterapia, escovação dental supervisionada, educação em SB e prevenção, triagem (por critérios de risco) e encaminhamentos a US e parâmetros para PC.	
II- Educação e saúde: grupos nas UBS: gestantes, idosos, bebês, pré-escolares, adolescentes, adultos, hipertensos, diabéticos; atendimentos em domicílios e outros.	
C) AÇÕES ASSISTENCIAIS	
Abordagem familiar	
Planejamento / critérios, de risco: familiar, individual, cárie, periodontopatias, tecidos moles.	
Ambiente coletivo (clínicas modulares, fixas ou transportáveis e atendimento individual e ambos).	
Procedimentos/ Atendimentos - voltados à produtividade sob parâmetros	
Princípios para agendamento.	
Responsabilidade técnica (Resolução 99-15 de 18/1/99).	
Avaliação e informação.	
Humanização, acolhimento e vínculo.	
D) RESOLUTIVIDADE - cuidado integral e encaminhamento para clínicas especializadas.	
E) PRONTO ATENDIMENTO (PA) e PRONTO SOCORRO (PS)	
Também são portas de entrada para o sistema de Atendimento Odontológico (AO).	
ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CEO)	
- diagnóstico bucal	- periodontia
- traumatologia buco-maxilo-facial	- endodontia
- prótese total, parcial removível	- ortopedia dos maxilares
- portadores de necessidades especiais	- cirurgia
	- ortodontia
	- dor oro-facial
ODONTOLOGIA: ÂMBITO HOSPITALAR	
CD em equipes multi-profissionais	
HSPM tem essa atividade (Portaria 43/2004) e a 3ª CNSB preconiza que se forme profissionais da saúde com conhecimentos em SB, voltados para os cuidados dos pacientes hospitalizados.	
Fonte: SMS, 2005.	

Nas Tabelas 5, 6, 7 e 8, apresentam-se os números e a distribuição por Região das UBS, HM, PS, PA, CEO e UBS com PSF no município de São Paulo, em agosto de 2007.

Tabela 5 – Distribuição das unidades de saúde da atenção básica e especializada com serviços odontológicos, segundo tipo e Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, em agosto de 2007.

Tipo de unidade/CRS	Norte	Sul	Leste	C.Oeste	Sudeste	Total
UBS s/ PSF	58	53	72	29	72	284
UBS c/PSF	9	11	13	-	11	44
Total UBS	67	64	85	29	83	328
SAES/DST	2	2	2	3	5	14
CEO/COE	5	6	7	3	8	29
CRST c/ CD	1	-	-	2	-	3
Total de Unidades	75	72	94	37	96	374

Fonte: SMS, 2007 - Dados obtidos com a coordenadora de SB da SMS/CODEPPS.

Tabela 6 – Distribuição de hospitais municipais (HM), postos de pronto socorro (PS) e pronto atendimento (PA) com serviços odontológicos, segundo Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, município de São Paulo, em agosto de 2007.

AUTARQUIAS	Norte	Sul	Leste	Centro	Sudeste	M.Storopoli	Total
PA/PS	2	3	2	4	0	0	11
HM	1	1	2	1	2	1	8
Total	3	4	4	5	2	1	19

Fonte: SMS, 2007 - Dados obtidos com a Coordenadora de SB da SMS/CODEPPS.

Tabela 7 – Distribuição dos centros odontológicos especializados (COE) e centros de especialidades odontológicas (CEO), por região e condição de credenciamento pelo Programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde, município de São Paulo, em agosto de 2007.

Tipo de unidade/CRS	Norte	Sul	Leste	C.Oeste	Sudeste	Total
CEO Credenciado	3	3	2	1	6	15
CEO/COE em credenciamento	0	1	2	2	0	5
CEO/COE complementando RH	2	2	3	0	2	9
Total	5	6	7	3	8	29

Fonte: SMS, 2007 - Dados obtidos com a Coordenadora de SB da SMS/CODEPPS.

Tabela 8 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde na estratégia da saúde da família, conforme a modalidade e números de equipes de saúde bucal nas Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, em agosto de 2007.

ESB	Norte	Sul	Leste	C.Oeste	Sudeste	total
UBS c/ SF	9	11	13	0	11	44
Modalidade 1	9	11	18	0	11	49
Modalidade 2	11	3	5	0	8	27
Total	20	14	23	0	19	76

Fonte: SMS, 2007 - Dados obtidos com a Coordenadora de SB da SMS/CODEPPS.

A Portaria 1570/GM de 29/07/2004 estabeleceu critérios para a implantação e credenciamento de serviços de especialidades odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e que até outubro de 2007, não foram implantados. Há ainda unidades de CEO e LRPD aguardando finalizações, reformas, e equipamentos do Ministério da Saúde. Nota-se que 14 CEO, dentre os 29 do MSP, ainda não estão credenciados.

A ampliação da complexidade das ações a serem desenvolvidas, está sendo implementada com atendimentos realizados em âmbito hospitalar por CD especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial para dar suporte à rede especializada ambulatorial e atender pacientes cuja complexidade do

agravo, não tenha condições de atendimento ambulatorial ou necessite uma retaguarda hospitalar.

Os indicadores de SB: “Primeira Consulta Odontológica e Procedimentos Coletivos” fazem parte dos 57 indicadores da agenda municipal da saúde, integrando o Painel de Monitoramento das Condições de Vida e Saúde, correspondendo a 3,5% do total de componentes do eixo “Rede Básica”.

A primeira consulta odontológica é um dos parâmetros de atendimento individual em relação às ações assistenciais. As DPMSB consideram 0,5 a 0,8 a primeira consulta/habitante/ano, como parâmetro aceitável (SMS, 2005), a Tabela 9 permite verificar variações entre os anos de 2004 e 2006.

Tabela 9 – Total de primeiras consultas odontológicas realizadas em Unidade Básica de Saúde por Coordenadorias Regionais de Saúde no município de São Paulo, em 2004, 2005 e 2006, segundo o ano.

Região	2004	2005	2006
Centro Oeste	19.746	62.947	48.770
Leste	51.173	103.006	57.207
Norte	51.242	74.774	66.198
Sudeste	51.374	106.300	81.697
Sul	28.625	67.274	47.437
Total MSP	202.160	414.301	301.309

Fonte: Boletim CEInfo em dados (2004, 2005 e 2006).

Essas variações devem-se a falta de padronização nas diversas subprefeituras e supervisões de saúde. Esta diversidade foi corrigida e os dados de 2006 estão de acordo com os novos parâmetros. Deste modo, as alterações nos registros e incremento da atenção em algumas coordenadorias, bem como a implantação das DPMSB com a reorganização da ASB sanaram os desencontros de informações em 2005 e em 2006, por coordenadorias.

Na Tabela 10, observa-se incremento no total de PC realizados, embora os dados por região para 2006 não tenham sido disponibilizados.

Tabela 10 – Total de procedimentos coletivos em Saúde Bucal realizados por Coordenadoria Regional de Saúde, município de São Paulo em 2004 e 2006.

Região	2004	2006
Centro Oeste	25.940	...
Leste	20.368	...
Norte	87.761	...
Sudeste	14.663	...
Sul	22.071	...
Total MSP	170.803	540.511

Fontes: Boletim CEInfo em dados, 2004 e Sai/SUS, 2006.[acesso 20 out 2007].
Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/siabssp.def>

Os principais Procedimentos Coletivos (PC) compreendem: escovação dental supervisionada, bochecho fluorado, aplicação tópica de Flúor e exame bucal com finalidade epidemiológica. Os PC são planejados e controlados de acordo com os critérios: 1 CD com 1 Auxiliar = 600 crianças/mês; 1 CD com 1 Atendente de Consultório Dentário (ACD) = 900 crianças/mês, e 1 CD com 1 ACD e com 1 THD = 1.500 crianças/mês. O CD deve direcionar 20% de sua carga horária semanal para os PC. Além disso, as DPMSB preconizam um indicador de cobertura de 20% para as faixas etárias de 0 a 4 e de 5 a 14 anos.

As ações em saúde bucal podem ter sua eficácia observada pelos índices epidemiológicos para Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) e dentes Cariados, Extraídos e Obturados na dentição decídua (ceo). A Tabela 11 apresenta os resultados dos índices epidemiológicos:

Tabela 11 – Índices ceo, CPO-D e pessoas livres de cárie no município de São Paulo (1998 e 2002) e Brasil (2002/2003), segundo idade e grupo etário.

Idade	Livres de carie (%)		CEO-d/CPO-D	Ceo-d/CPO	Ceo-d/CPOD
	MSP 2002	BR 02/03	MSP 1998	MSP 2002	BR 02/03
5	53,9	40,62	1,55	1,81	2,80
12	34,1	31,08	2,06	1,75	2,78
15-19	5,3	11,06	6,44	6,26	6,17
35-44	...	0,52	18,94		20,13
65-74	...	0,52	28,18		27,79

Fontes: Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais, Tabelas 6, 7 e 10 (MS, 2005); SOARES (2005); SMS (2006).

Na Tabela 11, pode-se observar que os valores médios do ceo obtidos no MSP, em 1998 e 2002, são menores em mais de um dente atacado pela cárie que a média obtida para o Brasil em 2002/2003, na idade de 5 anos; e ainda apresentando um percentual maior de crianças livres de cárie que ultrapassa ligeiramente a meta proposta pela OMS para o ano 2000 (pelo menos 50% das crianças livres de cárie).

Para o CPO-D das crianças de 12 anos de idade, a mesma situação ocorre, sendo a diferença mais acentuada para o ano de 2002, em relação a 2002/2003; entretanto é de notar que todas as médias atingiram a meta da OMS para o ano 2000 nessa idade que foi de 3 ou menos dentes atacados pela cárie. Já em relação ao percentual de crianças livres de cárie os valores são similares entre o MSP (2002) e o Brasil (2002/2003).

Para os outros grupos etários os CPO-D nas diferentes datas são similares (Tabela 11) e mostra que as melhorias são mais acentuadas nos grupos prioritários para ASB e também mais receptivos às medidas de prevenção. Os demais grupos não foram beneficiados por programas, portanto, apresentavam-se como a média do país.

Tabela 12 – Percentual de pessoas com agravos bucais, no município de São Paulo (2002) e no Brasil (2002-2003), segundo idade e grupo etário.

Idade	Má Oclusão		Fluorose		Problemas Periodontais		Total de Desdentados
	MSP	BR	MSP	BR	MSP	BR	MSP
5	24,5	36,46	...	...	...	...	...
12	53,9	58,14	33,2	9,0	...	...	...
15-19	...	53,23	31,6	5,0	...	54,0	...
35-44	...	...	...	...	43,0	78,0	11,5
65-74	...	...	...	...	16,4	92,0	64,0

Fontes: Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais (MS, 2005); SMS (2005).

Na Tabela 12 se apresentam dados sobre outros agravos à saúde bucal. Em relação à má-oclusão, há menor percentual de crianças de 5 anos de idade no MSP, quando comparado com o Brasil, sendo similar ao agravo nas crianças de 12 anos de idade em ambos os locais.

Com a fluorose dentária ocorre o contrário com mais casos e, em consequência, maior percentual do agravo em ambas as idades no MSP, que a média brasileira.

No que se refere à doença periodontal a situação é mais favorável no MSP, nos diferentes grupos etários, que a média do país como um todo.

Em relação aos procedimentos odontológicos (Tabela 13), quando comparados ao total de procedimentos ambulatoriais realizados em 2002 e 2006, houve decréscimo, na relação percentual entre ambos, de 8,28% para 4,4%, respectivamente e em decorrência dos procedimentos ambulatoriais terem aumentado em quase o dobro de uma data para a outra, enquanto os odontológicos se mantiverem estáveis.

Tabela 13 – Comparação do número e percentual do incremento de procedimentos ambulatoriais e odontológicos em estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, em 2002 e 2006.

2002		2006		%	%
Procedimentos Ambulatoriais	Odonto	Ampliação Procedimentos Ambulatoriais	Ampliação Odonto	Ampliação Procedimentos Ambulatoriais	Ampliação Odonto
46.500.083	3.850.164	90.654.612	3.995.901	48,71	3,65

Fonte: Dados obtidos no Sistema de Informações SMS/TABNET /SIA-SUS. [acesso em 18 out 2007].
Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIA/prdsia.def>

Porém, em relação aos procedimentos especializados, quando comparados com o total de procedimentos odontológicos realizados em 2002 e 2006, houve um aumento considerável dos primeiros de aproximadamente 130% (Tabela 14), o que pode ser atribuído à implantação dos CEO, ocorrida no período. Os que tiveram percentualmente o maior aumento foram os correspondentes a cirurgias buco-maxilares, seguidos dos periodontais (Tabela 15).

Tabela 14 – Comparação do número e percentual do incremento de procedimentos odontológicos totais e por especialidades em estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, em 2002 e 2006.

2002		2006		%	%
Procedimentos Odontológicos Totais	Procedimentos Odontológicos Especializados	Procedimentos Odontológicos Totais	Procedimentos Odontológicos Especializados	Ampliação Procedimentos Odontológicos Totais	Ampliação Procedimentos Odontológicos Especializados
3.850.164	37.416	3.995.901	85.958	3,79	129,74

Fonte: Dados obtidos no Sistema de Informações SMS/TABNET /SIA-SUS. [acesso em 18 out 2007].
Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIA/prdsia.def>

Tabela 15 – Número e percentual de procedimentos odontológicos por especialidades em relação ao total de procedimentos de especialidades odontológicas em estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo em 2006.

Endo		Orto		Perio		Radio		Cir. Buco Maxilo		Total	
Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
14.019	16,31	13.022	15,1	24.126	28,07	8.398	9,77	26.393	30,70	85.958	100%

Fonte: Dados obtidos no Sistema de Informações SMS/TABNET /SIA-SUS. [acesso em 18 out 2007].
Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIA/prdsia.def>

Tabela 16 - Número de cirurgiões-dentistas (CD) segundo tipo de serviço odontológico e regional de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, do município de São Paulo, em outubro de 2007.

Tipo de unidade/CRS	Norte		Sul		Leste		C.Oeste		Sudeste		Total
UBS s/ PSF	191		138		160		129		246		864
UBS c/ PSF	20		14		24		0		19		77
Total UBS	211		152		184		129		265		941
SAE/DST	10		2		3		5		8		28
CEO/COE/AE	36		50		44		31		57		218
CRST	2		0		0		2		0		4
Sub-total 1	259		204		231		167		330		1191
SUVIS	3		2		4		1		2		12
COVISA	...		...		...		...		...		31
Sub-total 2	3		2		4		1		2		43
Autarquias											
Unidades/região	Norte		V.Maria		Sul		Leste		Centro		Sudeste
PA/PS	26		0		14		13		33		86
HM	18		8		10		19		3		77
Sub-total 3	52		24		32		36		19		163
Total CD por Região	306		230		267		204		351		1358

Fontes: Dados compilados pela CODEPPS/Área Técnica de Saúde Bucal a partir de planilhas ACD/CD preenchidas nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Centro de Recursos Humanos/SMS-G.

A Tabela 16 apresenta a distribuição dos CD nas US da SMS. Pode-se observar uma desigual distribuição dos CD por região, que não acompanha a das instalações oferecidas, principalmente entre as regiões Leste e Sudeste e Centro-Oeste, acentuando ainda mais a diferença entre as duas primeiras o número de CD lotados em centros de especialidades.

Nas Tabelas 17 e 18, estão apresentadas as distribuições de ACD e Técnicos em Higiene Dental (THD), por local de trabalho e região. Observa-se o baixo número de pessoal auxiliar empregado pelo MSP (550 ACD) e (53 THD) que em relação com os 1358 CD (Tabela 16) resulta respectivamente em uma relação de 0,4 ACD e de 0,04 THD por CD. Resultados que não se modificaram como os apresentados por SOARES (2005), para o ano de 2003 no MSP e similares à média do ESP (0,4 e 0,05 respectivamente) no mesmo período. E esta relação se acentua em sentido inverso ao comparar a região Leste (0,6 e 0,06 ACD e THD/CD) com a região Sudeste (0,2 e 0,03 ACD e THD/CD).

Tabela 17 - Número de Atendentes de Consultório Dentário (ACD) nos serviços odontológicos da Secretaria Municipal de Saúde, segundo Coordenadoria Regional de Saúde e local de trabalho, no município de São Paulo, em agosto de 2007.

Tipo de Unidade/CRS	Norte	Sul	Leste	C.Oeste	Sudeste	Total Geral
UBS s/ PSF	45	34	33	19	5	136
UBS c/PSF	18	14	28	0	17	77
Total ACD UBS	63	48	61	19	22	213
ACD SAE/DST	3	6	2	2	-	13
ACD CEO/COE	7	17	20	13	35	92
Subtotal 1	136	119	144	53	79	531
Autarquias						
PA/PS	4	-	4	4	-	12
HM	1	2	2	1	-	6
Sub total 2	5	2	6	5	-	18
SUVIS	-	-	1	-	-	1
Sub - Total 3	-	-	1	-	-	1
Total ACD por Região	141	121	151	58	79	550

Fontes: Dados compilados pela CODEPPS / Área Técnica de Saúde Bucal a partir de planilhas preenchidas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. Centro de Recursos Humanos - SMS-G.

Tabela 18 - Número de Técnicos de Higiene Dental (THD) nos serviços odontológicos da Secretaria Municipal de Saúde, segundo Coordenadoria Regional de Saúde e local de trabalho, no município de São Paulo, em agosto de 2007.

Tipo de Unidade/CRS	Norte	Sul	Leste	C.Oeste	Sudeste	Total Geral
UBS s/PSF	7	3	9	3	4	26
UBS c/ PSF	12	2	5	1	7	27
Total THD por Região	19	5	14	4	11	53

Fontes: Dados compilados pela CODEPPS/ Área Técnica de Saúde Bucal a partir de planilhas preenchidas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. Centro de Recursos Humanos - SMS-G.

Os quadros, tabelas e figuras deste tópico evidenciam alguns aspectos cobertos pela gestão da ASB no MSP. O porte populacional do município torna problemática sua análise e comparação. No entanto, devido às condições peculiares à região sudeste esses óbices passam a fazer parte da gestão de uma forma geral.

De acordo com levantamento da Fundação FioCruz⁷ (2003) para a OMS, há no Brasil 14,4% de desdentados. OMS divulga que no Brasil há cerca de 30 milhões de habitantes desdentados (17,6% da população).

Na Saúde Bucal, quando se examinam os índices nos níveis: nacional, estadual e municipal fica evidente que há muitas necessidades a resolver. Os estudos de VIANA et al (2006) apontaram para dois tipos de obstáculos na gestão da atenção básica nos municípios: estrutural, decorrente do perfil de urbanização, crescimento e desenvolvimento; e o setorial, pela forma de distribuição dos serviços e tecnologias de saúde empregadas, bem como quanto aos padrões de organização dos serviços e das ações de saúde.

No MSP há cinco Coordenadorias Regionais de Saúde, divididas em Supervisões Técnicas de Saúde. Com os dados das tabelas e quadros anteriores, disponibilizados por região, e tomando-se como referência o total da população de cada região, sem levar em consideração a pirâmide demográfica, foram elaboradas as Tabelas 19 e 20. A Tabela 19 reporta os números absolutos e a Tabela 20 os relativos.

⁷ Fonte: CFO. [acesso em 13 nov 2007].Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/n59/cfoemacao.htm>

Tabela 19 – População, serviços de saúde e primeira consulta por Coordenadora Regional de Saúde, no município de São Paulo, em 2006/2007.

População e Serviços por Região	C.Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	MSP
População - em milhares	1.212	2.484	2.166	2.476	2.496	10.834
Unidades de Saúde	37	94	75	96	72	374
Hospitais Municipais	5	4	4	2	4	19
CEO	3	7	5	8	6	29
UBS com SF	-	13	9	11	11	44
PSF - modalidade 1	-	18	9	11	11	49
PSF - modalidade 2	-	5	11	8	3	27
Total PSF	-	23	20	19	14	76
Primeira Consulta 2006	48.770	57.207	66.198	81.697	47.437	301.309

Fonte: Dados compilados das tabelas e quadros anteriores.

Tabela 20 – Distribuição percentual da população, serviços de saúde e 1ª consulta por Coordenadoria Regional de Saúde no município de São Paulo, em 2006/2007.

População e Serviços por Região	C.Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	MSP
População - em %	11,19	22,93	19,99	22,85	23,04	100,00
Unidades de Saúde - em %	9,89	25,13	20,05	25,67	19,25	100,00
Hospitais Municipais - em %	26,32	21,05	21,05	10,53	21,05	100,00
CEO - em %	10,34	24,14	17,24	27,59	20,69	100,00
UBS com SF - em %	-	29,55	20,45	25,00	25,00	100,00
PSF - modalidade 1 - em %	-	36,73	18,37	22,45	22,45	100,00
PSF - modalidade 2 - em %	-	18,52	40,74	29,63	11,11	100,00
Total PSF - em %	-	30,26	26,32	25,00	18,42	100,00
Primeira Consulta 2006 em %	16,19	18,99	21,97	27,11	15,74	100,00

Fonte: Dados compilados das tabelas e quadros anteriores.

De acordo com a distribuição populacional por regiões, sem levar em consideração as faixas etárias, observam-se algumas anomalias. Na região Centro-Oeste (11,19% da população) há proporcionalmente mais hospitais municipais e menos CEO. Na região Leste (22,93% da população) há a maior concentração do PSF. Na região Norte (19,99% da população) a modalidade PSF 2 está mais concentrada. Na região Sudeste (22,85% da população) os serviços estão equilibrados e coerentes com a população, exceto na quantidade de hospitais municipais, onde se nota a menor participação. Na região Sul (23,04% da população) a modalidade 2 do PSF apresenta-se com a menor concentração das quatro regiões com PSF. Com

relação à primeira consulta a maior concentração encontra-se na Região Sudeste (27,11% das primeiras consultas), essa relação é maior do que a concentração populacional (22,85%).

Com os dados apresentados nos quadros e tabelas, pretendeu-se mostrar o perfil da Saúde Bucal no MSP, sua abrangência e distribuição por região. Os fatores que interferem são: demográficos, geográficos, humanos e tecnológicos, entendendo-se como tecnológicos, além dos equipamentos, edificações, veículos, *hardwares* e *softwares* também o *know-how* da gestão da ASB para uma metrópole como São Paulo.

1.3 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL

Em consonância com as Conferências Nacionais de Saúde, em 1986, profissionais e acadêmicos da odontologia promoveram ciclos de debates a respeito da “Saúde Bucal Coletiva”. Esses debates foram denominados de Conferências de Saúde Bucal (CSB). Essas conferências foram realizadas nos três níveis nacional, estadual e municipal. De acordo com NARVAI (2006) estas constituem as principais referências para a agenda da saúde bucal.

Neste trabalho foram analisadas as três conferências nacionais; as três estaduais e as duas municipais (realizadas no Estado e Município de São Paulo). As dos demais estados e municípios não são objetos do estudo.

No Quadro 2, apresentam-se as CSB nas três esferas de governo e a cronologia com suas respectivas siglas:

Quadro 2 - Conferências de saúde bucal: nacionais, paulistas e paulistanas (1986, 1993 e 2004).

Conferências de Saúde Bucal		
1ª. Estadual	Setembro de 1986	1ª CESB
1ª. Nacional	Outubro de 1986	1ª CNSB
1ª. Municipal	Agosto de 1993	1ª CMSB
2ª. Estadual	Setembro de 1993	2ª CESB
2ª. Nacional	Setembro de 1993	2ª CNSB
2ª. Municipal	Mai de 2004	2ª CMSB
3ª. Estadual	Junho de 2004	3ª CESB
3ª. Nacional	Agosto de 2004	3ª CNSB

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP e MSP.

1.3.1 Cenários

Os cenários que se apresentavam em cada época das CSB foram explicitados em seus respectivos relatórios finais, como mostra o Quadro 3, com os resumos dos assuntos discutidos. As CSB tiveram seus enfoques e propostas conforme a época em que foram realizadas. As discussões provaram que a SB está relacionada a diversos fatores técnicos, políticos e econômicos entre outros.

A análise expõe os contextos e situações relativas à SB, quanto a: recursos, condições de vida, políticas públicas, economia, questões agrárias e sociais, geração de doenças, rede de serviços de saúde, atendimento, capacitação de profissionais, insumos para a área, equidade com inclusão social desenvolvimento tecnológico, e organização da sociedade. Enfocou-se também a SB como uma prioridade nacional da saúde, com universalização do acesso e políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, com mobilização da sociedade civil e movimentos populares para políticas de saúde.

Quadro 3 – Cenário sócio-político do período em que foram realizadas as Conferências de Saúde Bucal (1986 1993 e 2004).

Cenário
<p>1ª CESB - Setembro de 1986 / Governo: André Franco Montoro Questões sociais interferindo no processo saúde – doença: inclui a SB e o dever do estado. Clama-se por justa distribuição de renda e condições de vida para a população. Crítica a criação de órgãos e instituições que dispersam recursos e distorcem o sistema. Reforma Sanitária como solução do “grave quadro de saúde” no Brasil, incluindo a SB no ESP e reorientação das políticas sociais. A cárie dental, a doença periodontal e suas seqüelas são “doenças de massa” (alta prevalência, severidade e extensão dos danos à sociedade) e interessam à saúde. Incentiva a organização da sociedade, em particular os mais carentes, no consumo de serviços de saúde, incluindo a SB.</p> <p>1ª CNSB - Outubro de 1986 / Governo: José Sarney Crise na Saúde e no Estado como um todo (Período Pré-Constituição).</p> <p>1ª CMSB - Agosto de 1993 / Governo: Paulo Salim Maluf “Priorização da saúde” seria realidade com a abertura de novos serviços, ocupação plena dos postos de trabalho, investimento e ações de desenvolvimento institucional e de RH.</p> <p>2ª CESB - Setembro de 1993 / Governo: Luís Antonio Fleury Filho Grave quadro do setor reflete a crise no Estado e na sociedade. O poder público não adota políticas sociais para reduzir efeitos da crise. CD/hab no BR era 1/1710, e nos EUA era 1/1831. Precisava de melhor distribuição e formação profissional (92 faculdades no país). Br - país que mais formava dentistas por ano. Propôs estudo de aspectos sociais, econômicos e políticos relacionados à SB, além dos biológicos. Drenagem de capital (dívida externa) e caótica urbanização dado o modelo de desenvolvimento imposto à nação. Havia baixa condição de vida. Recessão aumentou a miséria com concentração de renda. A miséria refletiu-se na selvageria, violência e corrupção envolvendo autoridades do governo e das empresas, sem punição. O aparelho estatal desmantelou-se. Compra de empresas públicas rentáveis por monopólios (privatização). Povo deveria viabilizar projeto nacional de desenvolvimento e investimentos em saúde, educação, habitação, transportes, ciência e tecnologia. Propôs-se reforma agrária sob controle dos trabalhadores rurais. Política de descentralização, controle social sobre o Estado e democratização do judiciário. Delegados compromissados com democracia e ética apelaram para o cumprimento da Constituição do Brasil, da Constituição do Estado, das Leis 8.080/90 e 8.142/90 e das resoluções da 1ª CESB e 9ª Conferência Nacional de Saúde e manifestaram-se contra a revisão constitucional. 2ª CESB foi favorável à implantação do SUS. A SB de uma comunidade relaciona-se as condições de vida, trabalho e relações com a saúde, reflexo das desigualdades sociais. Falta de prioridades para setores sociais no Brasil piora a qualidade de vida o que é refletido pela saúde e doenças bucais</p> <p>2ª CNSB - Setembro de 1993 / Governo: Itamar Augusto Cautiero Franco Participação do governo em ações isoladas, sem políticas sociais compensatórias, política e econômica. SB em prioridade secundária. Resoluções para SB, como diretrizes políticas, junto ao MP (ausência de gestão adequada nos serviços de saúde - planejamento, controle e avaliação). Instalações, pessoas e materiais insuficientes, inadequados e sem qualidade. Descumprimento da biossegurança, legislação e vigilância sanitária, conduzindo a riscos desnecessários. A atenção odontológica a pacientes especiais é insuficiente. Não há planos de carreira, isonomia salarial e cargos, com ingerência política na transferência de servidores, sem motivação ao trabalho em equipe. Despreparo gerencial, baixos salário, desqualificação profissional, desvio de funções, sem critérios para preencher cargos administrativos, má condição de trabalho e incapacidade técnica.</p>

“continua”

Quadro 3 – Cenário sócio-político do período em que foram realizadas as Conferências de Saúde Bucal (1986 1993 e 2004). “continuação”

2ª CMSB - Maio de 2004 / Governo: Marta Suplicy

Conceito de saúde influenciado pelo contexto e compreensão da sociedade, visto como qualidade de vida (direito fundamental - pauta a construção do SUS). Participação popular deve definir políticas de saúde e fiscalizar sua implementação. Melhorias com os programas de SB são mais eficazes quanto mais desenvolvidas as regiões. O enfrentamento da saúde-doença depende de fatores sociais. Democratizar o acesso aos serviços, eliminar barreiras sociais, econômicas, políticas e atingir áreas periféricas.

3ª CESB - Junho de 2004 / Governo: Geraldo José Rodrigues Alckimin Filho

Contextos político, econômico e social impõem transformações no modelo estatal e redução do déficit institucional. O cidadão deveria ser o foco da ação pública. A incapacidade do Estado manifesta-se no acesso e qualidade do atendimento em saúde. Exigem-se políticas públicas com: RH adequados, insumos compatíveis às tecnologias, manutenção de equipamentos, educação continuada, equidade e inclusão social. Conceito de saúde sujeito ao contexto e à compreensão da sociedade: qualidade de vida, acesso à educação, moradia, lazer, segurança, trabalho, saneamento básico, saúde, transporte (direitos fundamentais devem pautar a construção do SUS). Participação popular definindo políticas e fiscalizando. Desigualdades e exclusão social exercem efeitos nefastos na saúde (mortalidade, incapacidade, morbidade, utilização de serviços de saúde) e na SB. Os de baixa renda possuem mais problemas de SB e usam menos os serviços odontológicos. As melhorias dos programas de SB são mais eficazes, quanto mais desenvolvidas as regiões. Enfrentar a saúde/doença depende de fatores sociais. Priorizar a SB pelos gestores e usuários do SUS é um desafio!

3ª CNSB - Agosto de 2004 / Governo: Luiz Inácio Lula da Silva

Expectativas dos brasileiros para reivindicações históricas concretizarem-se, entre elas a SB como uma prioridade nacional da saúde. Necessidade de políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, mobilização da sociedade civil e movimentos populares. Momento decisivo para políticas de saúde no BR e para o Plano Nacional de Saúde. Foco: promoção da saúde e universalização do acesso.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP e MSP.

1.3.2 Indicadores Epidemiológicos

Indicador é uma variável ou atributo da estrutura, processo ou resultado capaz de representar ou dar significado ao assunto avaliado.

A luta pela conquista da integralidade, enquanto princípio de atenção à saúde, deve atentar para a incorporação dos cuidados integrais em diversas áreas não podendo ser desconsideradas, pois os indicadores epidemiológicos apontam sua relevância social, tais como atenção à saúde

bucal integral, conforme ressaltado na Posição Final do 1º Fórum Social Mundial de Saúde, em 2005⁸.

O estudo de FERNANDES e PERES (2005) relata que os indicadores da atenção básica em SB quando testados com outras variáveis socioeconômicas e de provisão de serviços, mostraram melhoria no acesso aos serviços odontológicos ocorrendo com o aumento de profissionais contratados para o serviço público. No entanto, com tendências à procedimentos conservadores e de mutilação. Nesse estudo foi verificado que os municípios com piores condições socioeconômicas ofereciam serviços com características mutiladoras.

Conforme TANAKA e MELLO (2001), analisar os indicadores facilita a tomada de decisões, sendo um processo técnico-administrativo e multi-focal, não restrito à especialistas, devendo ser exercido pelos envolvidos nos planos e execução das atividades avaliadas, com determinações de possibilidades de intervenções e momentos para realizá-las.

A estrutura, processo e resultado são interdependentes, trazendo características do contexto (cenário) e impacto para a saúde da população, retratado nos indicadores epidemiológicos (TANAKA e MELLO, 2001).

Os indicadores são importantes para a gestão dos serviços de saúde, para medir desempenhos e estabelecer metas de bons resultados. A esse respeito são apresentados no Quadro 4 aspectos de epidemiologia em SB em cada CSB estudada.

⁸ Posição Final do 1º Fórum Social Mundial da Saúde [internet]. Porto Alegre: Cidades Saudáveis; 2005 [acesso em 23 jan 2008]. Disponível em: <http://www.cidadesaudaveis.org.br/ForumSocial.pdf>

Quadro 4: Indicadores epidemiológicos relacionados à SB apresentados nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e em 2004.

Indicadores Epidemiológicos
<p>1ª CESB - Setembro de 1986: Situação caótica de SB no ESB: 98% de prevalência de cárie dental, que associada à doença periodontal devastava o aparelho mastigador. Três dentes decíduos eram atacados pela cárie aos 3 anos, e seis aos 6 anos. Índice CPO-D aos 7 anos era de 2.12 para o ESP em 1984, na Rede Estadual de Ensino, e aos 12 anos de 6.25, com componente O de apenas 2.39, o E de 0.34 e o EI de 0.39⁹. Setor privado, com prática curativa de alto custo (acessível a 5 % da população) produzia baixo impacto social e rotatividade, com ineficácia e iatrogenicidade. Doenças bucais de interesse para a Saúde Pública eram distúrbios do crescimento e desenvolvimento dos dentes (má-oclusão, com ou sem disfunções articulares) atingiam 45% aos 12 anos, com 1 % de lesões incapacitantes. Nas maxilas, (fendas labiais e palatinas 1:800 nascidos vivos), além da cárie dental, doença periodontal, tumores odontogênicos, cistos e câncer bucal (8% do total das neoplasias; 5:100.000 habitantes).</p>
<p>1ª CNSB - Outubro de 1986: Propôs-se a relação entre o diagnóstico epidemiológico de SB e o social, econômico e político. Ausência de dados fiéis e de informações sobre SB. MSP e outros no ESP com alarmantes prevalências de cárie e doença periodontal.</p>
<p>2ª CMSB - Agosto de 1993: A alta prevalência de cárie e doença periodontal continua. Necessidade de estudos para conhecer o processo saúde-doença.</p>
<p>2ª CESB - Setembro de 1993: O desenvolvimento de ações de SB nos municípios do ESP não é homogêneo. Discrepâncias regionais nos Sistemas Locais de Saúde: Os dirigentes municipais e regionais desconhecem problemas da SB em seus municípios e/ou região, devido à falta de diagnóstico para planejar e avaliar os serviços. Epidemiologia deve ser o principal critério na determinação das ações de SB para a população.</p>
<p>2ª CNSB - Setembro de 1993: Indicadores de saúde e morbidade bucal colocam o BR entre os países de piores condições.</p>
<p>2ª CMSB - Maio de 2004: Rede do Sistema Municipal de Saúde: 388 UBS, ambulatórios de especialidades e hospitais, 328 UBS com equipamentos (consultórios individuais ou módulos odontológicos) e RH. O perfil epidemiológico, demográfico e social evidenciou que, além da manutenção e ampliação da AO às crianças, os serviços públicos deveriam oferecer ASB aos jovens, adultos e idosos, focando os mais vulneráveis e excluídos. A equidade, como objetivo estratégico, com diagnóstico das desigualdades nos microterritórios e aporte de recursos, intersetorialidade das ações de promoção e proteção a saúde, humanização do atendimento e elevação da qualidade da atenção à saúde. Para a organização de modelos de atenção controlar e o monitorar as práticas (utilizando indicadores), pois desigualdades sociais, independente do indicador socioeconômico usado (renda, classe social, escolaridade ou ocupação, dentre outros), somadas à exclusão social provocam: morbidade, serviços de saúde com exigüidade de cobertura a adultos e idosos.</p>
<p>3ª CESB - Junho de 2004: O objetivo principal é a equidade: diagnóstico de desigualdades nos microterritórios, porte de recursos, intersetorialidade das ações de promoção/proteção da saúde, humanização do atendimento e aumento da qualidade da atenção. Propôs-se resolver: riscos do consumo de produtos, exposição à insegurança alimentar e nutricional, a fatores ambientais e condições inadequadas de habitação e saneamento básico.</p>
<p>3ª CNSB - Agosto de 2004: A SB é uma das prioridades nacionais do setor saúde</p>

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: Nacionais, ESP e MSP.

⁹ Fonte: Divisão de Estudos. Normas e Programas em Assistência Odontológica do Departamento de Assistência ao Escolar – Secretaria de Estado da Educação.

1.3.3 Enfoques dos Temas das Conferências de Saúde Bucal

Apresenta-se lista com os temas das CSB (Nacionais, ESP e MSP), identificando nos tópicos, pontos para reflexões dos avanços, mudanças e adequações aos diferentes momentos em que elas aconteceram.

Quadro 5: Temas Centrais nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e 2004.

CSB	Data	Temas Centrais
1ª Estadual	set/1986	Saúde bucal como um direito. Situação atual de SB no ESP; Reformulação do sistema nacional de saúde; Financiamento do setor.
1ª Nacional	out/1986	Saúde: direito de todos e dever do Estado; Diagnóstico de SB no Brasil; Inserção da odontologia no SUS; Financiamento do setor de saúde bucal.
1ª Municipal	ago/1993	Defendeu a manutenção das conquistas sociais expressas na Constituição (Capítulo da Saúde). Exigiu implantação e desenvolvimento do SUS
2ª Estadual	set/1993	Saúde bucal no estado de São Paulo.
2ª Nacional	set/1993	Saúde Bucal é direito de cidadania; Políticas de saúde: a saúde bucal e o SUS; Modelo de atenção em saúde bucal; Desenvolvimento tecnológico; financiamento; recursos humanos em SB; controle social.
2ª Municipal	mai/2004	SB: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Contribuições para enriquecer os debates: <ul style="list-style-type: none"> • Educação e construção da cidadania; • Informação e comunicação; • Controle social, gestão participativa e SB; • Formação e trabalho em SB; • Organização da atenção em saúde bucal.
3ª Estadual	jun/2004	Educação e construção da cidadania; Formação e trabalho em saúde bucal; Controle social e gestão participativa; Financiamento; Organização da atenção em saúde bucal.
3ª Nacional	ago/2004	SB: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Eixos temáticos: <ul style="list-style-type: none"> • Educação e construção da cidadania • Controle social, gestão participativa e SB; • Formação e trabalho em SB; • Financiamento e organização da atenção em SB.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: Nacionais, ESP e MSP.

Nos “Temas Centrais”, na seqüência das oito CSB estudadas apresentou-se que a temática, em 1986, estava voltada às questões pré-Constituição (1988), quando se recomendava o direito à saúde (e a SB) e a situação da SB no ESP e no país, estava em foco. No bloco de 1993 percebeu-se, no MSP, temas sobre as conquistas sociais e implantação e desenvolvimento do SUS. Em 2004 o assunto foi sobre: “Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social” tendo como eixos: educação e cidadania, controle social e gestão participativa, formação e trabalho, e organização em SB em todas elas.

A odontologia brasileira seguiu a filosofia cirúrgico-restauradora, na qual os procedimentos preventivos e promoção da saúde não foram valorizados, sendo a aplicação tópica de Flúor e a orientação da escovação dentária considerada como "cortesia" ao término do tratamento restaurador, exprimindo a visão fragmentada do processo saúde-doença (WEYNE, 2003).

A 1ª CNSB ocorreu em 1986, reunindo representantes de diversos setores, abordando democraticamente assuntos de SB nos moldes das CNS realizadas. Destacou a impossibilidade de dissociar a SB da saúde geral, estando sua melhoria atrelada a fatores políticos e socioeconômicos (MS, 1986 b; BARTOLE, 2006). A estadual, meses antes, apontou o mesmo.

Após sete anos ocorreu a 2ª CNSB e a 2ª CESB, em 1993. A SB no país continuava segmentada, iatrogênica, elitista e mercantilista. Durante a era Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), não houve CSB nas esferas de governo estudadas, no entanto, a SB nesta fase foi incluída como meta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990, inserido em 1997 na promoção de SB, com atividades de educação em SB na família e ênfase no grupo infantil.

Em 1993, aconteceu a 1ª CMSB no MSP, com foco nas conquistas sociais expressas na Constituição Federal promulgada em 1988 e a implantação e desenvolvimento do SUS.

Onze anos se passaram desde a última CSB, até que em 2004 aconteceu a 3ª edição da CNSB e CESB e a 2ª CMSB-SP, pautando a ampliação do acesso, inclusão e qualidade na assistência à SB.

Nos tópicos a seguir salientam-se assuntos relevantes das CSB, com quadros que expõem suas respectivas essências. Classificaram-se os aspectos em: Modelos de Atenção em SB (MASB), Fluoretação das águas de abastecimento público, Saúde Bucal no SUS, Controle Social, Formação e Trabalhos em SB, Financiamento da SB e Tecnologia.

1.3.4. Modelos de Atenção à Saúde Bucal

Ao construir um modelo de atenção visa-se reduzir o risco de doença e de agravos, permitindo acesso universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso as UBS são as unidades fundamentais do SUS. Para interpretar os MASB referidos nas CSB foram considerados conceitos de NARVAI (1992) e TEIXEIRA (2003).

A política de saúde desenvolvida ao longo dos anos 1990 apresenta como principal característica a ênfase na Atenção Básica entre o conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelo SUS.

Em duas décadas houve três rodadas de discussões nas CSB com propostas e considerações no sentido de atingir modelos idealizados e ainda não concretizados, porém em processo evolutivo crescente.

Na primeira fase foram incorporadas e materializadas idéias na Constituição, implementando atividades, embora ainda não sistematizadas, a não ser para escolares no sistema incremental.

Na segunda fase, embora a CMSB estivesse influenciada pela privatização (PAS), a 2ª CNSB firmava conceitos sobre a saúde e a gestão, conforme os princípios do SUS. Ampliaram-se as ações coletivas, incorporando-as à assistência, respeitando a diversidade e as diferenças regionais, com descentralizações, ampliação da atenção a todos, visando à integralidade. Na última rodada nota-se o amadurecimento do modelo agregando tecnologia não material, humanização do atendimento, descentralização, implementação de especialidades (sistema de

referências), com maior participação da população e de trabalhadores na gestão. Capacitações e articulações intersetoriais começam a se concretizar. Politicamente ocorre evolução com as DPNSB. A incorporação de auxiliares, mencionada desde a primeira rodada é incipiente, embora seja evidente essa necessidade. O sistema de informações passa a ser uma realidade em construção.

A 3ª CNSB expõe indignação ao mencionar a falta de garantias de acesso à ASB, sendo proposto um novo modelo de atenção integral em SB, que considerasse as necessidades regionais da população, em concordância com o perfil epidemiológico.

Ao estudar os modelos de ASB procurou-se classificar o conteúdo dos relatórios das CSB utilizando as categorias: situação do serviço público odontológico; visão política; acesso e universalidade; ações interdisciplinares e setoriais; atendimento; recursos financeiros; recursos humanos e equipamentos; rede de serviços; políticas de SB; programas e realizações.

Nas conferências, segundo a cronologia as categorias dos MASB foram observadas com os destaques apresentados nos Quadros 6, 7, 8 e 9:

Quadro 6 – Evolução do Modelo de Atenção à Saúde Bucal (MASB) nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e 2004.

CSB em 1986
<p>1ª CESB – Setembro</p> <p>Serviço público odontológico: oferta inelástica de serviços com variados modelos de atendimento e recursos escassos.</p> <p>Visão política: vencer o lastimável quadro da SB; ir além das Ações Integradas de Saúde (AIS), conectar a Assistência Odontológica (AO), superar o quadro epidemiológico vigente.</p> <p>Acesso e Universalidade: aumentar a cobertura; atendimento universal (0-14 anos); gestantes; programas de ASB integral ao adulto e próteses.</p> <p>Ações interdisciplinares: alimentos, produtos cariogênicos com alerta de prejuízos à SB no rótulo.</p> <p>Atendimento: Sistema de atendimento incremental, priorizando as faixas de maior risco.</p> <p>Recursos financeiros: expandir recursos da rede pública de serviços odontológicos e de órgãos técnico-administrativos específicos.</p> <p>Recursos humanos e equipamentos: programas para produtividade, incorporando pessoal auxiliar e simplificação de equipamentos.</p> <p>Rede de Serviços: expandir a rede pública de serviços odontológicos.</p> <p>Políticas de SB: PNSB, com base em diretrizes e definições federais, estadual e municipal, respeitando as necessidades locais.</p> <p>Programas: reorientar programas tradicionais e preventivos de massa (fluoretação).</p>
<p>1ª CNSB - Outubro</p> <p>Serviço público odontológico: pequena cobertura e ineficiência dos serviços públicos; concentração de CD em centros urbanos; insumos sofisticados para tarefas com menor custo; pouca utilização de pessoal auxiliar de nível elementar e médio; desvinculação dos programas da saúde dos trabalhadores; sem utilização de métodos preventivos coletivos sistematizados; inexistência de PNSB e de recursos financeiros necessários e próprios.</p> <p>Acesso e Universalidade: atendimentos de 0 a 14 anos, gestantes e adultos.</p> <p>Ações interdisciplinares: observação das particularidades regionais e carências.</p> <p>Recursos financeiros: atividades preventivas com recursos próprios.</p>
CSB em 1993
<p>1ª CMSB – Agosto</p> <p>Serviço público odontológico: serviços privados desarticulados sem controle, penalizando a assistência; privatização dos serviços públicos de saúde; priorizava o investimento Estatal no setor público.</p> <p>Visão política e conceitual: mudança (enfrentar condições de vida ligadas a produção de serviços odontológicos no MSP. A prática privada deixava a maioria sem acesso).</p> <p>ASB = conjunto de ações que não se esgota na assistência odontológica, sendo parte dela: geração de renda, habitação, saneamento, lazer, etc.</p> <p>A assistência refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos produzidos pelo setor e dirigidos a consumidores doentes.</p> <p>Projetos com ônibus, trailers em locais de circulação pública de caráter demagógico e eleitoreiro, sem racionalidade sanitária e promoviam a mutilação das pessoas.</p> <p>Acesso e Universalidade: expansão dos serviços públicos para cobrir a população desassistida; acesso a deficientes aos serviços de SB e adequação das cadeiras odontológicas; descentralização e ampliação da atenção a deficientes; ASB domiciliar aos deficientes, incapacitados de locomoção. Atenção à população adulta (universalidade) oferecida não como “urgência”, mas como tratamento e acompanhamento; PS Municipais: atendimento de urgência, sem discriminação de faixa etária.</p> <p>Ações interdisciplinares: difusão de informações, ações educativas, orientação de dieta, controle de placa; ações de vigilância e atenção à saúde do trabalhador, estudos sobre onexo causal entre o processo de trabalho e o aparecimento de doenças aprofundados pelas equipes multiprofissionais dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - Seminário Saúde Bucal dos Trabalhadores; atendimento a acidentado no trabalho com preenchimento da Comunicação de Acidente no Trabalho (CAT) para a rede.</p>

“continua”

Quadro 6 – Evolução do Modelo de Atenção à Saúde Bucal (MASB) nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

Recursos financeiros: repasse financeiro não por atendimentos, mas por produtividade.

Recursos humanos e equipamentos: ampliação de CDs e incorporação das THD e ACD em equipes de SB e o Projeto de Lei 53/93 aprovado na Câmara e em tramitação no senado, sob a Resolução 157/87 do CFO.

Rede de Serviços: proporcionar cobertura e transformação da prática odontológica, adequando à rede física - módulos fixos e móveis e atividades programadas Ampliação da cobertura e dos serviços de SB, com procedimentos coletivos e individuais; serviços de atenção secundária (especialidades) estruturados, em funcionamento, garantindo-se a cada Distrito de Saúde pelo menos um serviço de referência.

Políticas de SB: acesso a métodos preventivos contra a cárie e doenças periodontais com ações coletivas, continuidade independente de mudanças de administrações; oferecer locais para ações coletivas, institucionais (creches, escolas) e não institucionais (fábricas, associação de moradores, igrejas). SMS garantindo insumos (escovas dentais, dentifrícios, soluções fluoradas e fio dental); SUS: descentralização, atendimento Integral e participação social e de trabalhadores dos serviços organizados (Lei dos Conselhos de Saúde).

2ª CESB - Setembro

Serviço público odontológico: rede básica sem estrutura em relação à política de SB.

Acesso e Universalidade: critérios sociais e epidemiológicos de prioridades, sem exclusão a grupos populacionais antes "não prioritários" (0 a 3 anos e adultos), embora com priorização da faixa etária de 4 a 14 anos em espaço próprio, dentro da UBS.

Ações interdisciplinares: nos modelos de atenção enfatizar a integração entre setores, como a educação, incluindo temas da saúde nos currículos; acesso a informações sobre a saúde nas ações coletivas em SB em escolas, creches, centros comunitários e fábricas, pelos meios de comunicação, diariamente. Fundamentar políticas de SB para acesso aos métodos preventivos divulgados, incluindo o controle dos custos dos produtos para prevenção (escovas, fio-dental, flúor para uso em bochechos) e sua produção por laboratórios públicos, com inclusão na cesta básica.

Rede de Serviços: serviços de SB devem estar no contexto, localizados em UBS e unidades do sistema de saúde, superando o paralelismo e isolamento. Obrigatoriedade de coleta especial de lixo nos serviços odontológicos, realizada pelas prefeituras, sob orientação do CVS. Vigilância sanitária e biossegurança dos consultórios, laboratórios de prótese dentária, produtos e insumos de uso odontológico, com a aprovação da revisão do Código Sanitário do ESP. Atenção primária em SB realizada pela rede básica de saúde de cada município. As ações de assistência odontológica, individual e coletiva, nos espaços sociais (centros comunitários, creches, escolas, fábricas, agrovilas, domicílios) cabem as UBS em sua área de abrangência, como referência. Assegurar consulta de urgência a todos e programada (procedimentos preventivos e cirúrgico-restauradores aos grupos sociais prioritários, definidos pela realidade local).

Políticas de SB: o planejamento em SB deve realizar a análise social e epidemiológica, para transpor limitações dos modelos de atenção dos municípios.

Programas: a programação da assistência odontológica individual em cada UBS nos três turnos de trabalho deveria integrar-se aos Programas de Saúde.

2ª CNSB - Setembro

Serviço público odontológico: Modelo de ASB com limitação na cobertura, alto custo, baixo impacto social, desconexão com a epidemiologia do país e falta oferta de horários compatíveis ao atendimento do trabalhador.

Visão política: possibilidades de melhorias em caso de adoção de modelo de gestão adequado aos princípios do SUS.

Atendimento: atenção primária nos espaços dos Sistemas Locais de Saúde.

Recursos humanos e equipamentos: desenvolver RH para resolver problemas de SB.

Rede de Serviços: Sistemas Locais de Saúde e Distritos Sanitários com Controle Social.

“continua”

Quadro 6 – Evolução do Modelo de Atenção à Saúde Bucal (MASB) nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

Rede de Serviços: reorganizar a ASB: protocolos clínicos; parceria com MS para implementar 21 ambulatórios de especialidades em SB, 84 conjuntos de equipamentos (cadeiras e equipamentos), incluindo periféricos e aparelhos de RX e 21 laboratórios de prótese com potencial de 4000 peças/mês; hierarquização e regionalização, redes de serviços com descentralização e melhoria da gestão adequando-as às realidades locais; ASB: reorganizar a estrutura de funcionamento, métodos e processos, redefinindo o papel da União, dos Estados e dos Municípios no processo.

Políticas de SB: reorganização da ASB, realinhamento conceitual (fóruns de coordenadores de saúde e interlocutores de SB das subprefeituras), políticas de saúde bucal. **Programas:** abordagem de risco às doenças bucais no planejamento dos programas; PSF tem como princípios: adstrição da população; programação e planejamento descentralizados; integralidade da assistência; abordagem multiprofissional; humanização do atendimento; estímulo à ação intersetorial e à participação e controle social; educação permanente dos profissionais; adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação. Reorganizar as programações de SB na lógica do PSF, como alternativa que a SMS pretende manter e ampliar na medida da disponibilidade dos recursos financeiros.

Realizações: ampliação do acesso às faixas etárias classicamente excluídas; direcionamento das ações para os e mais necessitados, considerando o risco familiar e social; atuação rápida e articulada com equipes de PSF nos determinantes ambientais, comportamentais e biológicos envolvidos na produção social dos problemas de SB; ampliação das ações coletivas a grupos de risco, com medidas educativo-preventivas.

3ª CESB – Junho

Visão política: atingir metas da OMS para 2010. Modelo de atenção para necessidades de saúde, com vistas à transição demográfica e epidemiológica. Viabilizar nova prática em SB depende da resolutividade das ações e de um MASB orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Para aplicar os princípios do SUS em SB é necessário alocar recursos próprios; reversão do atual modelo (cirúrgico, restaurador, ineficiente monopolizador, de tecnologia densa, alto custo e elitista) para um de ASB integral, considerando necessidades da comunidade e seu perfil epidemiológico. Reorganizar funcionamento, métodos e processos da ASB, redefinir papéis.

Acesso e Universalidade: implementar política de saúde do idoso, consoante com o Estatuto do Idoso; portadores de deficiências, dos com doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas que devem ter atendimento no SUS, com arquitetura adequada, normas de biossegurança e pessoas capacitadas. Ações de SB junto às populações indígenas; garantia de atendimento básico e geriátrico; implantar serviços de ASB para portadores de necessidades especiais e atendimento à SB gratuito em IES de odontologia.

Ações interdisciplinares: garantir intersetorialidade no governo; inserção no currículo escolar de conceitos e práticas de SB; redução de alimentos cariogênicos nas escolas; alimentos e produtos cariogênicos contendo advertência no rótulo; integração: saúde, educação e comunicação social, buscando formação de profissionais, professores e multiplicadores capacitados na promoção de SB. Espaços institucionais como meios de comunicação e informes; programas de educação em SB; merenda escolar visando à nutrição, saúde geral e bucal; estímulo às práticas alimentares saudáveis em espaços sociais para crianças e idosos; propor “escovódromos” às secretarias de educação.

Atendimento: garantir o atendimento integral; cada equipe do PSF com profissionais de SB; efetivar política de SB para atender urgência e emergência em todos os hospitais; atendimento de urgência na atenção básica; rotinas de exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal; **assegurar atendimento com condições materiais e técnicas adequadas;** ampliação de horário de atendimento odontológico até às 21hs e PS 24hs; assistência odontológica de complexidade mínima, ampla e humanizada.

“continua”

Quadro 6 – Evolução do Modelo de Atenção à Saúde Bucal (MASB) nas Conferências de Saúde Bucal em 1986, 1993 e 2004. *“continuação”*

A ANS deve ampliar direitos dos titulares de planos de saúde de SB ampliando a atenção. Proibir propaganda e comércio de planos de SB privados dentro de órgão público. O MS deve divulgar as DPNSB. Criar um centro de pesquisa e tecnologia para insumos odontológicos. Redução dos custos dos medicamentos e materiais de odontologia. Implementar sistema estadual de informação em SB, articulado pelo SIA/SUS. Incentivar a troca de experiências em SB entre municípios. Inserir nos planos municipais de saúde a ASB. Redefinir, embasados na 3a CESB, as diretrizes para a política de SB do ESP, articulada com a SES, COSEMS, e CES. Fazer reuniões junto a FURP para a produção de insumos de SB.

Programas: práticas de SB no PSF devem envolver a SB e a saúde da família (construção de práticas de saúde coletiva). Fluoretação das águas de abastecimento e dentifrícios para a promoção da SB. Criar “Cesta Básica Odontológica” preventiva e para o atendimento. Criar programas com incentivos financeiros para municípios. ESB incorporadas ao PSF (uma ESB/PSF). Desenvolver e divulgar projetos de reciclagem de materiais odontológicos. Fluoretação: ações coletivas periódicas a grupos populacionais prioritários, do ponto de vista epidemiológico e social. Garantir acesso ao creme dental sem flúor para crianças < 4 anos e/ou com problemas de deglutição. Implantar programa de vigilância a SB para identificar indivíduos de risco. Implementar ações de SB, em grupos isolados (sem terra, asilos, etc). Inserir no programa de prevenção e assistência a grupos especiais temas de SB. Inserir no programa de assistência ao adolescente conteúdos de SB. Inserir a “prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal” como atividade permanente na campanha de vacinação dos idosos (associar divulgação). Criar projetos dirigidos aos recém-nascidos, com orientações às mães e acompanhamento nas UBS. Programa para orientação em maternidades: amamentação, higiene, hábitos nocivos. Acrescentar na Ficha D ou criar uma específica no SIAB do PSF, para Odontologia.

3ª CNSB – Agosto

Acesso e Universalidade: atendimento preventivo-promocional a portadores de deficiência, adequação de arquitetura e RH.

Ações interdisciplinares: medidas de educação alimentar e nutricional e advertência no rótulo de alimentos e produtos cariogênicos.

Rede de Serviços: inclusão de informações de SB nos cartões utilizados pelo SUS.

Políticas de SB: políticas para qualidade de vida, adequar procedimentos de atenção e assistência, valorização da cidadania, especificidades regionais, diversidade cultural e relações de trabalho. Organizar um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em SB, divulgação das DPNSB do MS; avaliação dos indicadores de SB. Pacto da Atenção Básica e Programação Pactuada Integrada (PPI). Criação do Sistema Nacional de Cooperação Técnica (integrar fóruns municipais e estaduais).

Programas: entrega de *kits* de higiene bucal.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, do ESP e MSP.

Para TEIXEIRA (2003), os MASB são formas de organização das relações entre profissionais de saúde e usuários, sendo mediadas por tecnologias (materiais e imateriais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Os propósitos do MASB são de intervenção em problemas e

necessidades sociais de saúde em dimensões de relações entre sujeitos, tecnologias materiais e imateriais e outros problemas.

NARVAI (1992) afirmou que o MASB deve estar baseado em oito dimensões: concepção sobre a saúde, sistema de trabalho, opção tecnológica, identificação das ações coletivas, sistema de atendimento, sistema que identifique as ações coletivas em SB a serem desenvolvidas e sistema de informações.

Nos Quadros 7, 8 e 9 mostra-se a evolução das CSB, e segundo os conceitos dos autores citados, como os modelos de atenção se apresentaram sob os aspectos por eles propostos.

Quadro 7 - Propostas de Modelos de Atenção à Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado de São Paulo de 1986.

Modelo de Atenção à Saúde Bucal – 1986					
1986		Dimensões		1ª CESB	1ª CNSB
	1	Relações entre sujeitos		Incorporar pessoal auxiliar	Concentração de profissionais em centros urbanos. Poucos auxiliares
	2	T E C N O L O G I A	Opção	Expansão da rede pública	Equipamentos nacionais
	3		Materiais	Simplificação de equipamentos Maior cobertura	Sem recursos financeiros
	4		Não Materiais	Propostas das DPNSB Modelos inelásticos	Sem vínculos com programas Inexistência de PNSB
	5		Conceitos sobre saúde	Programas preventivos de massa. Reverter epidemiologia. Dicotomia prevenção/cura	Atividades preventivas de caráter coletivo (não sistematizadas).
	6	Sistema de trabalho		Incremental	Curativo
	7	Problemas (danos e riscos)		Epidemiologia Problemas sociais Rótulo nos alimentos cariogênicos	Carências e particularidades regionais
	8	Sistema de atendimento		Incremental / 0 – 14 Gestantes / Faixa > risco	Incremental / 0 – 14 Gestantes / Faixa > risco
	9	Identificação ações coletivas		Integral / Adultos / Próteses	Prevenção
	10	Sistema de informações		Uso de indicadores	Proposta de prontuário

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, do ESP e MSP.

Quadro 8 - Propostas de Modelos de Atenção à Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, estado e MSP de 1993.

Modelo de Atenção à Saúde Bucal (em vigor e propostas) – 1993						
1993		Dimensões		1ª CMSB	2ª CESB	2ª CNSB
	1	Relações entre sujeitos		Equipes de CD, THD e ACD. Desarticulação entre serviços públicos e privados	Transformar prática: auxiliares, novas técnicas e ações coletivas	Desenvolvimento de RH para solução problemas de SB Articulações intersetoriais Escolas saudáveis
	2	TECNOLOGIA	Opção	Aumentar cobertura. Investimento do governo do estado no setor público municipal	Rede básica	Viés clínico curativo Descentralização com ACSB
	3		Materiais	Acesso à deficientes (adequar as cadeiras odontológicas) Adequação: rede física. Não remunerar por produtividade	Centralizar na US. Não há estrutura de controle de custos, insumos e produtos	Aumento de custo Limite de cobertura Ações interdisciplinares
	4		Não Materiais	Política de privatização. Necessidade de ampliar o serviço	Superar paralelismo e isolamento da área	Modelo de gestão para os princípios do SUS Acolhimento Descentralizar a gestão
	5		Conceitos sobre saúde	Estruturação da atenção secundária Descentralização, atendimento integral, participação da comunidade e trabalhadores Universalidade não só na urgência (tratamento / orientação) Diretrizes do SUS Especialidades	Análise social e epidemiológica	Proposta adequada ao SUS Integralidade Risco e acesso Aplicando ACSB Rapidez
	6	Sistema de trabalho		Os PS garantem urgência Descentralização Remoção de barreiras arquitetônicas Preenchimento de fichas. Métodos preventivos.	Três turnos. Prevenção. Assistência primária individual, cirúrgico restauradora	Sistemas locais de saúde e distritos sanitários. Controle Social. Baixo impacto. PSF
	7	Problemas (Danos e Riscos)		Ampliar cobertura Privatização dos serviços População não pode custear Falta de controle	Integração entre setores. Coleta de lixo especial. Biossegurança, Grupos/prioritários	Estratégias na Atenção Básica
	8	Sistema de atendimento		Locais institucionais e não institucionais Módulos fixos e desmontáveis Descentralizado	Consultas de urgência e programadas para grupos prioritários	Epidemiologia desconectada. Oferta de serviços Sistemas Locais de Saúde
	9	Identificação ações coletivas		Conselhos de Saúde. Institucionais e não institucionais	Ações coletivas institucionais e não institucionais. Cárie e doenças periodontais	DS com ACSB em espaços institucionais e não institucionais.
	10	Sistema de informações		Busca de sistemas	Informações sobre ações coletivas nos locais institucionais, não institucionais e relações políticas	Sistemas Locais de Saúde

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, do ESP e MSP; NARVAI (1992); TEIXEIRA (2003).

Quadro 9 - Propostas de Modelos de Atenção à Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e MSP, 2004.

Modelos de Atenção à Saúde Bucal (MASB) e propostas						
2004	Dimensões		2ª CMSB	3ª CESB	3ª CNSB	
	1	Relações entre sujeitos		Ampliação quadro CD, THD e ACD. Vínculo entre profissionais e a população.	Integração das áreas de saúde, educação e comunicação social, visando formar multiplicadores para promoção da SB.	Qualidade de vida, adequação regional, diversidade cultural e de trabalho.
	2	T E C N O L O G I A	Opção	Universalidade equidade, integralidade, resolutividade. Atenção integral às necessidades de cada comunidade.		
	3		M A T E R I A I S	Aquisição e manutenção de equipamentos.	Arquitetura adequada para atendimento a deficientes. Adquirir RX. Materiais e técnicas adequadas. Cesta básica odontológica. Reciclar materiais odontológicos. Recursos financeiros para SB.	Entrega kit de higiene bucal. Arquitetura e equipamentos para deficientes.
	4		Não Materiais	Participação dos trabalhadores na gestão. Redes descentralizadas.	Inserir no currículo do ensino fundamental e médio conceitos de SB. Coordenação de SB nas SES. Capacitar para atender deficientes.	Adequar RH para atender deficientes. Educação alimentar e nutricional.
	5	Conceitos sobre saúde		Implantar política de saúde bucal.	Atendimento integral. ASB para metas OMS -2010.	Qualidade de vida, atenção e assistência adequada. Valorização: cidadania, regionalização, cultura e relações de trabalho.
	6	Sistema de trabalho		Projeto Escola Saudável. Referências com especialidades.	PSF com saúde bucal. Centros de referência municipais.	Sistema nacional de cooperação técnica, integrando fóruns municipais, regionais e estaduais.
	7	Problemas (Danos e Riscos)		Abordagem de risco para SB.	Redução de alimentos cariogênicos no ambiente escolar. Aviso nos rótulos dos alimentos.	Produtos, alimentos e medicamentos.
	8	Sistema de atendimento		Todos os níveis de complexidade, através de UBS, PSF e hospitais.	Centros de referência. Urgências/emergências de SB em todos hospitais. Deficientes. Portadores de doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas. Populações indígenas. Ampliar horários de atendimento. Atendimento integral.	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em SB. PPI – Pacto de Atenção Básica e Programação Integrada.
	9	Identificação das ações coletivas		Crianças, adolescentes, adultos, idosos e deficientes.	Saúde do idoso. Protocolos de inspeção sanitária, biossegurança odontológica, insumos e controle do Flúor nas águas. Advertência em rótulos de produtos cariogênicos.	Educação alimentar e nutricional. Advertência em rótulos - produtos cariogênicos.
	10	Sistema de informações		Informação como subsídio à política, planejamento, orçamento da saúde. Garantia de acesso à informação ao cidadão.	Tratamento estatístico de dados epidemiológicos da SB. Formulário único médico e odontológico. Ficha do SIAB com informações odontológicas. Produção odontológica como garantia de investimento em SB.	Divulgação das diretrizes para gestores, universidades, população e entidades odontológicas. Indicadores do PPI.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, do ESP e MSP; NARVAI (1992); TEIXEIRA (2003).

Nos quadros sobre MASB mostrou-se a aderência das várias conferências às características ou dimensões dos modelos propostos por NARVAI (1992) e TEIXEIRA (2003).

Para visualizar a evolução dos modelos ao longo dos dezessete anos transcorridos entre a primeira e última conferência, tomar-se-á por base a dimensão sistema de trabalho.

Nos âmbitos estudados, em 1986 ocorreram duas conferências, uma nacional e outra estadual. Na 1ª CESB o sistema de trabalho era o “incremental” e na 1ª CNSB o sistema de trabalho estava voltado para o “curativo”.

Em 1993, nas conferências ocorridas nos três níveis em questão, os sistemas de trabalhos preconizados deveriam: garantir tratamentos de urgência, descentralização, acesso para deficientes, três turnos, prevenção, assistência primária individual, controle social e PSF. Em 2004, mencionou-se o Projeto Escola Saudável, especialidades, equipes odontológicas no PSF, centros de referência no município e sistema nacional de cooperação técnica integrando fóruns municipais, regionais e estaduais.

1.3.5 Fluoretação das Águas de Abastecimento Público

A seguir, o Quadro 10 apresenta as propostas das CSB relativas à fluoretação das águas de abastecimento público como ação dos MASB para a prevenção de doenças bucais.

Quadro 10 - Propostas de fluoretação das águas de abastecimento nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 2004.

Fluoretação
<p>1ª CESB Setembro de 1986: programas preventivos de massa, com a fluoretação das águas de abastecimento público.</p>
<p>1ª CNSB Outubro de 1986: descumprimento da lei vigente no que se refere à fluoretação das águas.</p>
<p>1ª CMSB Agosto de 1993: associar métodos tópicos para reduzir doenças: bochechos de soluções fluoradas, escovação supervisionada, aplicações tópicas de Flúor e ações de educação em SB conforme discutido e recomendado por ocasião do Seminário de Prevenção da SMS realizado em 1989 e publicado no DOM de 30/08/1989. A ação ampla de ASB eleita no Brasil é a fluoretação das águas de abastecimento público por ser seguro, eficaz e barato, controlado e fiscalizado por órgão competente. A água tratada e de boa qualidade é direito dos cidadãos do MSP. Para a garantia de sua eficácia é necessária a continuidade do Sistema de Vigilância Sanitária dos teores de Flúor nas águas de abastecimento público, com publicação trimestral no DOM, grande imprensa e outros órgãos de divulgação de fácil acesso à população, garantindo-se recursos para tanto e sob supervisão da SMS.</p>
<p>2ª CESB Setembro de 1993: comportamento inadmissível do poder público quanto à fluoretação de águas (menos de 40% da população brasileira tinha esse benefício). Dever da 2ª CNSB em se posicionar com firmeza na defesa desse direito. Exigência do controle sanitário dessa medida como direito básico para a cidadania em SB, nos municípios pelo heterocontrole e no Estado pelo Programa de Controle de Água (PRÓ-ÁGUA). A Coordenação Nacional de SB do MS passa a prestar contas anualmente sobre a situação da fluoretação no país, rompendo com a omissão que caracterizava sua atuação quanto ao cumprimento da lei. A ação de atenção em saúde, eleita no Brasil, é a fluoretação das águas de abastecimento público, com controle e vigilância de órgão competente e distinto da empresa responsável pela fluoretação (heterocontrole), sendo esta responsável por tornar públicos boletins periódicos com os resultados obtidos. Apoio irrestrito à luta dos cidadãos brasileiros para a conquista do acesso à água tratada, clorada e fluoretada. Fluoretação do sal de cozinha é incompatível com a lei vigente. Implantação dos métodos sistêmicos conflitantes com a fluoretação das águas só após estudos epidemiológicos circunscritos, localizados e autorização do Conselho Nacional de Saúde, Congresso Nacional e da sociedade civil.</p>
<p>2ª CNSB Setembro de 1993: cumprimento da Lei 6.050/74 (obriga a fluoretação das águas de abastecimento). Questionável passividade e apatia da classe odontológica brasileira quanto à exigência do cumprimento da lei. Inadmissível comportamento do poder público quanto à fluoretação das águas de abastecimento público, condenando 70% da população brasileira a “sobreviver” sem esse benefício.</p>
<p>2ª CMSB Maio de 2004: realizações: manutenção do sistema de monitoramento dos teores de Flúor nas águas de abastecimento público. O controle exercido sobre a fluoretação das águas de abastecimento público no MSP garantia à população o acesso a um método eficaz, seguro, de baixo custo relativo e fácil aplicação. A ação intersetorial em relação a este produto é a vigilância sanitária, com base no princípio do heterocontrole.</p>
<p>3ª CESB Junho de 2004: propõe estabelecer protocolos cientificamente validados de inspeção sanitária que contemplem o controle da fluoretação das águas; campanhas de esclarecimento sobre o uso de produtos fluoretados. Exigir níveis apropriados de Flúor em 100% das águas de abastecimento; disponibilizar para os CMS relatórios da vigilância sanitária, sobre fluoretação; incorporar o controle da qualidade da água com ações de vigilância sanitária e ambiental. Programas de saneamento no âmbito do SUS, priorizando ações de fomento e cooperação técnica com os serviços de abastecimento de água, visando à melhoria dos procedimentos de controle de qualidade da água, implementando a Portaria GM/MS 1469, padronizando os procedimentos para fluoretação; ampliar o programa de vigilância de fluoretação das águas de abastecimento público, de fontes de águas minerais comercializadas. Cumprir a Lei 6050/74 (obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público); responsabilizar as SMS pelo controle de fluoretação, podendo ser assessoradas por outros órgãos e entidades; avaliar os resultados de fluoretação das águas com estudos epidemiológicos periódicos da prevalência e incidência de cárie dentária. Fluoretação das águas em nível nacional, com normatização da proposta e heterocontrole; estimular a formação de consórcios e parcerias para o controle. Enfatizar a fluoretação da água de abastecimento público em 100% dos municípios do ESP e garantir incentivo financeiro para os municípios, para aquisição de bombas dosadoras de Flúor.</p>
<p>3ª CNSB Agosto de 2004: Garantia do cumprimento da Lei 6.050/1974, que prevê a fluoretação e o tratamento das águas de abastecimento público.</p>

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP e MSP.

O tema fluoretação foi tratado em todas as conferências. A preocupação com o controle da fluoretação encontra-se nas CNSB e nas CESB, tendo em vista que no MSP a questão está implantada e a contento, e não se conhece atualmente quem e como se realiza o heterocontrole do Flúor nas águas de abastecimento.

1.3.6 A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

Nos últimos anos a SB passou a ter maior relevância no cenário da saúde. As CSB enfocaram a questão da formação inadequada de profissionais para a SB no SUS e o não cumprimento da legislação e das necessidades sociais e epidemiológicas. Perceberam-se reivindicações e combate ao trabalho precário em SB no SUS. Notou-se ênfase em contextualizar as pessoas aos princípios norteadores do SUS. A formação dos profissionais persiste inadequada. A inserção de pessoal, auxiliar em número e qualificação para constituir a ESB não se concretizou, embora houvesse tentativas para melhorias com eventos, capacitações, estágios, informação, estruturas de trabalho, instituições e associações, comissões e a participação política do trabalhador e dos usuários, inclusive nas CSB.

A Saúde Bucal inserida ao SUS necessita de uma proposta organizativa e gerencial para unidades básicas, nível secundário e terciário. A reordenação do trabalho em saúde deve levar em conta a perspectiva de criação do vínculo entre trabalhadores e usuários, para constituir espaços institucionais de co-gestão e estímulo ao trabalho de natureza interdisciplinar (CARVALHO e CUNHA, 2006).

A inserção da SB no SUS observou uma evolução ao longo do tempo, conforme consta no Quadro 11:

Quadro 11 - Propostas de inserção da SB no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo em 1986, 1993 e 2004.

Saúde Bucal no SUS
<p>1ª CESB - Setembro de 1986: reformular o setor saúde, criar órgão próprio, eliminar as múltiplas agências e setores. Instituir o SUS, hierarquizado, regionalizado e integrado. Criar órgão técnico-administrativo para gerir programas de SB. O consultório odontológico particular terá papel definido no SUS, com a participação das entidades odontológicas. Redução de tributos e inclusão na legislação dos consultórios como microempresas.</p>
<p>1ª CNSB - Outubro de 1986: Reforma Sanitária, inserindo a Odontologia no SUS e reformulação do SNS. Definição de políticas, supervisão, avaliação, informação e adequação estatal aos programas nacionais. Nos municípios: levantar necessidades, planejar, executar, controlar e avaliar os serviços locais. PNSB no SUS (universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado) com poderes ao município. Recursos do setor privado para implantar o SUS. Estatização com projeto de transição do setor privado para o estatal, intervenção nos serviços fraudadores, desapropriação e indenização com investimentos próprios para universalização. Setor privado assistindo parcela da população sob supervisão e controle público. SUS: atenção em todos os níveis, priorizando a atenção primária. CD participa na decisão, planejamento, controle e avaliação de programas, em comissões, assegurando interesses, com garantia da SB integral, simplificada e preventiva.</p>
<p>1ª CMSB - Agosto de 1993: órgãos de gestão do SUS (SMS, SES e MS) devem remunerar condignamente os trabalhadores e ter Planos de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS (carreiras multiprofissionais abertas, tratamento isonômico), elaborados por representantes dos trabalhadores da saúde e supervisionados pelos Conselhos de Saúde.</p>
<p>2ª CESB - Setembro de 1993: no atendimento à SB não se observam os princípios do SUS. Atendimento de urgência e procedimentos coletivos desorganizados. Indefinição do papel da SES no SUS, incluindo órgãos centrais e estruturas gerenciais intermediárias (Coordenação das Regiões de Saúde - CRS e ERSA). Faltam investimentos, dificuldades no repasse de verbas e sucateamento dos serviços da SES (sobrecarrega municípios e dificulta o SUS). Políticas de SB objetivam promoção, recuperação, manutenção da saúde e valorização do profissional; fortalecem o SUS na descentralização, regionalização, hierarquização, integralidade das ações, com financiamento pleno e controle social, garantindo a qualidade das ações. Integrar as Faculdades de Odontologia com o SUS e priorizar atendimento referenciado, de ciclo anual, com controle social. Reorganizar a produção, aquisição, distribuição e uso de equipamentos odontológicos definidos pelas políticas de SB do SUS. Na construção do SUS, os sistemas locais de saúde devem buscar parcerias com serviços odontológicos prestados por entidades, associações, sindicatos e universidades. Órgãos de gestão do SUS, nos três níveis de governo (MS, SES, SMS), devem viabilizar estudos para conhecer a situação de saúde-doença bucal nos sistemas locais. Os serviços públicos e credenciados ao SUS devem informar sobre o controle na ingestão de produtos cariogênicos e a importância da utilização do Flúor. Órgão gestor do SUS: assegurar insumos básicos para PC e materiais educativos. O SUS deve garantir o atendimento especializado em centros de referência odontológicos ou ambulatorios de especialidades, com sistema de referência e contra-referência. Mantiveram-se as mesmas resoluções da 1ª CMSB sobre remuneração e planos de carreira para os trabalhadores. Remuneração não por produção, assegurando-se progressão e ascensão. Garantia de formação, capacitação e atualização. Condições dignas de trabalho para atender com qualidade. Regulamentação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) e Comissões de Saúde do Trabalhador (COMSAT) com direito a sindicalização, greve e garantia às necessidades essenciais dos usuários durante a greve. Ocupação dos cargos de chefia, gerenciais e técnicos por funcionários de carreira, e que esta contemple estes cargos. Introdução nos currículos dos profissionais de saúde de estágios em serviços; ampliação do setor de ensino e pesquisa com residências e planos de formação para profissionais, além dos médicos. Regulamentação da lei de insalubridade, periculosidade e penosidade. Redução da jornada de trabalho e redução do tempo de serviço; plantões aos domingos, feriados e noturnos com descanso remunerado em dobro; garantia de remanejamento em função de desgaste físico/psicológico. Aos que trabalham em urgência ou processos desgastantes: férias de 20 dias consecutivos por semestre, e adicionais de insalubridade (grau máximo). A administração e o gerenciamento dos serviços de saúde devem subordinar-se às decisões dos órgãos colegiados. Os cargos de direção e gerenciamento devem ser abertos aos profissionais da saúde.</p>

“continua”

Quadro 11 - Propostas de inserção da SB no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo em 1986, 1993 e 2004.

"continuação"

Exigência de coordenação em SB nos três níveis do sistema. Reformulação das políticas de formação de RH em nível superior (graduação e pós-graduação). Reorganização curricular articulada ao SUS, adequação qualitativa à realidade, integrando ensino, serviços e pesquisa. Implantar política de RH compatível com as situações de servidores dos vários níveis do sistema.

2ª CNSB - Setembro de 1993: SUS é luta social, envolve o Controle Social (CS) e a sociedade visando a qualidade de vida das pessoas. Propõe inserção da SB no SUS, sob Controle Social, universalidade do acesso e equidade da assistência, onde a municipalização da saúde é a estratégia para efetivação do SUS. Políticas de saúde que viabilizem (sem interferir na autonomia dos estados e municípios) os planejamentos e orçamentos estratégicos situacionais. Incorporar na prática: pessoal auxiliar, tecnologia e PC para alterar a epidemiologia. Consórcios intermunicipais e dificuldades da Reforma Sanitária para a SB no SUS, devido desarticulação entre os níveis de governo e indefinição do modelo assistencial. SES não se interessam pela descentralização. Favorecimento do comércio de planos de saúde sem nexos com a epidemiologia. Descontinuidade dos programas de saúde, devido à rotatividade de administradores, uso das instituições públicas de forma eleitoreira, concentração de profissionais nos municípios mais desenvolvidos, descaso e abandono dos serviços e servidores, desintegração das ações educativas, preventivas e curativas com emergenciais mutiladoras.

2ª CMSB - Maio de 2004: SMS do MSP iniciou a reorganização das programações de SB, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS. O processo de reorganização pressupõe a universalização do acesso, com abordagem de risco às principais doenças bucais para organizar a demanda com equidade, retomada dos PC e acolhimento dos casos de urgência, como responsabilidade territorial das UBS. O que se praticava contrariava os princípios da universalidade e da integralidade do SUS contribuía para o avanço da mutilação dental, mantendo o MSP, distante das metas da OMS para 2010. Incapacidade do Estado no acesso e qualidade do atendimento dado pelo SUS. Exigência de nova atuação, formulação e implementação de políticas públicas que assegurem os direitos civis e sociais básicos e propiciem o desenvolvimento equitativo com inclusão social. No SUS, a educação é construída pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo. É um instrumento de transformação social quando proporciona ao homem ser agente de mudança, conquistar direitos, adotar práticas de interlocução, participação e articulação das ações. Educação em saúde leva a identificar a SB como responsabilidade do Estado, indissociável da saúde geral e do direito de cidadania. Qualificar os processos de educação para fortalecer o CS do SUS; lutar por políticas públicas que diminuam desigualdades sociais e econômicas do país, implementar a justiça social, transformar a realidade, as relações, a estrutura e a sociedade. As políticas para a cidadania, com inclusão social, no plano individual ou coletivo, necessitam de ações implementadas e integradas pelas esferas de governo e pela sociedade. A Lei Orgânica da Saúde prevê para o SUS, atividades não exclusivas de seu campo de ação para articular políticas e programas de interesse para a saúde, envolvendo outros setores político-administrativos do governo e entidades representativas da sociedade civil. Transformar informações em conhecimentos novos e com estes conduzir o SUS em sintonia com as necessidades de SB da população é um desafio. Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde, garantir universalidade do acesso aos afetados pelas desigualdades sociais são desafios para o direito. SUS tem diretrizes constitucionais como: organização descentralizada e participação da comunidade. A 11ª. CNS, em dezembro de 2000, entende que as políticas específicas e a assistência à SB são insuficientes e restritas a poucos procedimentos, para grupos e não contemplam as reais necessidades de promoção da SB da população. Implementação no SUS de Programa de SB focado nos municípios com garantia do atendimento médico-odontológico para pacientes especiais e fluoretação das águas de abastecimento e dentifrícios. Desarticulação entre as instituições públicas e particulares. O preceito constitucional, regulamentado pela Lei n. 8.080/90 - cabe ao SUS orientar a formação dos RH área da saúde (graduação e pós-graduação) tem que se efetivar de forma concreta e imediata. A gestão do trabalho e da educação para trabalhar em saúde é competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao MS, sob os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB-RH/SUS), propor, acompanhar e executar políticas de gestão do trabalho, de regulação profissional e de negociação do trabalho em saúde.

"continua"

Quadro 11 - Propostas de inserção da SB no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo em 1986, 1993 e 2004.

"continuação"

Os segmentos do governo e dos trabalhadores devem associar-se para estruturar a política de gestão do trabalho nas esferas estadual e municipal, nos setores público e privado que compõem o SUS. O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de profissionais para os múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família evidenciou as limitações do perfil atual de formação como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. A Reforma Sanitária deu sustentação ao SUS e não conseguiu mudar o "modo de se fazer saúde". Desafio: implementar o direito à saúde no cotidiano dos serviços de saúde. O "Programa Sorria São Paulo" (1990-1992) foi reconhecido por pesquisadores, professores universitários e trabalhos acadêmicos, como um avanço na SB municipal e é parâmetro utilizado em Santos, Diadema, Belo Horizonte e Porto Alegre.

2ª CESB - Junho de 2004: Elaborar e implantar políticas, garantindo visibilidade das diretrizes do SUS. Realizar pesquisa de opinião pública com os usuários e trabalhadores do SUS sobre satisfação, acesso a exames de referência, obtenção de medicamentos, qualidade do atendimento prestado, condições de trabalho e impacto dos serviços ofertados. Garantir atendimento de qualidade na rede do SUS, ampliando o acesso aos serviços odontológicos. Recomendar à esfera federal programa de integração das ações do SUS e reconhecer a SB como integrante e indissociável da saúde geral. Recomendar varas especializadas em Direito à Saúde com o objetivo de julgar as ações decorrentes do descumprimento das leis e a execução das penalidades previstas, tornando o SUS eficiente (levando os protocolos clínicos e científicos do SUS ao poder judiciário e ao MP). Reformular o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS. Garantir o acesso da população às informações sobre o SUS, seus princípios e espaços de participação. O MP coibirá a propaganda enganosa e programas de TV ofensivos ao SUS. O SUS assumirá o papel constitucional de ordenar a formação dos profissionais de saúde. A 11ª CNS, em dezembro de 2000, entendeu que a assistência à SB é insuficiente e restrita à poucos procedimentos, ofertados a grupos e não contempla as reais necessidades de promoção da SB da população brasileira. Programa de SB no SUS, focado nos municípios, com garantia do atendimento a pacientes especiais e política de fluoretação das águas de abastecimento e dentifrícios. Inclusão da Odontologia no PSF. Fortalecer a atenção básica na SB (SB-2000). SB para comunidades indígenas entre outras.

3ª CNSB - Agosto de 2004: Criam-se varas especializadas em Direito à Saúde (SUS eficiente) para cumprir a Constituição de 1988. Implantam-se políticas articuladas à saúde, informação, comunicação, educação permanente para a visibilidade das diretrizes do SUS. Implantação do cartão SUS - incluindo dados de SB e comunicação aos usuários. MS faz distribuição gratuita e semestral de kits de higiene bucal na rede SUS e às famílias cadastradas nos PSF. Pretende-se incluir produtos de higiene bucal na cesta básica. Coibi-se a veiculação de propaganda ofensiva ao SUS com punição aos responsáveis. Propõe-se: capacitação profissional em SB e adequar hospitais a usuários com necessidades especiais. MS e MEC desenvolvendo professores dos cursos de Odontologia. Criação e implantação de ouvidorias no SUS; acionar o MP quando do não cumprimento da legislação do SUS. A integralidade é a proposição das diretrizes políticas; participação de entidades da Odontologia em negociações com o SUS e na comunicação entre as UBS, serviços do SUS e população; diagnóstico, planejamento, controle e avaliação da política de SB; participação de técnicos de SB nas especificações de licitação realizada pelo SUS com CS. Garantia de recursos financeiros, técnicos e humanos aos centros formadores do SUS, encontros entre profissionais e formação dos trabalhadores de nível médio em SB para o SUS nas Escolas Técnicas do SUS. Política de combate à precarização do trabalho odontológico (privado e público), valorizando os servidores concursados. Propostas de gerência dos recursos orçamentários municipais pelas SMS e estruturas do SUS; proibir a terceirização da SB financiada pelo SUS, incentivo financeiro ao interiorizar profissionais da SB no SUS e equiparar recursos financeiros da SB e equipe médica. Inserir exames de diagnóstico bucal no SIA/SUS. Formar ACS com qualificação em SB (THD, ACD, TPD e APD) e ampliar os procedimentos do SUS para atender a média e alta complexidade em Odontologia. Criar recurso extra-teto para próteses e revisar a tabela SIA/SUS. Reajustar valores da tabela "SIA/SUS". Inserir procedimentos odontológicos ambulatoriais em internados em hospitais (novos códigos e valores).

"continua"

Quadro 11 - Propostas de inserção da SB no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo em 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

Acesso a todas as faixas etárias às ações integrais de SB no SUS, conforme a OMS e dados epidemiológicos regionais. Estimular parceria entre municípios vizinhos para centros de referência em odontologia. Programas de saneamento deveriam priorizar o controle de qualidade da água (Portaria GM-MS 518/2004). Estabelecer fluxos de informação e comunicação entre US, serviços do SUS, CS e gestores nas esferas federal, estadual e municipal. Privilegiar o debate da agenda de SB em instituições. Veicular informação útil sobre o SUS, em linguagem popular, garantindo atendimento preventivo-promocional aos portadores de deficiências.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP e MSP.

A cogitação da SB no SUS começou em 1986 e foi aventada a possibilidade de admitir-se a atuação de consultórios particulares como credenciados na 1ª CESB. Na 1ª CNSB, em outubro de 1986, foi proposta uma reforma sanitária com inserção da Odontologia no SUS.

Em 1993 na 1ª CMSB foi colocada a possibilidade dos órgãos gestores do SUS (SMS, SES, MS) remunerarem condignamente os profissionais da saúde e ao mesmo tempo propor um plano de carreira, cargos e salários.

Na 2ª CESB ocorrida em setembro de 1993 houve a declaração que no atendimento à SB não se estava seguindo os princípios do SUS (universalização, descentralização e hierarquização dos serviços). Além deste alerta, houve outras considerações, sendo a maioria de caráter operacional. A 2ª CNSB enfatizou o papel do Controle Social (CS) nas atividades do SUS, propondo a inserção da SB sob este CS.

A 2ª CMSB, realizada em maio de 2004, iniciou a reorganização das programações de SB, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS. Nesta conferência enfatizou-se a necessidade de modificar o modelo assistencial vigente: curativo e mutilador, de alto custo, baixa cobertura e sem impacto epidemiológico, que exclui grande parte da população. Outro tema debatido foi o da atribuição dada ao SUS (Lei 8.080/90) de orientar a formação de profissionais da saúde, na graduação e pós-graduação.

Na 3ª CESB, realizada em junho de 2004, recomendou-se à esfera federal programa de integração das ações do SUS o reconhecimento da SB como integrante e indissociável da saúde geral. A 3ª CNSB observou que o

MS faz distribuição gratuita e semestral de kits de higiene bucal na rede SUS e às famílias cadastradas nos PSF. Foi proposto incluir produtos de higiene bucal na cesta básica.

1.3.7 Controle Social

De 1986 até 2007 a ASB no MSP sofreu influências políticas com enfoques distintos e o processo de alinhamento aos princípios do SUS, ficando truncado no MSP na ocasião da implantação do PAS em dois mandatos seguidos de prefeitos (1993-1997 e 1997-2001) sem a integração e municipalização segundo a Lei 8080 de 1990. No governo seguinte (2001-2004) houve retomada deste processo, iniciada com as amarras contratuais deixadas pelo PAS e ainda hoje com seqüelas da continuidade e alinhamento perdidos.

O Controle Social, se efetivado nesse contexto, seria de importante valia, pois asseguraria a gestão de acordo com o desejo da população e principalmente conforme os princípios do SUS. A Gestão participativa não é antagônica às plataformas políticas, ao contrário, favorece as necessidades da população.

A participação popular é a única garantia de evolução dos serviços de saúde, no sentido de se tornarem efetivamente voltados para as reais necessidades da população. É uma garantia de que tais serviços estarão vinculados ao processo de construção de uma sociedade democrática, garantindo em seu interior, um sistema nacional de saúde universal e igualitário.

No contexto das CSB, mostra-se no Quadro 12 o progresso das propostas para esta forma democrática de atuação representativa.

Quadro 12 - Propostas de inserção do Controle Social no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

Controle Social no SUS
<p>1ª CESB - Setembro de 1986: saúde é direito de cidadania, inclui o direito do cidadão e o dever do Estado na SB. Estado deve garantir livre acesso aos serviços públicos de saúde, universalização do atendimento e medidas específicas de promoção e proteção à saúde. Garantia de acesso às informações sobre saúde e divulgação de programas odontológicos comunitários. Fortalecer estados e municípios; aumentar o nível de consciência para a grave situação epidemiológica; aumentar o nível de consciência dos CDs, aprofundar a discussão sobre a SB com a categoria odontológica (não há conflitos de interesses entre CDs e a população); viabilizar um efetivo CS da administração das verbas destinadas ao setor (inclui CD e usuários), por entidades representativas; assegurar aumento da participação política para a estabilidade democrática. Direitos deverão estar na Constituição. Deve aos cidadãos o esforço para ampliar os direitos e evitar que se tornem letra morta.</p>
<p>1ª CNSB Outubro de 1986: SB relaciona-se com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. Luta pela SB vincula-se à luta pela melhoria de fatores e condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção. A saúde integral de cada indivíduo representa fator de desenvolvimento da nação em seu processo histórico. A sociedade brasileira perdeu gradualmente os meios de organizar e instrumentalizar suas reivindicações. Urge uma reorganização social, política e econômica da nação, com a ampliação dos espaços democráticos, onde a população participará das decisões que se refletirão nela mesma. Deve haver garantias explícitas aos direitos da população sobre sua saúde na futura Constituição, cabendo aos setores sociais organizados lutar por implementação de mecanismos que garantam esses direitos.</p>
<p>Assim:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. O Estado deverá assumir que proporcionar saúde é seu dever - não só formalizar que saúde é um direito; 2. Compete ao Estado assegurar que o exercício deste direito básico de cidadania ultrapasse sua formalização no texto constitucional; 3. Há necessidade que o Estado assuma uma política de saúde conseqüente e integrada às da economia e social, garantindo meios para efetivá-las; 4. Os segmentos populares organizados deverão participar do planejamento, execução, avaliação, gerenciamento e controle dos Programas de "SB" em todos os níveis de Governo, com poder de decisão; 5. Assegurar a livre participação política da população (consciente) para que, além de cobrar, ela possa atuar ativa e concretamente nos processos e não para referendar decisões preestabelecidas; 6. Direito de expressão do cidadão; 7. Direito de livre organização, liberdade e autonomia sindical, com garantia do direito irrestrito de greve, incluindo os setores considerados essenciais; 8. Realização de reforma agrária, com participação popular, que assente a população rural, com infra-estrutura de apoio à saúde dos agricultores; 9. Reforma urbana, com direito ao uso do solo; 10. Reforma tributária, com a garantia da manutenção de parcelas significativas dos recursos nos municípios, cabendo aos níveis: federal e estadual papel redistributivo dos mesmos; 11. Acesso à educação, que deverá estar voltada para interesses e necessidades da maioria da população; 12. Não pagamento da dívida externa, retenção desses recursos no território nacional, aumentando a receita para as políticas sociais e de saúde; 13. As reivindicações e conquistas dos trabalhadores só serão inscritas na Constituição, se as camadas populares (oprimidas) da população iniciassem pressão organizada pelos movimentos sociais, contra propostas que não são dos seus interesses. A 1ª CNSB denuncia o caráter elitista da Constituinte, a ser eleita em 15 de novembro de 1986, num processo eleitoral dominado pelo poder econômico e acesso desigual dos partidos políticos aos meios de comunicação de massa.
<p>1ª CMSB - Agosto de 1993: o governo do ESP não cumpre dispositivos legais quanto à formação e composição do CES, que deve ser criado conforme lei. SMS deverá manter informado o CMS a respeito do orçamento, a porcentagem dele para a Saúde e quanto da verba está congelada. Captações de recursos, por convênios, doações ou outras origens para entrar pelo Fundo Municipal de Saúde (FUMDES) e ser objeto de CS e CMS. Mudanças de administradores ou de Governo não devem interferir nas diretrizes e planejamentos propostos pelos Conselhos.</p>

"continua"

Quadro 12 - Propostas de inserção do Controle Social no SUS nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

O princípio da participação da comunidade se completa com embasamento legal, com as Conferências de Saúde (espaço de CS para formular diretrizes da política de saúde nas esferas federal, estadual e municipal). As CNS, criadas por lei em 1937, tiveram sua primeira edição em 1941, acompanharam transformações políticas do país, mudaram muito ao longo de seus 60 anos, tornando-se importantes foros nacionais de discussão. Os avanços nos serviços (municipalização da saúde e ampliação do acesso em SB) impulsionarão as transformações necessárias aos profissionais da área. O CNS, o CES e CMS têm papel definitivo na observância e aplicação dos dispositivos legais.

3ª CNSB - Agosto de 2004: propostas legítimas, respaldadas na participação de diversos segmentos do Controle Social, recomendando: estruturação, qualificação e fortalecimento da rede de CS. Criação e implementação de ouvidorias no SUS. Fortalecimento da gestão participativa. CMSB, CESB e CNSB (a cada quatro anos) precedendo as Conferências Nacionais de Saúde. Prioridade na PNS: implantação de CEO; garantia de participação de entidades de CD nas negociações permanentes do SUS. Definição de diretrizes nos CS, com campanhas educativas. Informar sobre nutrição e o risco de doenças bucais relativas à frequência no consumo de açúcar. Incluir e disponibilizar para os CS informações e avaliações de SB nos sistemas gerenciais existentes (Sistema de Informação em Saúde–SIS, Sistema de Informação da Atenção Básica–SIAB, Sistema de Informação da Gestão da Atenção Básica–SIGAB, Sistema de Informações Ambulatoriais–SIA/SUS). Efetivar a comunicação entre US, serviços do SUS e população, para o diagnóstico, planejamento, controle e avaliação da política de SB. Criar mecanismos de CS dentro dos CRO e demais conselhos de classes, para desempenho positivo na construção da SB no BR.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: Nacionais, ESP e MSP.

O tema Controle Social consta de todas as conferências, iniciando-se em setembro de 1986, onde se destaca a preocupação de atribuir ao CS o controle das verbas destinadas ao setor. A 1ª CNSB ratificou essa proposta. Nesta conferência foram listados treze direitos do cidadão, reforçando a tese do Controle Social.

Na 1ª CMSB enfatizou-se que a entrada de recursos para a saúde seja pelo Fundo Municipal de Saúde (FUMDES), monitorado pelo CS.

A 2ª CESB declarou que as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que instituíram os Conselhos Municipais de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde como forma de praticar uma democracia direta e representativa. Foi proposto assegurar aos Conselhos de Saúde condições para as atribuições, incluindo-se assessorias e consultorias técnicas independentes, inclusive para a SB.

Na 2ª CNSB destacou-se a declaração de que Educação e Saúde são conseqüências e condições do exercício da cidadania. Com relação à SB, essa conferência ressaltou que as políticas de SB devem transformar a prática odontológica, incorporar novas tecnologias e RH preparados para as

ações coletivas de saúde; sem as quais não haverá impacto na cobertura à população e nem alteração das características epidemiológicas. Existe discrepância entre o progresso técnico científico da Odontologia no Brasil e os níveis de SB dos brasileiros. As razões estão relacionadas com a formação e capacitação das pessoas que é inadequada; à ineficiência dos serviços e programas públicos que gera problemas sanitários, que fazem com que a SB tenha prioridade secundária, sendo inadmissível o comportamento do poder público quanto à fluoretação das águas de abastecimento (com 70% da população brasileira sem esse benefício). É eticamente questionável a passividade e a apatia da classe odontológica brasileira, quanto à exigência do cumprimento da Lei 6.050/74 que obriga a fluoretação. Os profissionais de saúde devem ser habilitados, em sua formação, a ter condições de trabalhar na comunidade buscando e resgate da cidadania dos indivíduos, com vistas à construção de um modelo de atenção com integralidade, dignidade e ética. As demais conferências também trataram do Controle Social. Na 3ª CESB foram apresentadas novas propostas, algumas relacionadas com a SB: entender a Educação em SB, como responsabilidade de todos; capacitar os conselhos gestores sobre direitos, deveres, áreas de atuação e atribuições na SB; convocar os coordenadores da SB a debate no CMS; criar a Comissão Temática de SB junto ao CMS.

Criar: interação multiprofissional, para informações sobre a SB; o Fórum Regional de Conselhos; painéis em todas as US e escolas informando sobre reuniões do CS e uma cartilha com as deliberações das CSB; promover uma política permanente de comunicação social com estratégias conjuntas entre os conselhos e secretarias de saúde; definir mecanismos de bloqueio à interferências político-partidárias em questões técnicas; divulgar as deliberações das CSB em todos os veículos de comunicação em linguagem simples e acessível; estabelecer controle e fiscalização dos gastos em SB; estabelecer periodicidade para as “Discussões de SB”, levando em conta a antecipação das Conferências Municipais de Saúde; estreitar as relações entre CMS e as ESB com a

presença permanente de um representante da área da SB nas reuniões ordinária do Conselho.

1.3.8 Formação e Trabalho em Saúde Bucal

As propostas das CSB visam reformular a formação e a atuação em equipe dos profissionais, como se observa nos Quadros 13 e 14.

Quadro 13 - Propostas para formação dos profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

	Formação
CSB	Considerações e Propostas para Instituições de Ensino
1ª CESB 1986	Reformular currículos das FO.
1ª CNSB 1986	Proliferação irracional de FO, queda do nível de ensino; inadequação profissional à realidade.
2ª CESB 1993	Transferir atribuições do Conselho de Ensino Federal para o Estadual; avaliar FO por conselhos de educação e saúde; formar auxiliares; diminuir vagas; impedir novos cursos; descredenciar IES.
2ª CNSB 1993	FO (CNS e IES não devem aprovar novos cursos).
2ª CMSB 2004	161 FO no BR (maioria privada, em regiões desenvolvidas). Aumento de habilitações sem estudos de impacto. Pós-graduação, graduação e formação de auxiliares, modelo mercantilista/elitista de especialização (alienação). *Conteúdo programático das IES
3ª CESB 2004	*Consideração idêntica a da 2ª CMSB 2004 nas últimas frases. O ensino superior aliena-se da realidade sócio-epidemiológica com docentes coniventes; pós-graduação, graduação e formação dos auxiliares enfatizam especializações (modelo mercantilista, ultrapassado e alienado) que pouco mudou. Há fragmentação e desarticulação entre IES, escolas de aperfeiçoamento e SUS. Superar distâncias e potencializar os recursos em educação permanente das ESB; intercambio entre IES, serviços, pesquisa e extensão dos níveis de atenção. Integrar docência, serviço e pesquisa para prática consciente; capacitação e produção de conhecimentos voltados à realidade. Impedir novos cursos de odontologia subordinando-os ao CNS e CIRH. Implementar Diretrizes Curriculares (4000 h em quatro anos); rejeitar projeto de tecnólogo em SB, pois há CD, THD, ACD, TPD e APD, para os quais se devem desenvolver cursos incluindo escolas técnicas e universidades. Ensinar políticas sociais e reforma sanitária a usuários. Permanência de inadequação profissional para a integralidade da atenção com queda da qualidade; alterar o modelo formador de profissionais de SB para a realidade do país.
3ª CNSB 2004	Potencializar os serviços de SB existentes nas universidades e faculdades; criar cursos de THD, ACD, TPD, APD, reconhecendo-os pela LDB (carga horária da Odontologia: 4.000 h).
CSB	Considerações e Propostas Políticas
1ª CESB 1986	Aumentar "consciência e comprometimento" dos CD.
1ª CNSB 1986	Formar técnicos em manutenção de equipamentos odontológicos; investir em aprendizagem continua.

"continua

Quadro 13 - Propostas para formação dos profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

"continuação"

1ª CMSB 1993	Reorientação na formação dos CDs; atualização.
2ª CESB 1993	Formação com visão social; capacitação (caos no setor); reorientar para trabalho em equipe.
2ª CNSB 1993	Adequar formação e produção de conhecimento em SB para necessidades.
2ª CMSB 2004	Capacitação permanente (incluso PSF); ações intersetoriais do governo, IES, centros de formação e especialização, saúde do trabalhador e saúde escolar; comunicação: informação, interlocução e cultura (promoção à saúde); exíguos RH na atenção básica; capacitação da ESB para reorganizar a ASB; capacitação de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros e auxiliares em SB, superar a formação e potencializar recursos; educação permanente e desenvolvimento das ESB (articulações e co-responsabilidades).
3ª CESB 2004	Educação permanente nos PEPS para mudar a formação e produção de conhecimento para atenção, gestão, ensino e controle social, com financiamento das três esferas do governo; divulgar e tornar permanente a capacitação e atualização profissional; envolver todas as áreas de saúde na promoção da SB; formação dos profissionais da SB em cursos de Saúde Pública, Coletiva e Saúde da Família, por IES, Centros Formadores do SUS e outras entidades; política de humanização e de atenção ao usuário pela ESB; garantir aos centros formadores do SUS recursos financeiros, técnicos e humanos.
3ª CNSB 2004	Potencializar serviços das IES; criação e reconhecimento de cursos de THD, ACD, TPD, APD; LDB: carga horária mínima nas FO: 4.000 h/quatro anos.
CSB	Considerações e Propostas sobre Estágios
1ª CNSB 1986	Estágios para profissionais e auxiliares (regionais, públicos e privados), incluso em cursos informais.
3ª CESB 2004	ACD e THD nos cursos de odontologia e prática do trabalho, na atenção integral; parcerias com FO para estágios na ASB (estagiários da SB não devem substituir os profissionais efetivos).
3ª CNSB 2004	Em Odontologia e Fonoaudiologia.
CSB	Considerações e Propostas quanto aos Conteúdos Programáticos das IES
1ª CESB 1986	Capacitar CD para odontologia social e preventiva.
1ª CMSB 1993	Capacitação para atenderem deficientes (CEFOP).
2ª CESB 1993	Temas de saúde na formação dos professores; ações de SBC nas FO, com auxiliares.
2ª CNSB 1993	Focar currículos de FO (ensino, pesquisa, extensão) para o SUS e necessidades sócio-epidemiológicas.
2ª CMSB 2004	Componentes da educação em saúde não voltados às necessidades e novas tecnologias.
3ª CESB 2004	Capacitar para diagnóstico de sinais/sintomas bucais de doenças sistêmicas; práticas conjuntas: trabalhadores de SB, IES e entidades (trans e interdisciplinaridade); capacitar AC a olhar SB com competência e humanização; Saúde Pública, SBC e método de ensino na pós-graduação; levantar necessidades de treinamento dos educadores; capacitar ESB para classificar riscos de doenças bucais; habilitar AC ao exercício da educação popular em SB; capacitar professores para educar em SB; pedagogia para profissionais de SB ensinarem às diversas faixas etárias; capacitar CD a atender pessoas com necessidades especiais e identificar manifestações bucais de doenças sistêmicas; divulgar normas e leis de saúde pública; humanizar programas de educação permanente.
3ª CNSB 2004	Fórum sobre currículos de FO.

"continua"

Quadro 13 - Propostas para formação dos profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

"continuação"

CSB	Considerações e Propostas de Pesquisa
2ª CMSB 1993	Incentivo
3ª CESB 2004	Agenda de pesquisa em SB, com temas sociais (saúde/doença), considerando o acesso, doenças negligenciadas, saúde–doença, cuidado dos pobres, políticas de saúde, demografia, medicamentos, imunizantes, ambientais, alimentação e nutrição, doenças transmissíveis e a SB. Estimular acesso a centros de pesquisas em odontologia, epidemiologia e inovações.
3ª CNSB 2004	Recursos para pesquisas, bolsas e projetos ligados à SBC.
CSB	Considerações e Propostas de Legislação
2ª CNSB 1993	Lei 8080/90-SUS orientando a formação em saúde (graduação e pós-graduação).
3ª CMSB 2004	Intercâmbio de serviços de saúde e IES, Lei 8.080/90, com articulação do ensino, pesquisa e extensão
CSB	Considerações sobre Comunicação e Eventos
3ª CMSB 2004	I Seminário "Saúde Bucal e Envelhecimento", promovido pelo programa do idoso – SMS.
3ª CESB 2004	Encontros regionais e estaduais para apresentar experiências em SB. Painel em US e escolas informando o controle social; cartilha com dados das Conferências; política de comunicação social - estratégias conjuntas dos Conselhos e SES; divulgação das deliberações das Conferências na mídia (linguagem acessível); fluxos de comunicação entre UBS, SUS, CS e gestores; estabelecer períodos de "Discussões em SB" para as Conferências Municipais de Saúde; realizar convênios e parcerias com instituições para divulgar serviços; informações para CS.
CSB	Considerações sobre Controle Social
3ª CESB 2004	Capacitação continuada e aprimoramento de conselheiros; acesso às informações de saúde e do SUS; divulgação dos resultados das conferências; política de educação, informação e comunicação no CNS, de Conselhos de Saúde; entender Educação em SB como responsabilidade de todos. Capacitar conselhos gestores dos direitos, deveres, atuação e atribuições da SB. Capacitar servidores públicos municipais para o controle da qualidade da água, em parcerias/contratos/convênios com órgãos especializados. Incluir discussão de SB na agenda dos movimentos populares; intercâmbio entre o Conselho Estadual e os Municipais de Saúde. Informar conselheiros dos programas e ações de SB; mobilizar participação de usuários nos Conselhos Municipais; educar em saúde e prevenção nos espaços comunitários; CSB a cada 4 anos com pré-conferências, divulgar temas e objetivos e incluir informações de interesse da gestão em SB no SIS para avaliação dos conselheiros. Convocar os coordenadores da SB para debates no CMS.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP, MSP.

As considerações e propostas das conferências para o tema de "formação de pessoas para a ASB" estão voltadas para reformulação das grades das disciplinas dos cursos, bem como a necessidade de transferir a atribuição de fiscalizar as Instituições de Ensino Superior (IES) para o MS. Os participantes das conferências também consideraram importante a formação de pessoas da área da saúde.

Os conferencistas inferiram: as IES não formam para o SUS e o Controle Social, nem se apóiam nas questões sociais da SB; a formação se dá sem discussão, dando autonomia ao MEC, universidades e formadores de auxiliares e especialistas que diplomam sem discutir políticas e quantidade de habilitações necessárias ao sistema. O modelo está dissociado da realidade; é preciso coerência com o SUS e o CS.

Como formação de pessoas também se considerou os sub-temas: Propostas Políticas, Propostas sobre Estágios, Propostas sobre Conteúdos Programáticos das IES, Propostas de Pesquisa, Propostas de Legislação, Propostas sobre Comunicações e Eventos e sobre Controle Social.

No Quadro 14 estão apresentadas as considerações sobre gestão do trabalho nas CSB, ao longo do tempo, bem como a respeito da Gestão do trabalho e dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

Quadro 14 - Propostas para melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

CSB	Considerações sobre Gestão
1ª CESB 1986	Demanda participação de CD em todos os níveis de decisão
1ª CNSB 1986	Demanda participação do CD em órgãos decisórios do sistema.
2ª CESB 1993	Demanda participação dos trabalhadores em SB (planejamento/deliberações)
3ª CMSB 2004	Má distribuição de RH nos locais e ESB para planejar e desenvolver programas de acesso e cobertura.
3ª CESB 2004	Gestão da política de trabalho é um desafio; é preciso proporcionalidade entre habitantes/profissionais da ESB; assistência odontológica no terceiro período das UBS; instituir mesas de negociação com o SUS, CD nas instâncias do SUS. Inserção obrigatória do CD nas equipes multidisciplinares do PSF; distribuir profissionais de SB pelo interior do país. Reformular o conceito e a dinâmica das ouvidorias; discussão politizada na ASB; bloquear interferências partidárias nas questões técnicas; criar serviços de Ortodontia, Ortopedia, Endodontia, Prótese conforme epidemiologia local; criar linhas de crédito para atualização e aperfeiçoamento; criar norma federal de conteúdo curricular (nos princípios SUS). Controle e fiscalização de gastos em SB; gestão participativa no SUS; estímulo a participar em conselhos e associações; benefícios profissionais; responsabilizar o coordenador de SB a informar questões e propostas ao CMS. Tornar obrigatória a criação dos Conselhos Gestores Locais
CSB	Considerações e Propostas sobre PCCS
1ª CESB 1986	Isonomia salarial

“continua”

Quadro 14 - Propostas para melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

1ª CNSB 1986	Plano de carreira, isonomia, extinção de acúmulo de cargos; incentivos a interiorização; piso salarial de 10 SM ao CD, 20 h/sem; insalubridade (40% SMP)
1ª CMSB 1993	Remuneração sem produtividade; cargos e carreiras alinhados; garantia de progressão e ascensão.
2ª CESB 1993	Indefinição política, baixos salários, falta pessoal e PCCS; fiscalizar e suspender cargos e salários de governantes que falhem contra a Saúde. Municípios definem com: CMS, associações e sindicatos PCCS de auxiliares; PLC 59/93 (isonomia salarial); cargos conforme a Constituição; proteção ao tempo de contribuição; quinquênio; Sexta Parte (Lei 500/74); insalubridade (40% SM) e licença prêmio.
2ª CNSB 1993	Gerência em SB para CD; avaliação de desempenho (ascensão por méritos); PCCS; valorização do CD sanitário; aprovação PL 59/93 (piso e isonomia por formação).
3ª CMSB 2004	Criação de cargos e concursos públicos para CD, ACD, THD (CD iria de 850 para 1.387 e TPD, de 2 para 16). Criaram-se carreiras de ACD e THD (único concurso da PMSP, que “contrataria” 450 ACDs e 60 THDs, o que ainda está por acontecer! grifo nosso).
3ª CESB 2004	Plano de carreira única; comissões do governo e trabalhadores para recursos dos PCCS com humanização, QVT e trabalho multiprofissional. Destaque ao CV e tempo de serviço; reparação de perdas salariais (política econômica); isonomia salarial por função e escolaridade; carreira de CD do serviço público; cargos de gerência em SB à CD com Saúde Pública; auxiliares na carreira SUS; CD para centros de especialidades e PSF (concurso); isonomia salarial; criar cargo de técnico de manutenção de equipamentos odontológicos no SUS. Relações precárias de trabalho burlam o valor social do servidor e os direitos constitucionais retirados na reforma administrativa (EC19).
3ª CNSB 2004	Comissões apartidárias para elaborar o PCCS; apoiar o PLC 24/1998 (piso salarial); apoiar o PL n.º 3.250/2000 (20 h/sem/CD Federais); gerência em SB para CD com saúde pública, SBC e gestão. Carreiras de THD, TPD, APD e ACD e técnicos.
CSB	Considerações e Propostas sobre Seleção
1ª CNSB 1986	Concurso público.
2ª CESB 1993	Concurso público.
2ª CNSB 1993	Concurso público.
2ª CMSB 2004	Houve concurso público para 243 CD, 66 THD e 287 ACD.
3ª CESB 2004	Ingresso por concurso; valorar o “concursado”; sem terceirização, contratos temporários e cargos em comissão; concurso público é único meio para trabalhar em SB no PSF (40h sem/isonomia salarial).
3ª CNSB 2004	Concurso público para contratação (incluso PSF).
CSB	Considerações e Propostas sobre Política
1ª CNSB 1986	Incorporar ACD, THD e TPD para cobertura e produtividade; integração com equipes (integralidade).
1ª CMSB 1993	Ampliar cobertura (mais profissionais para ações integrais à saúde no setor público e privado).
2ª CESB 1993	Diferenças de salários entre municípios e dificuldades da gestão pelas SMS e ERSAS. Mudanças em SB: auxiliares, tecnologia, ACSB com AC; cooperação técnica/financeira p/ ESB no PSF.
2ª CNSB 1993	Interiorizar profissionais.
2ª CMSB 2004	Trabalho em equipe; reorganização da SB na lógica do PSF; com avanços da Constituição. SMS com 1326 CD, 55 THD e 490 ACD (após concurso: mais 243 CD).

“continua”

Quadro 14 - Propostas para melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

"continuação"

3ª CESB 2004	A municipalização da saúde aumenta acesso à SB, ao controle social e muda o perfil da ESB; incentivo federal para evitar emigração de profissionais para grandes centros; avaliar cirurgiões dentistas para ingresso no mercado de trabalho; incentivos a profissionais especializados; incentivos a CD em serviços de UBS, em local com necessidade epidemiológica; cumprimento das deliberações das CNSB e participação de delegados nacionais, estaduais e municipais nas conferências de saúde. Que comissões intergestores, bipartite e tripartite não assumam competências dos conselhos de saúde; que haja representação de trabalhadores e usuários; criar Comissão Temática de SB no CMS; criar interação multiprofissional, para a SB; criar Fórum Regional de Conselhos; aproximar o CMS das ESB com representante da SB em reuniões; incentivar a participação da ESB e entidades de classe; incentivar conselheiros à capacitação, visitas às UBS e fiscalização de ações em SB.
3ª CNSB 2004	Incentivo a programas de extensão; atualização da ESB, com cursos e eventos; convênios entre IES/SES/SMS. Capacitação de ACS para SB em domicílios; inserção da ESB na equipe mínima do PSF (um para um); incentivo financeiro a Unidades Docente-Assistenciais que acompanham universitários; fiscalizar e coibir a prática ilegal das profissões odontológicas (e o CRO? - grifo nosso)
CSB	Participação do Trabalhador
1ª CMSB 1993	Sindicalização; greve com atendimento aos usuários.
2ª CESB 1993	Sindicalização (com atendimentos em greves).
2ª CNSB 1993	Direito a greve (c/ serviços essenciais); sindicalização; modificar Lei 4324/64/CFO (auxiliares nas diretorias dos CS).
3ª CNSB 2004	Cumprimento da Portaria/CFO - Decisão n.º47/2003 [regulamenta a inscrição do ACD nos Conselhos].
CSB	Considerações sobre Saúde Ocupacional
1ª CMSB 1993	Regulamentar comissão de prevenção de acidentes e saúde do trabalhador.
2ª CESB 1993	Comissão de prevenção de acidentes, saúde do trabalhador; biossegurança; equipamentos de proteção individual (EPI) e exames periódicos.
2ª CNSB 1993	Incluí-la na saúde do trabalhador e monitorar radiações e doenças ocupacionais.
3ª CESB 2004	Integrar a ASB à saúde do trabalhador e segurança no trabalho. Secretarias de Saúde devem assumir a saúde ocupacional dos profissionais; aquisição de EPI e segurança para a assistência em SB.
CSB	Considerações e Propostas sobre Legislação
2ª CNSB 1993	Regulamentar e incluir auxiliares nas carreiras do SUS.
3ª CESB 2004	Garantir direitos trabalhistas para ESB da saúde da família; apoio à aprovação do PLC 24/98 (Piso Salarial de Médicos e CD); luta pelo PL 1140/2003 (profissões de THD e ACD). Os três níveis de governo e conselhos têm papel de tornar a SB uma prioridade no SUS, com financiamento para a SB. Ampliar recursos assistenciais e gerenciais; garantir negociação no SUS, com CD no CS, discutindo gestão do trabalho, educação, humanização, atenção ao usuário. Valorizar cidadania, regionalismos, diversidade cultural e relações de trabalho. Incentivo aos que trabalham em locais de difícil acesso; desenvolvimento profissional permanente e acesso a pós-graduação; política de despreciação do trabalho. Incentivo a interiorização dos profissionais de SB. Cumprimento da portaria/CFO que regulamenta: inscrição de ACD; para que as instâncias gestoras do trabalho e da educação na saúde, no SUS, efetivem a NOB/RH/SUS. Materializar as deliberações registradas na Constituição, LC, MP, instrumentos legais da saúde, deliberações das CNSB e do Controle Social.

"continua"

Quadro 14 - Propostas para melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

"continuação"

CSB	Considerações e Propostas sobre o SUS
2ª CMSB 2004	O SUS deve suprir as deficiências da formação, com capacitações e desenvolvimento dos RH (pouco de saúde pública e atualização ofertou-se aos profissionais) e não se adequou às práticas de Atenção à Saúde, com queda da qualidade nos serviços. Formação de pessoal auxiliar para qualidade, produtividade, divisão técnica da promoção e prevenção (sem prejuízo da assistência), viabilizada na Escola Técnica do SUS, com novos 180 ACD (CEFOR/SMS). A constituição dos PEPS propõe política que relaciona educação e trabalho, com mudança na formação e produção do conhecimento e recomposição da atenção, gestão, ensino e controle social no setor.
3ª CMSB 2004	O SUS deveria suprir as deficiências da formação, com capacitações. Pouco de saúde pública e atualização foi oferecida. SUS não adequou a Atenção à Saúde (queda na qualidade); formação de auxiliares para melhor qualidade, produtividade, divisão técnica da promoção e prevenção (sem prejuízo da assistência); novos 180 ACD (CEFOR/SMS). Com PEPS, a política de educação e trabalho muda a formação e a produção do conhecimento, recompõe a atenção, gestão, ensino e controle social.
3ª CESB 2004	SUS não exerce sua competência em gestão da educação (inadequação às práticas integrais de atenção à saúde e qualidade). Formação profissional não inclui novas tecnologias para o PSF, SUS deve suprir essa falta. Descentralização traz a necessidade de formar profissionais em gestão. Propostas: efetivar o SUS a orientar e formar RH; redefinir a formação para SB; SUS/MEC juntos (política de educação em saúde); estimular convênios entre IES, SES e SMS integrando ensino às necessidades. Implantar PEPS e mudar ensino em saúde; capacitação permanente de setor público e privado; inovações tecnológicas; ampliar a participação de CD na formação em SBC, PSF em IES, CEFOR/SUS e outras entidades. Responsabilizar governo a formar auxiliares nas ESB (integralidade) nos PEPS. Construção dos PEPS é significativa, para viabilizá-la ampliar financiamento. Barreiras para o SUS exercer o preceito de ordenar os RH para o sistema; desarticulação de instituições públicas e particulares na prestação de serviços ao SUS.
3ª CNSB 2004	Discussão de políticas de RH no SUS nos CS.
CSB	Considerações e Propostas sobre o Regime de Trabalho
1ª CNSB 1986	A partir do SUS, contratações em tempo integral e único vínculo.
2ª CESB 1993	Incentivo ao tempo integral; redução de jornada e do tempo de serviço.
2ª CNSB 1993	Incentivo a tempo integral e dedicação exclusiva.
3ª CESB 2004	Estímulo a tempo integral e dedicação exclusiva.
CSB	Considerações e Propostas sobre Benefícios
1ª CNSB 1986	Aposentadoria especial aos 25 anos de serviço ou proporcional.
2ª CMSB 1993	Insalubridade e periculosidade máxima; reduzir jornada e tempo de serviço; pagar em dobro plantões em fim de semana e feriado; remanejar casos de desajuste físico ou psicológico; adicional e férias de 20 dias/sem. às funções desgastantes.
2ª CESB 1993	Transporte; alimentação; aposentadoria (integral, especial e proporcional); gratificações; isonomia (extensão à inativos); plantões: remuneração dobrada; remanejamentos; férias de 20 dias por semestre para funções desgastantes.
	<i>"continua"</i>

Quadro 14 - Propostas para melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

CSB	Considerações sobre Condições de Trabalho
1ª CMSB 1993	Dignas.
2ª CESB 1993	Dignas.
3ª CESB 2004	Precariedade da estrutura de trabalho (equipamentos, insumos e ESB); implantar política de suprir: instrumentos, material de consumo, manutenção, reposição, equipamentos odontológicos. Assegurar aos trabalhadores em SB condições para realizar seu trabalho; buscar parcerias com o setor privado (aquisição de materiais e equipamentos). Responsabilizar Estado na estruturação física e moderna da área odontológica; otimizar a compra de materiais odontológicos; montar e manter espaços de trabalho conforme a Vigilância Sanitária e despreciação do trabalho em SB no SUS.
3ª CNSB 2004	Combate à precariedade (setor privado e público).
CSB	Considerações e Propostas sobre Avaliação
3ª CNSB 2004	Criar indicadores de satisfação (usuários e trabalhadores) e avaliação de desempenho.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP, MSP.

As considerações sobre trabalho nas CSB foram classificadas em sub-temas: Gestão, PCCS, Seleção, Política, Participação, Saúde Ocupacional, Legislação, SUS, Regime de Trabalho, Benefícios, Condições de Trabalho e Avaliação.

Na Gestão, o principal aspecto foi o da participação do CD no processo decisório, a seguir foi o da participação dos trabalhadores no planejamento e deliberações sobre SB.

Em todas as conferências houve discussões a respeito do PCCS, remuneração, isonomia, carga horária, acumulação de cargos, insalubridade, associações, sindicatos, quinquênio, sexta-parte e outros benefícios. Com relação à seleção de profissionais as conferências convergiram para a necessidade de concursos públicos, incluindo o PSF.

O sub-tema “Política” abrangeu questões como: integração de equipes, ampliação de coberturas, diferenças de salários entre municípios, interiorização, municipalização da saúde e incentivos a programas de extensão. Com respeito à participação, as discussões centraram-se na problemática da sindicalização e direito à greve, bem como no atendimento durante o período grevista.

A Saúde Ocupacional foi tratada considerando a possibilidade dos trabalhadores da saúde contraírem as chamadas doenças profissionais. A legislação tratou dos direitos dos trabalhadores e usuários da saúde.

As propostas sobre o SUS, centraram-se na formação dos profissionais, adequação de práticas, suprimento de deficiências de formação dos RH pelo SUS, convivência com o PSF e por fim discussão de políticas de RH pelo CS. As propostas sobre o Regime de Trabalho foram dirigidas para a necessidade de o pessoal dedicar-se integralmente às atividades. As propostas sobre Benefícios foram dirigidas para tempo de aposentadorias, insalubridade e periculosidade, remuneração de plantões e férias. As propostas para Condições de Trabalho foram centradas no termo: “Dignas”. Outro ponto foi sobre a precariedade da estrutura de trabalho (equipamentos, insumos e ESB). Com relação à Avaliação, foi proposta na 3ª CNSB a criação de indicadores de satisfação, bem como avaliação de desempenho.

1.3.9 Financiamento

A análise do tema financiamento não deve ficar limitada ao seu conceito estrito, ou seja, apenas ao provimento de recursos para que uma atividade se realize. Em saúde, utilizam-se do termo em seu sentido amplo, incluindo além das fontes de recursos, também as formas de remuneração das pessoas e entidades prestadoras de serviços (MS, 1986a).

A NOB 01/96 do MS contribui para consolidar a plenitude do poder público municipal da função de gestor da atenção à saúde (Art. 30, incisos V e VII, e Art. 32, § 1º CF, 1988; MS, 1996), avançando na consolidação dos princípios do SUS, modificando a lógica de financiamento (antes baseada na produção de serviços). Estabeleceu o pagamento em função da cobertura populacional e o PSF, além de mecanismos técnico-gerenciais.

No item 12 da NOB 01/96 o MS trata da remuneração por Serviços Produzidos, Internações Hospitalares e Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade. Todos com autorização e consentimento do gestor.

Os recursos para o setor saúde provêm principalmente do orçamento público (impostos e taxas) e das contribuições previdenciárias. Estes orçamentos sempre são focos nas questões políticas e eleitoreiras, dado o interesse da população, pelo controle social, como visto anteriormente. Nas CSB, não poderia ser diferente, sendo este tema evocado inúmeras vezes, conforme pode ser visto no Quadro 15:

Quadro 15 - Propostas para o financiamento da Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

Financiamento da Saúde Bucal
<p>1ª CESB - Setembro de 1986: sistema proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde e reafirmado no relatório que exige fontes de financiamento apropriadas; criação de órgão único em nível federal responsável pela Saúde, implica no retorno da Previdência às suas atividades específicas (pensões, seguros, etc.), e prevê fontes para o financiamento das atividades de Saúde em escala nacional, com repasse de verbas para os Estados e municípios. Pesquisar e produzir insumos odontológicos, com verbas e incentivos ao setor público, incluindo financiamentos e incentivos à produção científica e tecnológica. Criar Fundo Único Nacional de Saúde e equivalentes nos estados e municípios cujos recursos financeiros seriam do setor saúde, fixando percentuais mínimos nos orçamentos da União, estados e municípios; taxaço sobre o lucro das empresas, não sobre o salário dos trabalhadores; alocação de verbas das loterias para o setor saúde; taxaço maior de produtos importados não essenciais; destinar e assegurar, nesses fundos, verbas específicas para Programas de SB, compatíveis com as necessidades; garantir imediato repasse aos municípios (Reforma Tributária).</p>
<p>1ª CNSB - Outubro de 1986: criar Fundo Único Nacional de Saúde e equivalentes em Estados e Municípios. Taxaço sobre ganhos de capital, especulação financeira e/ou agrária e não sobre a folha de pagamento. criar taxas para: material bélico, bebidas, agrotóxicos e fumo; extinção de isenção de IR de classes (políticos, magistrados e militares). Recursos da Previdência Social, gradualmente retirados do financiamento das ações de saúde e substituídos por fontes alternativas, permitindo melhorar as prestações pecuniárias. Recursos financeiros da Previdência Social deveriam (exclusivamente) custear seguro social junto aos trabalhadores da cidade e do campo. Orçamento da Previdência administrado pelos trabalhadores e utilizado para benefícios e aposentadorias igualitárias. PNSB e seus órgãos técnico-administrativos e de pesquisa deveriam receber dotação orçamentária do Fundo Único Federal de Saúde. A aplicação de recursos seria em níveis estadual e municipal, devendo os governos comprometerem-se, em seus orçamentos, com recursos necessários à SB. O Finsocial, FAS, PIS e PASEP destinariam parte dos recursos para financiar ações de SB. A dotação destinada e assegurada no Fundo Único de Saúde para a SB basearia-se num percentual mínimo, compatível com as necessidades da população, determinado por levantamento epidemiológico realizado por profissionais da área. Isenção de impostos ao poder público na aquisição de equipamentos e materiais odontológicos, com redução de taxas e impostos de importação dos produtos para sua fabricação e diminuir seu preço final. Participação, controle popular e dos trabalhadores de saúde no planejamento, decisão, controle, avaliação de serviços e programas de SB.</p>

"continua"

Quadro 15 - Propostas para o financiamento da Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

1ª CMSB - Agosto de 1993: no MSP verifica-se inversão de prioridades. A área social perde recursos no orçamento municipal e investimentos são dirigidos para obras de construção civil. Garantir que a verba orçada para a saúde seja usada integralmente; ampliação do orçamento, remanejando verbas; Destinar a SB verba definida e cumprida.

2ª CESB - Setembro de 1993: incentivar e estabelecer consórcios intermunicipais, captando recursos destinados ao estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência. Proceder, com urgência, Reforma Fiscal que contemple o financiamento adequado do SUS e fortaleça o município. Regulamentar o artigo 35 da Lei 8080/90, que determina o repasse de 50% dos recursos federais para a saúde, automático e direto aos municípios. Cumprir o artigo 33 da Lei 8080/90, que estabelece a obrigatoriedade de fundos nacional, estaduais e municipais de saúde. Extinção do atual sistema de pagamento ao setor público por procedimento, pois contraria o processo de descentralização, contrapondo-se às diretrizes do SUS. Enquanto o sistema de pagamento não for substituído por outro mais adequado que as Tabelas de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), reavaliadas, incluindo ações e procedimentos odontológicos onde os Procedimentos Coletivos fossem valorizados. Os estados e os municípios devem participar na redefinição da tabela de procedimentos, através do CONASS e do CONASSEMS. Definir a parcela do Tesouro da União a repassar ao Fundo Nacional de Saúde. Definir, em Lei das fontes de custeio, as ações de saúde que irão compor o Fundo Nacional de Saúde, aumentando o percentual aplicado no setor Saúde (na época cerca de 4% do PIB). É fundamental para o financiamento do SUS que os municípios, o Estado e a União comprometam no mínimo 10% de seus orçamentos em saúde, para um sistema de saúde resolutivo e de boa qualidade. Garantir que o repasse de verbas dos níveis federal e estadual ocorra em prazos previstos, sem cortes, e com atualização monetária, para viabilizar a continuidade da municipalização da saúde. Defendeu-se a implantação imediata da Norma Operacional nº 01/93, do MS, como etapa fundamental da Lei 8080/90, no item financiamento. Implantação dos Conselhos e Fundos Municipais e Estaduais, administrando e fiscalizando as verbas destinadas à saúde. Transparência na gestão dos recursos da saúde, com prestação de contas mensais ao Conselho de Saúde, divulgando dados de receita e despesa, e em relação aos repasses de verbas nas diversas instâncias. Desenvolver sistema de levantamento de custos, por município, e verificar o resultado da alocação deles segundo critérios de impacto nos indicadores locais de saúde da população usuária do sistema. Criar mecanismos de financiamento e parcerias do setor público com empresas públicas, sindicatos e outras instituições sem fins lucrativos, para desenvolver ações de SB, coordenados pelo primeiro e fiscalizados pelo CMS, complementando os recursos públicos existentes. Que os Sistemas Locais de Saúde (municípios de médio e grande porte, e consórcios intermunicipais) assumam a gestão do setor conveniado/contratado estabelecendo critérios de remuneração dos procedimentos.

2ª CNSB - Setembro de 1993: Reforma Fiscal (urgente), contemplando o financiamento do SUS e que se regule o art.35 da Lei 8080/90, fortalecendo o papel dos municípios na gestão e implementação das ações de saúde fortalecer a rede de serviços públicos, com prioridade na obtenção de recursos e garantias de participação permanente da receita líquida de contribuições sobre a folha de salários para o setor saúde; incluindo alocação mínima de 10% do orçamento fiscal da União, dos estados e dos municípios, para a saúde, facilitando a combinação dos recursos financeiros com as necessidades epidemiológicas e programáticas das ações de saúde; destinando recursos para os programas locais, com bases epidemiológicas, de cobertura clínico/ preventivas definidas com critérios para repasse dos recursos, enfatizando a população adstrita, ao quadro epidemiológico local, à cobertura preventiva e à capacidade instalada (RH, equipamentos e resolutividade). Credenciar o setor privado de assistência em SB em caráter complementar e após aproveitamento pleno da capacidade instalada do setor público, ou para ações de nível secundário e terciário inexistíveis pelo setor público. Estabelecer novo modelo de remuneração de serviços preventivos, destinando recursos para programas coletivos ao contrário de pagar cada ato preventivo.

“continua”

Quadro 15 - Propostas para o financiamento da Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

Assegurar participação setorial na receita dos concursos de prognósticos. Garantir os recursos das folhas de salários, separando as alíquotas de contribuição de empregados e de patrões, estabelecendo que não menos de 20% destinem-se à manutenção de serviços de saúde, diretamente recolhidos aos fundos de saúde correspondentes. Fortalecer a rede de serviços públicos, com prioridade na obtenção de recursos, participação permanente da receita líquida de contribuições sobre a folha de salários para o setor saúde, incluindo alocação mínima de 10% do orçamento fiscal da União, dos estados e dos municípios para a saúde (compatibilizando recursos financeiros e necessidades epidemiológicas e programáticas das ações de saúde) e destinar parte do F.P.M. (Fundo de Participação dos Municípios) para o F.M.S. (Fundo Municipal de Saúde). Identificar com clareza e transparência os recursos para os serviços de SB nos orçamentos do SUS, União, estados e municípios. Criar linhas de financiamento para desenvolver tecnologias, pesquisas e produção de insumos em SB. Promover a recuperação dos gastos públicos dos cobertos por seguro-saúde. Garantir o repasse de no mínimo 30% do orçamento da Seguridade Social para a Saúde, desburocratizando o sistema com correção monetária pelo atraso nos repasses. Isenção de taxas e impostos de importação, aos materiais odontológicos e produtos para sua fabricação para redução no preço final no produto. Manter recursos da Seguridade Social para o financiamento da Previdência, da Saúde e da Assistência Social, proibindo o desvio desses recursos. Destinar parte das taxas que incidem sobre materiais bélicos, bebidas, agrotóxicos, fumo e outros produtos que envolvem riscos a saúde para comporem fontes alternativas do Fundo Nacional de Saúde. Repassar integralmente os recursos oriundos das multas e taxações da fiscalização sanitária aos Fundos de Saúde da esfera correspondente ao recolhimento. Subordinar as decisões financeiras e a destinação de verbas para as ações e programas de saúde aos Conselhos de Saúde. Repudiar a forma de financiamento para o setor aprovada na 9ª CNS. Modificar os parâmetros de meia consulta/habitante/ano para planejamento e orçamento integrados.

2ª CMSB – Maio de 2004: Poucos recursos financeiros foram disponibilizados à SB nos últimos 10 anos. Neste ano foi aprovado orçamento para a área de SB da SMS e grande parte destinada à compra de equipamentos e modernização tecnológica da rede. Viabilizar uma política implica num compromisso financeiro das três esferas de governo para ampliar os gastos públicos em saúde. A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se na dificuldade de se obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde. Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, mais a integralidade e humanização da atenção seriam viabilizados com a construção de um modelo de financiamento flexível. Agilidade no uso dos recursos, com sistemas de informação orientados para a transparência, expressos em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores e que possibilitem o CS sobre as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação. A instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) permitiu o repasse fundo a fundo de recursos destinados às ações e serviços básicos, com critérios assentados em bases populacionais, introduzindo um elemento de redução de desigualdades na distribuição dos recursos federais tornando possível aos gestores iniciar um processo de reorganização da rede de serviços. Algumas conquistas importantes foram alcançadas, resultado das mobilizações e forte pressão política exercida sobre a União e o Congresso Nacional. Em 2000, a aprovação da EC 29, criou horizontes favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde e desafiou o C.S. quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos. As principais restrições à EC 29 estão associadas ao fato de não ocorrer regulamentação imediata que garanta o aumento dos recursos na área da saúde e pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde. A desvinculação de receitas tem sido tema do debate nacional, e em particular da pauta de governadores com o Governo Federal (para estruturar o SUS). A vinculação traz maior segurança em relação ao volume de recursos para o setor e compromete as três esferas de governo no financiamento da saúde. É necessário formas efetivas de que os recursos adicionais ajudem a garantir: acesso, qualidade, humanização da atenção e a busca da equidade. .

“continua”

Quadro 15 - Propostas para o financiamento da Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

3ª CESB - Junho de 2004: incrementar a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde; cumprir integralmente a Emenda Constitucional 29 reconhecendo que o financiamento do setor saúde é para seu fortalecimento; promover debate nacional para construir um conceito de “gasto em saúde”, fixando-o em Lei; manter o disposto no § 2º do Art. 59 da LDO/2001, que proíbe o contingenciamento dos recursos de saúde; garantir fontes de financiamento permanentes e específicas para Políticas de Saúde do Trabalhador; criar mecanismos para aumentar e flexibilizar recursos à SB, visando maior autonomia do nível municipal; revisão do teto financeiro e garantia de mais RH e insumos odontológicos; criar financiamento para: pesquisas científicas, tecnologias e inovações na produção de insumos em SB; isentar de taxas e impostos de importação aos materiais odontológicos, com redução no preço final do produto, obrigando as fábricas apresentar planilhas aos órgãos do SUS. Estimular propostas para projetos de incentivos com vistas à redução dos custos dos medicamentos, materiais e insumos em Odontologia. Promover a produção de equipamentos e insumos odontológicos, para demanda interna e externa no BR. Adotar a classificação hierarquizada dos procedimentos em SB, das entidades odontológicas nacionais. Garantir mais recursos aos municípios para implantar programas de atendimento domiciliar em SB a grupos vulneráveis e especiais. Ampliar os recursos do SUS para o atendimento integral na área de SB. Fixar taxas para as indústrias do tabaco, açúcar e álcool, para financiar pesquisas e custeio de ações para a SB; Implementar a recuperação dos gastos públicos no atendimento de pacientes cobertos por operadoras de planos de saúde. Realizar a pactuação entre os municípios. Destinar parte de recursos fiscais e taxas sobre produtos (materiais bélicos, bebidas, agrotóxicos, fumo e outros) como fontes adicionais do FNS. Instituir sistema de informação com custeio dos recursos para a saúde, por municípios. Garantir que os planos odontológicos cumpram os Valores-Referência para Procedimentos Odontológicos. Aperfeiçoar os instrumentos de informação sobre financiamento, recursos, gastos e investimentos em saúde, incluindo relatórios de prestação de contas e da Lei de Responsabilidade Fiscal, com linguagem acessível, pois o investimento em saúde no BR é pequeno em comparação com outros países. Em 2000, a conquista da aprovação da EC 29, criou horizontes favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde, sendo um desafio para controle social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos (dentre as restrições à EC 29). A não regulamentação imediata que garanta aumento dos recursos para a saúde. A desvinculação de receitas estava em debate nacional, sendo pauta de governadores com o Governo Federal, como um problema para a estruturação do SUS. Garantir que a utilização de verbas (extras), destinadas à SB seguissem critérios transparentes, definidos por técnicos e submetidos à aprovação do CS. Assegurar que as verbas destinadas à SB fossem disponibilizadas imediatamente. Aumentar o PAB para todos os municípios. Aumentar os recursos financeiros para a incorporação da ESB no PSF. Aumentar os valores dos procedimentos odontológicos repassados aos municípios. Buscar mudanças na legislação que permitam o ressarcimento para o SUS pela seguradora do plano de saúde. Assegurar a criação e manutenção de incentivos do MS para SB. Criar incentivos financeiros para que os municípios absorvam as especialidades odontológicas, inclusive as geradas pelo PSF. Criar mecanismos de identificação dos pacientes, de modo a priorizar o atendimento resolutivo (tratamento odontológico) aos munícipes residentes e, ressarcimento do custo operacional para não-munícipes. Criar mecanismos para adequar, aumentar e flexibilizar recursos à SB; criar mecanismos para financiamento de ações preventivas continuadas em SB. Tornar justa a relação entre o número de habitantes e cirurgões-dentistas. Assegurar recursos do município para investimentos no setor odontológico. Propiciar transparência no repasse dos recursos da CPMF à saúde. Criar oficinas para contadores das prefeituras e dar eficiência aos recursos em SB; criar um recurso extra-teto para prótese total, revisando a tabela SIA/SUS. Controlar verbas e incentivos financeiros oriundos de projetos relativos à SB. Destinar recurso financeiro federal aos municípios para unidades odontológicas móveis e transportáveis. Instituir sistema de custeio, por municípios, verificando a alocação dos recursos. Garantir a relação de proporcionalidade entre CD/habitantes de acordo com a OMS. Assegurar que o Fundo Municipal de Saúde destine recursos para a SB.

“continua”

Quadro 15 - Propostas para o financiamento da Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

Assegurar que o repasse da verba para o PSF na SB seja proporcional à cobertura populacional e o financiamento de ações em SB, permitindo que serviços de maior complexidade em odontologia sejam oferecidos nos municípios. Garantir que os programas do MS de prevenção para SB sejam executados pelo município e que o Estado cumpra o papel de fiscalizar e/ou de fornecer subsídio. Reivindicar junto aos governos estadual e federal repasse compensatório para municípios que estão em áreas de mananciais. Assegurar repasse financeiro per capita para a SB de no mínimo R\$10,00/habitante/ ano, sendo 50% por parte da União, 25% do Estado e 25% do município. Utilização de verbas do FUNDEF para financiar os programas educativos, intersetoriais, preventivos/curativos, para divulgação de campanhas e outras atividades da área odontológica, incluindo material didático. Garantir verbas estaduais para financiamento dos serviços municipais de SB. Garantir recursos para financiar consórcio intermunicipal e realizar procedimentos nas diversas especialidades odontológicas.

3ª CNSB - Agosto de 2004: Regular e cumprir integralmente a EC 29, em todas as esferas da administração (federal, estadual e municipal) criando meios para punição com o corte temporário de verbas e com controle institucional e mecanismos de C.S. para o cumprimento da EC 29. Promover debate nacional para construir um conceito de “gasto em saúde” e torná-lo claro. Fixar o conteúdo em lei, assegurando a prestação de contas aos CMS e CES mediante notas fiscais originais; Atualizar os índices da EC 29. Incrementar a participação do orçamento público no financiamento da Saúde, nas três esferas de governo e novas fontes para os fundos (federal, estaduais e municipais) de saúde e assegurar sua destinação na área. Ainda que os recursos da CPMF sejam transferidos e utilizados exclusivamente para a área de Saúde, efetivar auditorias em todas as esferas de governo. Controle do orçamento pelo CS e MP, com definição, fiscalização e acompanhamento da execução das verbas públicas nas três esferas. Aperfeiçoar os instrumentos de informação e garantir a divulgação da política de financiamento, do volume de recursos, gastos e investimentos na saúde. Divulgação do endereço eletrônico do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) como instrumento de CS para o cidadão fiscalizar os recursos financeiros da saúde. Mudar a legislação para recuperar os gastos públicos realizados para atender pacientes cobertos por operadoras de planos de saúde. Definir na lei de planos de saúde a adoção da classificação hierarquizada dos procedimentos em SB, das entidades odontológicas nacionais, como parâmetro para remunerar honorário e procedimentos odontológicos, adaptada à realidade local, revisada anualmente. MS e ANS fiscalizarão os planos odontológicos para que cumpram os valores de referências regionais para procedimentos odontológicos elaborados pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos. Assegurar recursos para a ciência e tecnologia em saúde com garantia nas três esferas de governo com fontes de financiamento permanentes e específicas, para as políticas de SB. Desenvolver indicadores que permitam justificar, acompanhar, controlar e avaliar a gestão dos recursos financeiros em SB. Criar a pactuação da SB (teto financeiro próprio e verba específica). Assegurar recursos para informação, informatização, educação, comunicação e um plano emergencial em SB com verbas específicas do governo federal. Ampliar recursos e garantir o financiamento para estabelecer vigilância à saúde que contemple: a vigilância epidemiológica, a sanitária e a ambiental. Garantir recursos para prevenção, detecção precoce, assistência, recuperação e reinserção social de pacientes acometidos pelo câncer bucal, sob a coordenação da SB. Suspender credenciamentos, contratações e convênios com os serviços privados odontológicos. Fortalecer a rede de serviços públicos e conferir a ela prioridade na obtenção de recursos, ao ampliar gradativamente os recursos do setor público em relação ao setor privado. Proibir a terceirização da SB financiada pelo SUS. Considerar de forma relevante a SB nos planos municipais de saúde. Destinar mais recursos financeiros aos municípios, para implantação e custeio do atendimento domiciliar em SB. Aumentar os valores do Piso da Atenção Básica variável, em especial o “incentivo” para custeio da SB no PSF. Equipar os estabelecimentos odontológicos com aparelhos de raios X, de acordo com a estratégia de regionalização dos serviços e necessidades locais.

“continua”

Quadro 15 - Propostas para o financiamento da Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais, do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

Garantir recursos para a construção de “escovódromos” em todas as UBS, escolas públicas de educação infantil, ensino fundamental, creches e demais locais públicos de realização dos procedimentos coletivos; manter a execução dos recursos sob a responsabilidade das SMS, com fiscalização dos CMS; garantir dotação orçamentária específica, nas três esferas de governo, para a comunicação social em SB que ordene a veiculação de informações e promova a conscientização da importância e valorização da SB nas populações. Garantir fontes de financiamento permanentes e específicas para informação, educação, formação e capacitação de gestores, prestadores e representantes dos usuários e para formação e capacitação de trabalhadores de saúde. Fixar lei, nas três esferas de governo, que defina recursos para o financiamento da capacitação e da educação em SB. Aumentar o teto financeiro dos procedimentos de média complexidade. Superar a lógica de pagamento por procedimento odontológico. Ampliar o teto financeiro e parâmetros para custeio das ações especializadas em SB. Garantir incentivo específico permanente, das três esferas de governo, para implantar e custear os CEO e aprovar incentivos financeiros do governo federal para eles nas Comissões Intergestores Bipartite e CES. Alocar recursos para a contratação de profissionais de SB, a saber: CD, THD, ACD, fonoaudiólogo e protético quando implantada a ESB. Instituir a isonomia salarial em conformidade com a NOB-RH; Rever tabela de procedimentos, seus valores, a clareza de suas definições e a redefinição do Procedimento Coletivo (PC), com atualização dos conceitos e dos problemas detectáveis na análise dos registros efetuados.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP e MSP.

O financiamento nas CSB pode ser analisado em três momentos diferentes: antes do SUS (Constituição de 1988); antes da EC 29 de 2000 e após a EC 29 que trata do financiamento da saúde e, que está sendo regulamentada pelo Congresso Nacional (Outubro de 2007).

As conferências que aconteceram antes da Constituição de 1988, trataram esse tema de forma fragmentada, não estruturada e conflituosa. As conferências de 1993 trataram o assunto de forma mais ordenada, reivindicaram verbas específicas para a SB e colocaram questões a respeito da distribuição do financiamento nos três níveis de governo e de sua especificidade.

As conferências de 2004, após EC 29, concentraram-se na necessidade de regular essa emenda, no sentido de definir o que é verdadeiramente gasto com saúde, tendo em vista a possibilidade dos gestores incluírem como gasto com saúde, outros gastos de custeio e de investimento. Há propostas inclusive de financiamento de pesquisas na área odontológica beneficiando a SB. E a importância de assegurar a destinação do financiamento especificamente para a área. Destaque para a frase da 2ª

CMSB: “Viabilizar uma política implica num compromisso financeiro das três esferas de governo para ampliar os gastos públicos em saúde”.

1.3.10 Tecnologia

A odontologia tradicional dirigia muito dos seus esforços para desenvolver tecnologia e técnicas para práticas operatórias da assistência (PINTO, 2000). Hoje a SB incorpora novas tecnologias em seu processo de trabalho, no entanto ainda há certa defasagem no setor público em relação a equipamentos, materiais e métodos.

Nos relatórios das CSB elencados no Quadro 13, apreende-se que se faz necessário superar esses limites, com a busca de qualificação dos trabalhadores, valorizando o encontro trabalhador/usuário como um espaço de produção partilhada de relações e intervenções em que há um jogo entre necessidades dos usuários e os modos tecnológicos do agir em saúde (CARVALHO e CUNHA, 2006).

A seguir, o Quadro 16 demonstra a evolução das propostas em relação à incorporação de novas tecnologias.

Quadro 16 - Propostas para melhoramento nas tecnologias utilizadas em Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal nacionais, do estado e município de São Paulo, em 1986, 1993 e 2004.

I Considerações e Propostas sobre Tecnologia	
1ª CESB 1986:	proteger indústria nacional de materiais e equipamentos simplificados e utilizá-los no setor público. Isentar o poder público de impostos ao adquirir equipamentos e materiais odontológicos. Caracterizar materiais e medicamentos odontológicos como não-cosmético, para a fiscalização sanitária da Divisão de Medicamentos da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (DIMED). Diminuir taxaço sobre matéria-prima importada para produzir medicamentos e materiais odontológicos, vinculando à igual redução no preço final.
1ª CNSB 1986:	política de pesquisa e desenvolvimento tecnológico; descentralizar a aplicação de recursos para pesquisa; divulgar a informação científica; incentivar pesquisa nas universidades, incluindo tecnologia de ponta em odontologia; CEME e laboratórios públicos assegurariam pesquisa e produção de insumos necessários a PNSB; estatizar empresas de produção de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos; serviço público integrado ao ensino e pesquisa.
1ªCMSB 1993:	a expansão dos serviços deve acompanhar mudanças da prática odontológica, incorporar novas tecnologias, pessoal auxiliar e desenvolvendo ações integrais de saúde, impactando na cobertura à população e características epidemiológicas.

“continua”

Quadro 16 - Propostas para melhoramento nas tecnologias utilizadas em Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal nacionais, do estado e município de São Paulo, em 1986, 1993 e 2004.

“continuação”

2ª CESB 1993: as políticas de SB devem transformar a prática odontológica, com incorporação de pessoal auxiliar, novas tecnologias e ações coletivas, impactando na cobertura e na epidemiologia. Institutos de Pesquisa e Universidades (parceria com municípios) devem desenvolver tecnologias para produção, em laboratórios públicos, de insumos para a atenção básica em SB. Para assegurar a cobertura e a universalidade de acesso (artigo 70 da Lei 8.080/90), a assistência odontológica individual deve ser em ESB compostas por CD, THD e ACD, em ambientes que permitam a instalação de 2 ou mais cadeiras odontológicas. Reformas ou projetos de UBS devem prever a edificação de ambientes e a instalação de equipamentos ergonômicos, com racionalização do trabalho odontológico e moderno sistema de trabalho no SUS. Realizar cursos de aprimoramento para a ESB (educação continuada), visando melhor compreensão e desenvolvimento de processos de trabalho e de novas tecnologias de atenção nos sistemas locais de saúde. Os municípios e os ERSAs devem se articular visando à formação do Técnico em Manutenção de Equipamentos Odontológicos [formados em serviço (Projeto Larga Escala) ou em convênios com instituições públicas].

2ª CNSB 1993: mais de 50 cursos de mestrado e doutorado nas regiões de maior desenvolvimento econômico. Grande discrepância entre progresso técnico e científico da Odontologia e níveis de SB no BR. Sugere-se: políticas de SB favorecendo a transformação da prática, incorporando novas tecnologias, RH e ações coletivas de saúde, impactando cobertura e características epidemiológicas.

2ª CMSB 2004: constata-se intenso desgaste dos equipamentos por falta de manutenção adequada e não incorporação de novas tecnologias. Embora recursos sejam necessários, a otimização dos existentes toma-se premente, com planejamento eficiente e eficaz, embasado na epidemiologia e incorporação de tecnologias inovadoras com conhecimento científico do processo saúde/ doença. A conservação da maioria dos equipamentos odontológicos apresenta-se com alto grau de desgaste, condição que inviabiliza a assistência dos usuários em algumas UBS. A rede é obsoleta e nos últimos dez anos não sofreu manutenção e modernização tecnológica em equipamentos essenciais ou periféricos. No último ano, grande esforço para recuperar equipamentos, incluindo a troca dos irrecuperáveis e a instalação de módulos odontológicos (nas unidades que não possuem). Inclusão de insumos odontológicos essenciais para controle das doenças bucais (cimentos ionoméricos) na lista padronizada de materiais de consumo. Capacitação das equipes (nível teórico e prático) para viabilizar o acesso dos grupos vulneráveis às tecnologias de prevenção, tratamento e controle das doenças bucais. Compra de 30 novos conjuntos de equipamentos, incluindo periféricos e RX, para a instalação imediata nas US das subprefeituras de Cidade Tiradentes, Guaianases, Perus e Parelheiros.

3ª CESB 2004: políticas sociais que garantam acesso à ciência e tecnologia, articuladas a projetos intersetoriais com políticas de saúde, assistência e previdência social. Criar financiamentos para desenvolver pesquisas científicas e inovações na produção de insumos que garantam acesso à tecnologia em SB. Incentivar a produção de equipamentos odontológicos e insumos no Brasil para a demanda interna e externa. Desenvolver ciência, tecnologia e inovação no setor. Criar e incentivar um centro de pesquisa e tecnologia de produção de materiais de consumo odontológicos nacionais com qualidade diminuindo o custo final. Criar incentivo financeiro para convênios de municípios com universidades e/ou entidades odontológicas, com novas tecnologias para otimização do serviço.

3ª CNSB 2004: Ampliar, implementar e integrar os Sistemas de Informação. Incluir e disponibilizar, para os conselheiros de saúde: informações e avaliações de SB nos sistemas gerenciais em saúde já existentes como Sistema de Informação em Saúde (SIS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação da Gestão da Atenção Básica (SIGAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); Estabelecer, efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre as unidades, os serviços do SUS (incluindo a referência e contra-referência), os CS, a população e instâncias gestoras nas esferas federal, estadual e municipal. Privilegiar debate na agenda de SB, sob Controle Social e contribuir para a melhoria do diagnóstico, planejamento, controle e avaliação da política de SB. Recursos para pesquisas, bolsas e projetos da área de SBC.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP e MSP.

O tema Tecnologia foi tratado em todas as CSB. A preocupação inicial era a de proteger a indústria nacional de insumos e equipamentos, bem como propor sua simplificação, desoneração de tributos e de uma política de pesquisa e desenvolvimento nacional. Em 1993, foi proposta a subordinação da expansão dos serviços às novas tecnologias. Dentre essas novas tecnologias, ressaltam-se os trabalhos em equipes (CD, ACD, THD). Houve preocupações para que os equipamentos fossem construídos voltados para os aspectos ergonômicos. Também houve menção à necessidade de desenvolver profissionais voltados à manutenção dos equipamentos e instalações. Essa ênfase repete-se nas conferências de 2004. As CSB deste ano começaram a preocupar-se com a TI, no que diz respeito a equipamentos eletrônicos (*hardware*) e programas de computador (*software*).

Os esquemas que se seguem (nos quadros 17,18 e 19) apresentam de forma compacta os enfoques das CSB em relação à tecnologia nos serviços de SB.

Quadro 17 – Ênfases nas Propostas para melhoramento de tecnologias para a Saúde Bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo* (1986, 1993 e 2004).

CSB	Tecnologia		
	1986	1993	2004
Evolução das Ênfases	Materiais – isenções tributárias “E” Pesquisa “N” Estatização “N”	Pesquisas “E” Prática odontológica “M”, “E”, “N” Estrutura “E” Treinamento “E”	Pesquisas “E” e “N” Prática odontológica “M”, “E” Estrutura “M” Treinamento “M” Sistema da Informação “N” Políticas SB “N”
Fatos Adjacentes, Econômicos, Políticos e Tecnologias.	Prefeito Governador Presidente Partido / Ideologia (M, E, N) Planos Econômicos SUS Constituição	Especialidades de acordo com o perfil da população. 1988- Saúde (direito do cidadão, dever do estado).	Dez anos de Plano Real (1994). Fim FHC Implantes PEC – de 10% passou a 15% para a saúde.

Notas: “N” – Nacional, “E” – Estadual, “M” - Municipal

Quadro 18 – Âmbitos estratégico, tático e operacional na incorporação de novas tecnologias utilizadas em saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo*, em 1986, 1993 e 2004.

Ênfases	Configurações do Âmbito	
1986 – Pesquisas no início só em nível “N” 1993 – Pesquisas em nível “E” 2004 – Pesquisas em níveis “E” e “N” Sem foco no nível “M”	Estratégico “N”	SI Políticas Pesquisa
1993 - Práticas Odontológicas “M”, “E” e “N” 2004 – Práticas Odontológicas “M” e “E”	Tático “E”	Prática Odontológica
1993 – Estruturas Nível “E” 2004 – Estruturas Nível “M” O “M” começa a preocupar-se, talvez devido ao fato da saúde passar a ser de sua responsabilidade.	Operacional “M”	Prática Odontológica Estrutura Treinamento
1993 – Treinamentos “E” 2004 – Treinamentos “M” O “M” começou a preocupar-se devido ao fato de que a saúde passou a ser de sua responsabilidade.		

Notas : “N” – Nacional, “E” – Estadual, “M” - Municipal

Quadro 19 – Ênfases das propostas em relação à incorporação de novas tecnologias em saúde bucal nas Conferências de Saúde Bucal, nacionais e do estado e município de São Paulo, 1986, 1993 e 2004.

CSB	Ênfases das CSB
1ª CESB 1986	<u>Materiais</u> : medicamentos e equipamentos odontológicos reivindicando-se isenções e alíquotas menores diferenciadas.
1ª CNSB 1986	<u>Pesquisa</u> : políticas, desenvolvimento tecnológico, descentralização de recursos, divulgação, apoio às universidades, integração do serviço público às pesquisas considerando o CEME e os laboratórios públicos; Estatização de empresas produtoras de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos.
1ª CMSB 1993	<u>Prática Odontológica</u> : tecnologias, pessoal auxiliar, ações integrais de saúde com base na epidemiologia e na cobertura à população.
2ª CESB 1993	<u>Prática Odontológica</u> : pessoal auxiliar, novas tecnologias, ações coletivas impactando na cobertura e na epidemiologia. Equipes de SB, ambientes que comportam duas ou mais cadeiras odontológicas. <u>Pesquisa</u> : institutos, universidades e municípios, desenvolvendo tecnologias para produzir em laboratórios públicos insumos de SB. <u>Estrutura</u> : em ambientes de UBS com equipamentos ergonômicos e <i>lay-outs</i> racionais. <u>Treinamento</u> : para ESB e formar técnicos em manutenção de equipamentos odontológicos.
2ª CNSB 1993	<u>Prática Odontológica</u> : políticas voltadas para a incorporação de novas tecnologias e de RH visando ações coletivas que causam impacto na cobertura e na epidemiologia.
2ª CMSB 2004	<u>Estrutura</u> : manutenção, instalação de equipamentos, incorporação de novas tecnologias, compra de 30 novos conjuntos de equipos, para USB carente. <u>Práticas Odontológicas</u> : inclusão de insumos odontológicos como cimentos ionoméricos na lista padrão. <u>Treinamento</u> : capacitação de equipes (teoria e prática), prevenção, tratamento e controle das doenças bucais.
3ª CESB 2004	<u>Pesquisa</u> : políticas sociais garantindo acesso à ciência e tecnologia articuladas, financiamento de pesquisas, criação de um centro de pesquisa e tecnologia usando produção de materiais, medicamentos e equipamentos; <u>Práticas Odontológicas</u> : convênios de municípios com universidades e/ou entidades com novas tecnologias para otimizar o serviço público.
3ª CNSB 2004	<u>Sistema de Informação</u> : ampliação, implementação, integração do SI - SUS; <u>Políticas de SB</u> : privilegiar debates sobre Controle Social, melhorias do diagnóstico, planejamento, controle e avaliação das políticas de SB; <u>Pesquisa</u> : garantir recursos para pesquisas, bolsas e projetos para SBC.

Fonte: Conferências de Saúde Bucal: nacionais, ESP e MSP.

A incorporação de novas tecnologias foi enfatizada nas CSB, considerando: os materiais, a pesquisa, a prática odontológica, a estrutura, o treinamento, o sistema de informação e as políticas de SB. Os materiais só foram mencionados na 1ª CESB de 1986, mesmo assim a preocupação estava voltada para a carga tributária. A pesquisa só foi tratada nas estaduais (1993 e 2004) e nas nacionais (1986 e 2004), tratando de financiamento, criação de um centro de pesquisa e tecnologia para a produção de medicamentos, materiais e equipamentos. Com relação à prática odontológica todas as conferências a mencionaram a partir de 1993. Em 1986 essa preocupação não mereceu destaque. Na 1ª CMSB a prática odontológica estava voltada para tecnologias, pessoal auxiliar, ações integrais de saúde com base na epidemiologia e na cobertura à população. Na 2ª CESB, enfatizou-se: o pessoal auxiliar, novas tecnologias, ações coletivas impactando na cobertura e na epidemiologia, equipes de SB, ambientes que comportam duas ou mais cadeiras odontológicas. Na 2ª CNSB a ênfase era a de ações coletivas.

Em 2004 a 2ª CMSB incluía insumos odontológicos como cimentos ionoméricos na lista padrão. A 3ª CESB pregou convênios com municípios, universidades e entidades. A estrutura foi mencionada na estadual de 1993 e na municipal de 2004. Em 1993 propunham-se ambiente com equipamentos ergonômicos e *lay-out* racional. Na municipal de 2004 a preocupação era operacional: manutenção e compra de novos equipamentos. O treinamento foi tratado na estadual de 1993 e na municipal de 2004. A estadual de 1993 propunha para equipes de SB, formação de técnicos em manutenção de instalações e equipamentos odontológicos. A 2ª CMSB estava voltava para a capacitação de equipes em prevenção, tratamento e controle de doenças bucais.

Os sistemas de informação foram mencionados em 2004 na 3ª CNSB, objetivando ampliação, implementação e integração do SI no SUS.

As políticas de SB, na 3ª CNSB, propunham: privilegiar debates sobre controle social, melhorias do diagnóstico, planejamento, controle e avaliação das políticas de SB.

1.4 TEMAS SELECIONADOS DA 3ª CNSB, DAS DPNSB E DPMSB

1.4.1 Acesso

“Acesso: Ingresso; passagem” ¹⁰.

O acesso é entendido como assistência universal e atenção a toda demanda, dando prioridade aos casos de urgência. Os princípios do SUS destacam o acesso universal aos serviços de saúde e a integralidade da assistência. O texto da Lei 8.080/90 (Brasil/1990) no inciso 1 do artigo 7 do capítulo II dispõe sobre:

“(...) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (...).

Acesso à Saúde e a Saúde Bucal

No Brasil, a sociedade apresenta elevados níveis de desigualdade sócio-econômica, sendo as maiores na área da saúde. A equidade é um conceito normativo (uma questão de valor) associado ao conceito de justiça social na área da saúde e relacionado à redução das iniquidades. Os recursos devem ser distribuídos de modo que a população menos favorecida obtenha a máxima possibilidade de ganhos (QUARTAROLI, 2003).

A superação das iniquidades em saúde se dá a partir de medidas diferenciadas das políticas públicas, englobando estratégias de promoção (prevenção, proteção, educação, assistência curativa e reabilitadora), e pela

¹⁰ Ferreira ABH. Novo dicionário da Aurélio da Língua Portuguesa. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;1986. p. 6.

organização de serviços e sistemas, ampliando o controle social efetivo da sociedade e do Estado, conforme descrito na Posição Final do 1º Fórum Social Mundial de Saúde, em 2005¹¹.

Considerando a cidadania como lei e cultura pública, pode-se identificar na sociedade brasileira a lógica da cidadania restrita, em que os direitos não se universalizam, de acordo com Telles citado por ESCOREL (1994), gerando a constituição de um espaço de não-cidadania. Desta forma, a democracia política e o processo de “cidadanização” verificados na última década se processaram de maneira segmentada e fragmentada, instituindo modalidades de cidadãos, de plenos à não-cidadãos. ESCOREL (1994). A “cidadanização” de certos grupos sociais é concomitante com a exclusão social da cidadania de outros contingentes populacionais. Cada uma dessas correntes elegeu alguns conceitos considerados estratégicos para fundamentar sua compreensão da saúde: a medicina social elegeu dar centralidade ao conceito de classe social; a saúde coletiva priorizou a noção de “coletivo”.

O “acesso” é considerado um dos mais importantes processos na gestão da saúde e pode realizar o balanço do emprego de recursos para uma análise profunda do impacto das políticas de saúde adotadas (LOCK, 2000).

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde apresenta experiências acumuladas em diversos serviços de saúde no SUS (MERHY, 1994; FRANCO et al., 1999; MALTA, 2000) *apud* (CARVALHO e CUNHA, 2006). Esta experiência é heterogênea, como o próprio SUS, e tem acúmulos positivos e negativos. Ao se levantar a história do acolhimento no SUS é possível reconhecer os impactos positivos das propostas nos serviços de saúde, como também distinguí-las das experiências menos exitosas (CARVALHO e CUNHA, 2006).

¹¹ Posição Final do 1º Fórum Social Mundial da Saúde [internet]. Porto Alegre: Cidades Saudáveis; 2005 [acesso em 23jan 2008]. Disponível em: <http://www.cidadesaudaveis.org.br/ForumSocial.pdf>

O modelo conceitual de análise da acessibilidade fundamentado na proposta de Donabedian citado em FRENK (1992) diz que o acesso ocorre na seqüência de eventos entre a necessidade pelo cuidado de saúde e sua obtenção (necessidade de cuidado e desejo de cuidar: procura pelo cuidado, início do cuidado e continuidade do cuidado). Os autores restringem o domínio da acessibilidade para as etapas de procura e entrada nos serviços, definindo a acessibilidade como o “grau de ajustamento entre as características da oferta de serviços de saúde e as da população no processo de buscar e obter cuidado” (FRENK, 1992).

O acesso passa a ser visto como relação funcional entre o conjunto de obstáculos para a busca e obtenção de cuidados (resistência) e a capacidade correspondente da população em superá-los. Na esfera da organização esses obstáculos são: disponibilidade física de serviços, capacidade de produção, das finanças (preço dos serviços) e ecológicos (localização). A capacidade da população de superação desses problemas é caracterizada pelo poder de lidar com a organização dos serviços, o poder financeiro e a disponibilidade de tempo e transporte (FRENK, 1992).

O conceito de acessibilidade muda com o tempo e o lugar, pois é limitado à concepção de alívio da dor, tratamento de doenças e promoção da saúde. Para propostas de políticas de saúde é importante considerar o poder de utilização como um fator fixo e a resistência como um fator variável a curto prazo, ou seja, a análise da acessibilidade deve ser centrada nas características da oferta de serviços adaptadas às necessidades da população (FRENK, 1992).

Não se pode obter o direito à saúde sem garantir outros direitos. Deve haver uma política social que garanta simultaneamente o conjunto dos direitos requeridos para o bem estar coletivo “que é seu próprio objetivo” (AGUDELO, 2002).

No Brasil, a ênfase na atenção básica significa possibilitar que o conjunto da população seja atingido por esse nível de atenção, o que é diferente das propostas neoliberais. No início da década de 1990, a condição sanitária era extremamente precária em grande parte dos municípios onde a

população não era coberta pelo SUS. Levando isso em conta o MS escolheu o Programa Saúde da Família (PSF) como porta de entrada no sistema, como estratégia para garantir a universalização da Atenção Básica (MARQUES, 2002).

A melhoria no acesso aos serviços odontológicos, assim como a promoção de saúde bucal é diretamente proporcional ao incremento dos profissionais contratados para o serviço público de saúde no SUS (como a ampliação do PSF) e ao índice sócio econômico do município. Tal fato foi relatado no estudo de FERNANDES e PERES (2005) no Estado de Santa Catarina e por PINTO (2006) no Estado do Paraná. Ao avaliarem o indicador que mede a orientação do serviço de saúde bucal, verificaram que existe uma tendência na organização da atenção voltada para procedimentos conservadores nos municípios como maior número de profissionais atuando no serviço público. A proporção de exodontias em relação aos procedimentos odontológicos individuais apresentou associação negativa com IDH municipal.

Indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior renda e observa-se, também, que as melhorias ou benefícios trazidos pelos programas de saúde bucal são mais eficazes quanto mais desenvolvida é a região (MS, 2004a).

Problemas restritos à boca e problemas de cunho mais geral, como a dificuldade no acesso aos serviços, baixa escolaridade, desemprego, enfim, péssimas condições de vida representam fatores preponderantes na determinação de enfermidades na cavidade bucal, causando “dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos” (MS, 2004a).

É preciso eliminar a idéia de integralidade apenas em nível de menor complexidade e garantir a resposta integral às necessidades das populações, desde a segurança alimentar até os transplantes, ressaltando a qualidade de vida das pessoas. A integralidade inclui o acesso, através dos sistemas públicos, respeitando as práticas tradicionais dos povos de cada

país, e sua etnicidade dentro de um marco de interculturalidade e diversidade cultural.

A prática do município, em resposta à demanda, apresenta baixo impacto epidemiológico e estimula as desigualdades de acesso, porque este é determinado pelo perfil da oferta, grau de informação da clientela e distância da residência dos usuários às unidades de saúde.

Nos serviços públicos é comum encontrar profissionais atarefados e até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas que não conseguem avaliar e interferir nelas (CARVALHO e CUNHA, 2006).

A prestação de serviços curativo-reabilitadores deveria ser substituída por serviços coletivos nas instituições e espaços públicos, ampliando o acesso. A atenção à indivíduos isolados que buscam, espontaneamente, as unidades prestadoras de serviços e sua imediata inserção nas atividades de oferta organizada poderá resgatar a característica coletiva do objeto do sistema de saúde (MS, 1986a).

Acesso nas DPNSB, DPMSB e CSB

O documento das DPNSB traz uma concepção ampliada da saúde, onde os fatores socioeconômicos são fundamentais para enfrentar situações da SB. O lançamento das DPNSB (2004) evoca a importância da saúde bucal para o bem estar geral do indivíduo:

“No âmbito da assistência essas diretrizes apontam (...) para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção” (MS, 2004a, p.4).

A Emenda Constitucional 29, se cumprida, proporciona horizontes favoráveis quanto aos recursos destinados à saúde, assegurando o acesso, elevando a qualidade e a humanização da atenção em busca da equidade. As questões do acesso permeiam os eixos temáticos, a equidade e a

universalidade que são os princípios do SUS relacionados ao tema (BRASIL, 2004).

A OMS recomenda a garantia e a ampliação do acesso às ações integrais para todas as faixas etárias. A organização dos serviços prestigia a universalização do acesso por meio de práticas e processos com acolhimento e vínculo entre usuários e profissionais, além do aumento da resolutividade. Respeitando-se as diversidades (étnicas, raciais e culturais) e contando com a participação do controle social no processo democrático. Este argumento sustenta que a organização dos serviços deveria pautar-se no que é estabelecido pelas DPNSB (BARTOLE, 2006).

O acesso universal está presente em todos os debates (mesmo na 1ª CNSB que precedeu a consolidação do SUS) e faz parte do texto Constitucional, deste modo, legitimá-lo é um direito de cidadania a ser alcançado. As primeiras CSB estudadas propõem o aumento de cobertura, com atendimento universal para crianças e jovens de 0-14 anos, gestantes, adultos e oferta de próteses para todas as idades.

Na 1ª CNSB, a universalização do acesso ocorreria através de verbas investidas na “ampliação e reforço dos serviços próprios” (MS, 1986b), e na 2ª CNSB, aparece como orientador do modelo proposto (MS, 1993).

A 1ª CMSB (1993) propõe a expansão dos serviços públicos para cobrir a população desassistida; acesso aos portadores de necessidades especiais aos serviços de SB com adequação das cadeiras odontológicas, descentralização e atenção domiciliar a essas pessoas; universalidade de atendimento à população adulta, oferecida não como urgências, mas como tratamentos com acompanhamento e PS municipais atendendo urgências, sem discriminação de faixa etária.

As 2ª CESB propõe critérios sociais e epidemiológicos como prioridades, sem exclusão a grupos antes “não prioritários”: de 0 a 3 anos e adultos (SES, 1993). Já a 2ª CNSB (1993) têm como proposta, estratégias de atenção primária nos espaços dos Sistemas Locais de Saúde (MS, 1993).

Nas CSB ocorridas no ano de 2004, apresentaram-se expectativas da população para que reivindicações históricas de prioridade à saúde se

concretizassem. Para isso era importante a necessidade de políticas intersectoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação. Foi um momento decisivo para as políticas de saúde no BR e para o Plano Nacional de Saúde com foco na promoção da saúde e universalização do acesso.

A 2ª CMSB (2004) dispõe que o enfrentamento da saúde-doença está na dependência de fatores sociais, deve-se democratizar o acesso aos serviços e eliminar barreiras sociais, econômicas e políticas. Esta conferência propõe: ampliação do acesso às ações de SB; cobertura para todas as idades, sem restrição, ampliação do atendimento à deficientes; atendimento com prevenção, diagnóstico e tratamento de SB, estabelecimento de processos e práticas que garantam a universalidade e o acolhimento (SMS, 2004).

A 3ª CESB (2004) dispõe que o contexto político, econômico e social impõe transformações no modelo estatal e redução do déficit institucional: o cidadão deveria ser o foco da ação pública. A incapacidade do Estado manifesta-se no acesso e na qualidade do atendimento em saúde.

A 3ª CESB (2004) propõe: políticas públicas para inclusão social, ampliação do acesso ao idoso garantindo o atendimento odontológico geriátrico, acesso à portadores de necessidades especiais, doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas em arquitetura adequada, normas e rotinas de biossegurança com pessoas capacitadas, ações de SB junto às populações indígenas, garantia de atendimento básico e garantia de atendimento à SB gratuito em instituições de ensino de odontologia (SES, 2004).

A 3ª CNSB reflete sobre a incapacidade dos governos em viabilizar o acesso aos serviços públicos de saúde com qualidade. O novo modelo deve diminuir o déficit institucional e centralizar-se nos direitos civis para promover a inclusão social, com efeitos das desigualdades sociais transparecendo na saúde bucal. Esta conferência afirma que o acesso à informação é um direito tal qual à saúde, pois com ela amplia-se o acesso dos expostos às situações adversas impostas pela exclusão social (MS, 2004e).

As duas primeiras conferências nacionais não desenvolveram o acesso como tema específico sendo que a 3ª CNSB o coloca como tema central: “Acesso e qualidade superando a exclusão social”.

O controle social pode evidenciar as desigualdades presentes no país, e as implementações do setor de saúde bucal deveriam contemplar as proposições da 3ª CNSB, onde o acesso se reporta ao senso de ampliação dos serviços, estabelecendo-se desafios para a ASB, conforme o proposto pelo MS nas DPNSB de 2004.

1.4.2 Espaço Físico

A prática da assistência à saúde bucal é realizada num espaço chamado clínica ou consultório. A ação clínica ocorre nos indivíduos, pois a doença, embora produzida socialmente, está localizada num corpo biológico e não “na sociedade”. Por isso, é importante que sejam organizados os sistemas de assistência às pessoas doentes (BOTAZZO, 1988).

Assim, a clínica deve ter uma capacidade que vai além do atendimento convencional, num ambiente que transmita segurança aos usuários para realizarem o tratamento. A baixa adesão aos tratamentos, a existência de pacientes difíceis e a dependência dos usuários em relação aos serviços evidenciam uma prática clínica centrada na doença. Isso significa que são necessárias condições especiais para se realizar um diagnóstico observando sinais e sintomas que se manifestam dependendo do ambiente e imagina-se uma clínica capaz de desenvolver propostas de intervenção, com possibilidades de ação e participação dos usuários (CARVALHO e CECCIN, 2006).

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. Como sugere Merhy citada por CARVALHO (2006) é necessária a

superação de limitações, valorizando o encontro trabalhador/usuário como um espaço de produção partilhada de relações e intervenções e em que há um jogo entre necessidades dos usuários e a tecnologia do agir em saúde. Caso contrário, o usuário pode ter a sensação de descaso na ocasião do atendimento, o que pode comprometer um tratamento, conforme disposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

“Quando se examina a situação de saúde, sob o ângulo dos serviços, observa-se a reprodução das desigualdades na distribuição dos recursos públicos, quer em termos regionais quanto sociais” (MS, 1986a, p.51).

Problemas no espaço físico são fatores limitantes relacionados ao processo de trabalho na odontologia. Quanto maior a identidade do espaço físico com o cliente mais qualidade ele perceberá nos serviços de saúde.

O processo de trabalho na odontologia vem permeando a discussão e a construção de módulos, com planejamento e adequação para o atendimento em clínica modular. Quando se tem este tipo de clínica, há necessidade de mudanças na dinâmica de trabalho, com espaço físico mais restrito e encadeado. Para adequar esse modo de trabalhar, o número de equipamentos a serem alocados em cada clínica dependerá do número de cadeiras clínicas com bancadas de apoio completando um *lay-out* adequado.

O Art. 27º a Resolução SS-15/1999, exprime que os estabelecimentos de assistência odontológica deverão respeitar os limites mínimos em metros quadrados (m²) das áreas físicas onde são realizados os procedimentos (SES, 1999).

Para FRAZÃO (1995) é preciso analisar as plantas físicas, projetos arquitetônicos de ambientes de trabalho odontológicos, de acordo com os serviços de atenção à saúde bucal. A ergonomia visa simplificar e racionalizar o trabalho e isto deve ser estendido ao trabalho em odontologia. Para o atendimento em ambientes de trabalho no nível primário de assistência odontológica, os ambientes devem ser planejados visando condições de desenvolvimento do trabalho de uma equipe de saúde bucal.

Na ocasião de reformas ou de projetos nas US, estes devem prever a edificação de ambientes e a instalação de equipamentos ergonômicos, tendo em vista racionalizar o trabalho odontológico com modernos equipamentos adequados ao sistema de trabalho no SUS, para otimizar o atendimento ao usuário. Conforme o disposto na Resolução SS-15/1999, Cap.I, Art.2º “Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão ter instalações, equipamentos e recursos humanos habilitados e capacitados para realização dos procedimentos odontológicos” (SES, 1999a).

Os recursos financeiros para a área odontológica poderão ser utilizados para compras de insumos, equipamentos, manutenção, conservação, reforma das instalações físicas do espaço destinado à atenção à saúde bucal. Poderão ainda ser aplicados na implementação de ações e programas de promoção, vigilância e recuperação da saúde bucal, em capacitação e treinamento de pessoas específicas da área, dentro do plano de capacitação das pessoas da área para o SUS (SMS, 2006).

No item 4, as DPNSB (2004) apresentam propostas para condições adequadas ao trabalho em saúde bucal, parâmetros na utilização dos espaços e equipamentos para elevar a qualidade da prestação dos serviços:

“Condições de Trabalho: para a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se desenvolver políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos que garantam condições adequadas de trabalho, com normas e padrões estabelecidos pela vigilância sanitária” (DPNSB, 2004).

Normas de Funcionamento

Os órgãos que tratam da normatização de estabelecimentos de assistência odontológica são as secretarias estaduais e municipais de saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O cumprimento destas normas pode resultar num bom ambiente de trabalho, pois se

estabelece em conformidade com o que há de melhor em padrões de funcionamento e bom desempenho do estabelecimento.

A Resolução SS-15-18/01/1999 estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica. O Art. 4º dispõe que o não cumprimento das exigências determinadas pela Norma Técnica configurar-se-á em infração sanitária (SES, 1999a). Essas normatizações são caracterizadas como ações de saúde que levam à eficiência no controle dos riscos à saúde dos pacientes, profissionais e circundantes (Cap. I – Art. 1º da Norma Técnica Especial anexa à Resolução SS-15, de 18/01/1999 da Secretaria de Estado da Saúde Coordenação dos Institutos de Pesquisa – Centro de Vigilância Sanitária).

O ambiente na clínica odontológica é facilitador de infecções, pois se utilizam equipamentos que pulverizam o ambiente com substâncias passíveis de contaminação. É fundamental a adoção de medidas de proteção aos equipamentos e instrumentos com assepsia dos mesmos, e treinamento para os profissionais, para um efetivo controle de biossegurança.

A Resolução SS-15-18/01/1999, em seu Art. 65º, do Cap. XVI dispõe que um Regulamento Interno de cada estabelecimento de assistência odontológica descreverá os cuidados relativos à biossegurança. As inspeções devem ser feitas sempre com o uso do Roteiro Básico sendo o seu preenchimento responsabilidade do inspetor conforme os Artigos 77º e 78º (SES, 1999a).

A observação não participante da autora em atividade desenvolvida pela Faculdade de Saúde Pública da USP, na Secretaria Municipal de Saúde do MSP, constatou que os interlocutores realizavam rotineiramente (em períodos escalados) visitas às US onde registravam as condições dos equipamentos e espaço físico, sobre o cumprimento de normas de biossegurança e agendamento. O relatório continha itens como: condições dos equipamentos e da edificação, condições e quantidade de instrumental, processo de limpeza e descontaminação, esterilização, desinfecção, presença e uso de equipamentos de proteção individual, armazenamento de

instrumental e biossegurança, materiais de consumo (tipo e quantidades) e destino de resíduos do consultório.

A 2ª CMSB (2004) no §13º refere-se ao intenso desgaste dos equipamentos por falta de manutenção adequada e da não incorporação de novas tecnologias. Notou-se um esforço para recuperar equipamentos, trocar os irrecuperáveis e a instalação de módulos odontológicos nas unidades que ainda não os possuíam a época. Conforme o texto desta conferência, a falta de conservação dos equipamentos odontológicos inviabilizava a assistência em algumas unidades básicas. A rede se encontrava obsoleta, sem manutenção e inovação tecnológica, há cerca de dez anos, antes da referida conferência tanto nos equipamentos essenciais como nos periféricos.

Na 3ª CNSB (2004) Eixo 4.1, na proposta 24.t preconiza-se a aquisição de EPI (Equipamento de Proteção Individual): luva, avental de manga comprida e descartável, máscara, gorro e protetor ocular. No mesmo Eixo, a 24.q, dispõe que todo município tenha uma central de manutenção dos equipamentos odontológicos, para evitar sucateamento e reduzir perdas. Na proposta 25 propõe-se: “equipar os estabelecimentos odontológicos com aparelhos de raios X”. Na Resolução SS-15/1999, Art.36º dispõe que os equipamentos de proteção individual devem ser em quantidades suficientes para toda a equipe de saúde bucal.

Sobre a introdução de novas tecnologias, já na 1ª CNSB (1986) propõe no Tema 3 - Reforma Sanitária: inserção da odontologia no SUS (itens 26 e 27), a formulação de política de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em odontologia, com apoio dos laboratórios públicos para pesquisas e produção de insumos básicos necessários ao PNSB.

A 3ª CESB (1993) em diversos momentos, diz que as políticas de SB devem transformar a prática odontológica com novas tecnologias e ações coletivas, impactando na cobertura e epidemiologia.

Em 2004, a 3ª CESB, no Eixo Financiamento, na proposta 12, refere-se ao uso de políticas de incentivo e promoção de todas as etapas da

produção, no Brasil, de equipamentos e insumos odontológicos de qualidade.

Indústria de Equipamentos Odontológicos

O estudo de MANFREDINI e BOTAZZO (2006) considera que a indústria brasileira de equipamentos odontológicos apresenta suficiente produção e há pequena participação do setor público nos canais de comercialização destes produtos. Estes autores afirmam que há um discurso difuso entre gestores públicos e cirurgiões-dentistas, sobre a produção de equipamentos para a prática odontológica que seria onerosa e dependente de importações. Acrescentam que no caso da prática odontológica no Brasil, no modelo hegemônico do século 20, as políticas públicas assumem uma posição de inferioridade em relação às práticas de mercado.

A análise dos canais de comercialização do setor odontológico de 2000 a 2002, aponta para uma participação expressiva do setor privado nas aquisições de equipamentos odontológicos e o setor que teve a menor comercialização para o setor público, em termos percentuais, foi o odontológico. A predominância do gasto privado no mercado de equipamentos odontológicos se mantém, mesmo com as várias inovações propostas para a organização dos ambientes de trabalho nos serviços públicos e a expansão da rede de serviços odontológicos no âmbito do SUS (MANFREDINI e BOTAZZO, 2006).

Em 1986 a 1ª CESB já propunha a necessidade de proteger a indústria nacional de materiais e equipamentos simplificados e utilizá-los no setor público. Fazia a proposta de isentar o poder público de impostos ao adquirir equipamentos e materiais odontológicos e, diminuir impostos sobre matéria-prima importada para a produção de materiais odontológicos. A 1ª CNSB pregava a estatização de empresas de produção de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos.

A 3ª CNSB, o item 24 propõe a garantia de instalações, insumos, instrumentos e equipamentos odontológicos (alocação de recursos, padronização, aquisição, distribuição, manutenção, conservação e reposição) necessários à atenção básica e especializada. No item 24.a) propõe introduzir na indústria nacional: tecnologia, definições para a produção de insumos e equipamentos odontológicos de qualidade; b) propõe a garantia de isenção de impostos na compra de insumos e equipamentos odontológicos.

A 3ª CESB, no Eixo Educação e Cidadania, nas “propostas novas” item 4, propõem o incentivo à produção de equipamentos odontológicos e insumos no Brasil para a demanda interna e externa. No Eixo Financiamento e Organização da Atenção à Saúde Bucal, o item 12 dispõem sobre a criação e incentivo de um centro de pesquisa e tecnologia para a produção de materiais de consumo odontológico nacional (com qualidade) diminuindo o custo final.

A 2ª CMSB, em seu §7º, diz que embora mais recursos sejam necessários, a otimização dos existentes torna-se premente com planejamento eficiente e eficaz, embasado na epidemiologia, incorporação de tecnologias inovadoras e do conhecimento científico do processo saúde/doença.

Acesso para Portadores de Necessidades Especiais

A efetivação dos direitos de cidadania significa também o acesso igualitário às ações e serviços de saúde, assegurada pela Constituição Federal (1988). Essa garantia abrange a concepção arquitetônica do espaço físico, viabilizando o acesso aos portadores de necessidades especiais.

A 3ª CNSB, em sua proposta 24, item 24j, dispõe sobre os recursos para adequar o espaço físico dos consultórios odontológicos e os equipamentos necessários ao atendimento de pacientes portadores de

deficiência física, portadores de doenças crônico-degenerativas e necessidades especiais.

A DPMSB (2006) recomenda:

“... o estabelecimento de metas e parâmetros para o desenvolvimento de um modelo de atenção voltado às reais necessidades e ao acesso universal da população não pode ser desvinculado do conhecimento das reais condições dos serviços” (SMS, 2006, p.19).

1.4.3 Urgência e Emergência

Segundo TORTAMANO et al. (2007), emergência é uma ocorrência que oferece risco de morte; urgência é uma ocorrência que necessita de tratamento imediato para restabelecer o bem-estar ao paciente, porém sem risco de morte. Ambas tratam de um quadro de sofrimento por processos infecciosos, inflamatórios ou por trauma, sendo que a emergência seria um quadro mais intenso do que a urgência e raro na prática odontológica.

Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo¹² (CREMESP), define-se por "emergência" a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato. Define-se por "urgência" a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Considera, ainda, que a definição rigorosa do que vem a ser urgência e emergência é bastante difícil e a demanda de atenção no Pronto Socorro abrange uma gama de pacientes que não encontram acolhimento em outros serviços (ambulatorios, UBS, etc), com queixas crônicas e sociais e que acabam procurando o serviço. A triagem é um procedimento necessário para

¹² Consulta nº 55.820/98 – Ementa 1, 1998.

os casos, utilizando uma análise criteriosa e bom senso para reconhecer o grau de seriedade que envolve cada situação e as possíveis conseqüências das ações e omissões (o que também se preconiza em saúde bucal).

A pesquisa feita por SILVA (2003) no Município de São Paulo aponta que 57% dos atendimentos de urgências odontológicas se referem à causas comuns (cárie e a doença periodontal), 34% à traumatologia buco-maxilo-facial e 9% à outras causas.

As causas mais freqüentes de atendimentos são: pulpíte, abscesso periapical agudo, cárie profunda, necrose pulpar, cárie, abscesso periodontal e fratura dentária, ou seja, os procedimentos realizados em decorrência da cárie e suas seqüelas são os mais freqüentes (MUNERATO, 2005).

Pesquisas, como as de MONNERAT (2002), apontam que a porta de entrada do sistema ainda se dá via emergência, e que esta eleva os custos da Atenção Básica. Este fato é conhecido pela rede de serviços municipais do SUS, onde é estabelecido que:

“Dentro das possibilidades de cada serviço, deve ser incluído o agendamento de retorno do indivíduo atendido em condição de emergência ou urgência para o mesmo plantão, sem exclusão de qualquer faixa etária, no sentido de reduzir suas necessidades acumuladas, preparando-o para a inserção na rede básica em processo de reorganização” (SMS, 2006, p.31).

A prática da adstrição de clientela, a referência e contra-referência têm suas funções prejudicadas porque a rede de serviços não se constitui como tal. Isso ocorre em virtude da inexistência de serviços que se estruturam hierarquicamente de acordo com a densidade tecnológica e demográfica, conseqüentemente há prevalência da demanda espontânea e de fluxos informais. Conforme CECILIO (1997), a porta de entrada do sistema tem sido o pronto-socorro, onde o usuário rompe com a organização e tenta entrar do modo mais rápido, porém, dada a necessidade de uma hierarquia no SUS, acredita-se não ser esse o caminho mais adequado, portanto, se faz necessário avaliar a situação de urgência.

Ao sentir dor, as pessoas querem comunicar-se com um profissional de saúde, que qualifica e contextualiza esta informação para, em seguida,

indicar um tratamento na lógica sanitária, de natureza tecno-científica e que coexiste com relações de conflito, cooperação, harmonia, competição e caminhos alternativos de comunicação (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, enquanto diretriz operacional, partindo do princípio de atendimento a todos que procurem os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal e resolutividade.

Nesse sentido, a qualificação dos trabalhadores da saúde é condição *sine qua non* para o acesso e resolutividade, além de melhorar a relação trabalhador/usuário, obedecendo parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A modificação do processo de trabalho pelo acolhimento gera impacto de reorganização na US e se faz, principalmente, sobre os profissionais não-médicos que realizam a assistência. O acolhimento é visto como a realização da utopia construída com o advento do SUS, porém perdida devido à predominância neoliberal nos serviços de saúde (FRANCO et al. 1999).

Dentre os princípios do SUS, a universalidade, a integralidade, a equidade tem um papel fundamental no atendimento de urgência e emergência, sendo o acolhimento uma forma de inclusão social. Para o sucesso deve-se contar com um bom arsenal técnico de mudanças positivas na estrutura, gestão e funcionalismo das Unidades de Saúde.

Para BARTOLE (2006) pleiteia-se a garantia do atendimento de urgência na atenção básica, bem como “cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde”. Este aspecto está presente no documento do MS (2004) que aponta a necessidade de tratamentos efetivamente integrais que acolham inclusive as urgências na atenção básica.

1.4.4 Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado em métodos curativos e não preventivos.

A estratégia do Programa Saúde da Família é uma reorientação do modelo assistencial; seu método operacional se conduz pela implantação de equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As frentes de atuação das equipes são: ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e dos agravos mais freqüentes.

Uma das principais finalidades do trabalho em saúde é o alcance de maiores graus de saúde em suas dimensões qualitativas e quantitativas, essas medições de melhorias podem ser realizadas sem a participação ativa dos sujeitos (a esperança de vida, por exemplo). Outras, no entanto, com a participação do indivíduo, como a avaliação do bem estar mental (CAMPOS, 2006). A aproximação de profissionais da saúde e pacientes faz com que essas medições sejam mais verídicas, dado o maior contato e vínculo.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites outrora definidos para a Atenção Básica no país. Por razões históricas, envolvendo economia, política, cultura entre outros fatores, o modelo de saúde predominante no Brasil criou um distanciamento entre as equipes de saúde e a população. Por esse modelo, a especialização teve destaque absoluto; apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em trabalhar com a prevenção das doenças e com a promoção de hábitos saudáveis (MS, 2001).

Evolução da Rede de Atenção Básica à Saúde

Desde 1920 (Relatório Dawson) ¹³ há o entendimento da organização de serviços de saúde em níveis de assistência (atenção primária, secundária e os hospitais de ensino). Neste sentido, a rede básica de saúde é concebida como um primeiro nível assistencial (SILVEIRA FILHO, 2006).

MARQUES e MENDES (2002) descreveram cinco ciclos de expansão da rede básica no Brasil. O primeiro ciclo, a partir dos anos 1940, veio com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) pelo governo federal brasileiro, implementado definitivamente na segunda metade dos anos 1960, com os centros de saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde no modelo “sespiano”, na lógica médico-assistencial. Em paralelo a este movimento, ocorreu a implantação de ambulatórios pela previdência social destinados aos trabalhadores formais (SILVEIRA FILHO, 2006).

O segundo ciclo aconteceu nos anos 1970, com um programa de medicina simplificada chamado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste (SILVEIRA FILHO, 2006).

Com a crise previdenciária no início dos anos 1980, houve o terceiro ciclo de expansão da rede básica promovido pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) estabelecendo transferência de recursos entre União, Estados e Municípios. Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) até a Constituição Federal (1988) formular as bases do SUS.

O quarto ciclo partiu deste ponto: o SUS inicia o processo de responsabilização dos municípios na criação e manutenção da rede básica de saúde, tendo a descentralização como um dos seus princípios. Ocorreu a expansão dos serviços de saúde, que passam a trabalhar os conceitos de territorialização, base populacional e vigilância à saúde, além de outros

¹³ Relatório Dawson (Inglaterra, 1920) Propõe a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. [acesso em 16 out 2007]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/CgaIP/regionalizacao.htm>

movimentos como: a Medicina Geral Comunitária, a Ação Programática em Saúde, o Médico da Família e a Defesa da Vida (SILVEIRA FILHO, 2006).

O quinto ciclo de expansão ocorreu com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). Os ciclos de expansão apresentados, refletiram ideologias que pautaram o desenvolvimento das políticas sociais no país e os pensamentos predominantes no movimento sanitário brasileiro e internacional (SILVEIRA FILHO, 2006).

A história da constituição e estrutura da rede básica desenvolveu-se a partir do desenho do sistema de saúde. No caso brasileiro, a hierarquização foi um dos princípios do SUS, efetivou-se dentro do desenho em pirâmide, estabelecendo diferentes níveis de assistência determinados pelos graus de complexidade (SILVEIRA FILHO, 2006).

O PSF na Atenção Básica foi ampliado na última década, o que trouxe benefícios à saúde da população.

Acesso e Cobertura com o PSF

O MS entendeu o PSF como a melhor estratégia para garantir a universalização da Atenção Básica, possibilitando maior acesso. O que, de certa forma, deu contornos diferentes daqueles subjacentes às propostas neoliberais. Até o início da década de 1990, a condição sanitária era precária em grande parte dos municípios brasileiros e a população não era coberta pelo SUS (MARQUES e MENDES, 2002).

O PSF apresenta-se apoiado nas bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil. Fundamentando-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão,

princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional¹⁴.

A preocupação com a atenção básica, não exime o Estado brasileiro da responsabilidade de prover o conjunto de ações e serviços que integram os cuidados com saúde. O princípio da integralidade, que garante o acesso da população a todos os níveis da atenção à saúde, não pode ser dissociado da universalidade da Atenção Básica (MARQUES e MENDES, 2002).

Na concepção do MS, o PSF seria a porta de entrada do sistema de saúde, devendo estabelecer relação com a rede de serviços de maior complexidade. O sucesso do PSF em qualquer município depende, em grande medida, da capacidade de resolutividade dos serviços de saúde (de média e alta complexidade tecnológica) para dar segmento ao processo de assistência. Para isso, há a necessidade de elaborar estratégias de gestão que favoreçam a conexão entre PSF como porta de entrada do sistema com as outras unidades assistenciais do sistema local de saúde (MONNERAT et al., 2002).

O conceito de Promoção da Saúde perpassa concepções ideológicas, diversidades de compreensão derivadas da posituação do conceito saúde-doença, suas imbricações com os determinantes sociais, culturais e econômicos, em que se amplia à abrangência e os limites do setor saúde. Qualquer movimento que vise sua consolidação está impregnado de intencionalidades resultantes do projeto político em que está inserido. A organização da rede básica de saúde por meio da estratégia Saúde da Família é concernente a esta premissa.

Os pressupostos do PSF, segundo anotações da autora durante o Programa de Verão 2007¹⁵ são:

- a) A Política Nacional de Saúde (PNS) é orientada pelos interesses do mercado e não pelas necessidades das pessoas;
- b) A estratégia Saúde da Família tem tido papel importante, mas secundário nos rumos da PNS;

¹⁴ Fonte: Ministério da Saúde. [acesso em 25 out 2007]. Disponível em: www.saude.gov.br

¹⁵ Curso sobre a Saúde Bucal e Saúde Bucal da Família, FSP, USP, 2007.

c) A estratégia Saúde da Família não vem tendo papel predominante na PNS (é um papel contra-hegemônico);

d) O PSF é estratégico para mudar o modelo de Atenção em SB e decisivo para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB);

e) A PNSB é um campo de disputa entre a odontologia de mercado e a Saúde Bucal Coletiva (SBC). No entanto, a PNSB deve assegurar à todos a resolutividade das incapacitações bucais, sejam elas transitórias ou permanentes.

Funcionamento do PSF

A expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela estratégia de Saúde da Família, compõem parte de um conjunto de prioridades políticas do MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Os princípios fundamentais da Atenção Básica à Saúde no Brasil concomitante com os princípios do SUS são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. O PSF é compreendido pelo MS como uma estratégia de reorganização do modelo tradicional de atenção à saúde, ampliando as fronteiras para maior resolutividade. Mediante a adstrição de clientela, as equipes da Saúde da Família estabelecem vínculos com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade.¹⁶

De acordo com CAMPOS (2006), o PSF trabalha com determinação e/ou avaliação de risco, pois é preciso conhecer sobre a doença e o processo de adoecer. Essa noção traz os conceitos de "risco" e de "vulnerabilidade", que indicam fatores biológicos, subjetivos e sociais que aumentam a possibilidade de sofrimento, de doença e de morte conforme

¹⁶ Fonte: Ministério da Saúde. [acesso em 25 out 2007]. Disponível em: www.saude.gov.br

AYRES et al. (2006); ampliando o objeto de que se encarrega o trabalho em saúde.

No PSF, a objetividade da clínica é fornecida pelo conhecimento acumulado em protocolos e diretrizes construídas com base em evidências. As utilizações de técnicas de semiologia da doença e de avaliação do risco continuam a ser essenciais ao trabalho em saúde.

Os vínculos de compromisso e co-responsabilidade da população estimulam a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, utilizando sistemas de informação para monitoramento e tomada de decisões. A intersectorialidade e parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais podem determinar problemas de saúde vinculados a outros problemas, bem como solucioná-los.

A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/SUS-96) definiu as formas de financiamento incluindo o financiamento do PSF no Piso da Atenção Básica (PAB). O Quadro 20 demonstra a execução orçamentária do PSF.

Quadro 20 - Composição e indicadores da execução orçamentária do Programa Saúde da Família, município de São Paulo, 2006.

(Em R\$)

PSF	Dotação / Atualizada	Reserva/ Empenho	IEO
Tesouro	156.797.310	156.665.747	99,9%
Recursos Federais	216.200.000	195.287.402	90,3%
Pessoal (Rec. Federais)	34.673.753	29.252.781	84,4%
TOTAL	407.671.063	381.205.930	93,5%

Fonte: SMS/MSP. [acesso 25 out 2007]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/prestacao_contas/0001

A Equipe de Saúde da Família

Ao inserir os profissionais de saúde bucal em uma equipe multiprofissional, introduz-se o novo, afrontando valores e poderes consolidados pelas práticas dos modelos anteriores, trazendo o desafio de se trabalhar em equipe (SILVEIRA FILHO, 2006). Ocorre a troca de experiências e conhecimentos com o saber popular do ACS e da comunidade.

As atribuições da equipe são fundamentalmente: conhecer a realidade local das famílias; identificar epidemiologia e situações de risco; executar procedimentos de vigilância à saúde e epidemiológica; garantir a continuidade do tratamento dando referências; prestar assistência integral, respondendo à demanda, promovendo a educação em saúde; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para melhor resolução de problemas; discutir com a equipe e a comunidade o conceito de cidadania e direitos à saúde; incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Para GARCIA (2006), a introdução da SB no PSF constituiu um dos três marcos que chamaram a atenção na primeira visualização sobre a política de SB no Brasil, junto com as DPNSB e o Programa Brasil Sorridente.

O Governo Federal incluiu as ações de saúde bucal no PSF por meio de portarias ministeriais (MS nº. 1.444 de 28/12/2000 e MS nº. 267 de 06/03/2001).

A Portaria MS nº 267 tratou do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, tendo como objetivo: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, orientar as práticas de ASB; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas às ações de promoção, prevenção, curativas e restauradoras de saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais, avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de

saúde bucal desenvolvidas. A mesma Portaria estabelece repasses anuais e incentivo adicional por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS); quando ampliada, conta com uma equipe de saúde bucal. Cada equipe acompanha cerca de 3 a 4 mil e 500 pessoas ou mil famílias de uma determinada área. A atuação das equipes ocorre em UBS, residências e na comunidade, com intervenções em fatores de risco, aos quais a comunidade está exposta, prestando assistência integral, com atividades de educação e promoção da saúde¹⁷.

As equipes foram ampliadas com a incorporação de profissionais da saúde bucal, passando a serem classificadas na Modalidade I: um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD) e na Modalidade II, que além do CD e ACD possui um técnico em higiene dental (THD), todos com carga horária de 40 horas semanais.

Os espaços para atendimento odontológicos contam com as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, com critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população.

As ações das equipes são planejadas e desenvolvidas interdisciplinarmente. Os membros da ESB possuem atribuições comuns e específicas, relacionadas no Plano de Referência. O registro das atividades de saúde bucal será feito no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizando instrumento próprio (Ficha D específica), para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes.

Para a Saúde Bucal, a nova forma de se fazer às ações cotidianas representa um avanço significativo e um desafio. As relações têm possibilidades de reorientar o trabalho e a inserção da saúde bucal nos serviços de saúde (SILVEIRA FILHO, 2006).

¹⁷ Fonte: Ministério da Saúde. [acesso 25 out 2007]. Disponível em: www.saude.gov.br.

Na estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, realizado pelo ACS, no entanto, podem ocorrer visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, propiciando o acompanhamento e tratamento necessário. Vislumbra-se a possibilidade de aumento da cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população, e de alcance nas medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando numa nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

Há a pretensão de se capacitar todos os membros das ESB, e estimular a formação de THD e ACD pelas Escolas Técnicas do SUS (Centros Formadores de Recursos Humanos).

Tabela 21 - Relação entre Equipes de Saúde da Família com saúde bucal implantadas, município de São Paulo, setembro de 2007.

Tipo de Equipe PSF com Saúde Bucal	Número Total
Modalidade I	35
Modalidade II	16
Total de Equipes PSF com Saúde Bucal	51
Total de Equipes de Saúde da Família	802
Relação ESB-ESF	6,4 %

Fonte: MS/ PSF. [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Tabela 22 - População coberta pelo PSF com saúde bucal, município de São Paulo, setembro de 2007.

População do MSP	População Coberta pelo PSF (com SB)	% de cobertura
11.016.703	351.900	3,19

Fonte: MS/ PSF. [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

O índice de cobertura de equipes do PSF com SB no MSP é de 3,2%, o que denota uma grande defasagem em relação a outros municípios, como por exemplo: Recife que tem uma cobertura de 45%.

Reflexões sobre o PSF

Apesar de o discurso oficial apontar para uma estratégia que vai ao encontro da consolidação do SUS, reforçando a integralidade e a intersetorialidade para uma nova prática de saúde (novo modelo assistencial), a dubiedade do programa *versus* estratégia parece ainda não estar resolvida devido o PSF ser um "programa", com financiamento próprio e forma de contratação de pessoal próprio e não uma opção a mais a ser colocada para a abordagem dos problemas de saúde (RONCALLI, 2000).

Um aspecto debatido pelas DPNSB é a abordagem do PSF. O documento versa sobre a necessidade de ampliação das ESB, da qualidade de uma estratégia que representa a aplicação plena da universalidade, da equidade, da integralidade e do controle social, além de compreender todos os ciclos de vida da família. Estes princípios regem o SUS e nortearam a construção das DPNSB, evitando a associação do PSF com um "programa verticalizado, focalizado, reducionista e compartimentalizado" (BARTOLE, 2006). Na dimensão organizacional, o grau de satisfação é reduzido. As queixas remetem às dificuldades de: marcação de consultas, exames laboratoriais, especialistas, consultas odontológicas, tempo na fila de espera, horário de atendimento (nenhuma unidade funciona a noite e nos finais de semana) e outros. Na perspectiva dos profissionais, as dimensões que se destacam são o atendimento a uma clientela adstrita numa área determinada e o caráter preventivo e educativo do trabalho, embora eles tenham consciência da dificuldade da população em entender o funcionamento do PSF, por isso às vezes há resistências dos grupos (TRAD, 2002).

A implantação do PSF é paralela a um processo mais amplo de aprendizagem e compreensão acerca de uma nova perspectiva de atenção por parte da comunidade e dos profissionais (TRAD, 2002).

O PSF não faz uma opção pelo mais econômico e simples, não podendo ser visto como uma peça isolada do sistema de saúde, mas um

componente articulado com todos os níveis de complexidade, com ordenamento de encaminhamentos e racionalização do uso das tecnologias e recursos terapêuticos de altos custos.

O programa insere mudanças no financiamento do setor, pois no PSF o governo federal repassa recursos para estados e municípios a partir de um duplo cálculo: um fixo e um móvel do mecanismo de financiamento da atenção básica que se utiliza desse instrumento para redistribuir os recursos segundo as necessidades de saúde da população, e não segundo a produção de serviços de atendimento à população (pagamento por produção). Podendo aqui residir uma das maiores relevâncias do PSF (COHN, 2006).

O Programa de Saúde da Família dinamiza o SUS, na reorganização do sistema de saúde no Brasil. A expansão do programa demonstra que os gestores estaduais e municipais acatam seus princípios. O PSF iniciou em 1994 e cresceu nos últimos anos, consolidando sua estratégia. A sustentação depende da substituição da rede básica de serviços tradicionais nos municípios pela nova forma de trabalhar na saúde.

O programa movimenta a reordenação do modelo de atenção no SUS, produzindo resultados positivos e socialmente sensíveis nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. Sua prática é a de permitir às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente real e nova, em situações onde o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas. O fundamental é ter a consciência das diferenças sociais e culturais entre os profissionais do serviço e os usuários.

Para SILVEIRA FILHO (2006), o PSF pode contribuir para a consolidação do cuidado em saúde, que rebate o afirmado na 3ª CNSB em seus temas de que é preciso mudar a cultura da forma de trabalhar em saúde, pelo desenvolvimento do trabalho em equipe e pelo emprego de tecnologias leves de busca e acolhimento. A concepção ampliada do modo de trabalhar integra o PSF aos conhecimentos acerca dos determinantes sócio-culturais dos processos saúde-doença dos "indivíduos-família", ampliando as possibilidades dos planos de tratamentos.

Como um problema a destacar nos PSF apoiados e gerenciados por parceiros, cabe considerar que é preciso elaborar uma política de recursos humanos para que as pessoas que desempenham funções iguais não tenham salários diferentes como o recomendado na 8ª CNS, 1986.

Os usuários expressam um alto grau de satisfação em relação aos seguintes atributos: respeito, consideração, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da equipe. Esta satisfação se associa à facilidade de acesso ao profissional e às ações de saúde. São muito valorizados pelos usuários aspectos como: tempo dispensado pelos profissionais, qualidade, disponibilidade e competência das equipes. Ainda que de forma fragmentada, eles identificam que as equipes realizam um tipo de cuidado, que inverte o padrão da assistência tradicionalmente prestado pelo sistema oficial de saúde dominante (TRAD, 2002).

1.4.5 Centros de Especialidades Odontológicas¹⁸

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são unidades de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificadas como Clínicas Especializadas ou Ambulatórios de Especialidades. Constituem parte da ação do Programa Brasil Sorridente do Governo Federal lançado em março de 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal desenvolvida com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de assistência odontológica para a população.

Até o lançamento do Brasil Sorridente, em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos tratamentos especializados eram feitos pelo SUS. Os procedimentos realizados eram de baixa complexidade: exodontias, restaurações, pequenas cirurgias e aplicação de Flúor.

¹⁸ Fonte de dados deste item: Ministério da Saúde. [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/especialidades.php>

Os tratamentos realizados pelos CEO devem ser complementares aos oferecidos pela rede de atenção básica e pelo PSF com equipes de saúde bucal. As atividades são: diagnóstico bucal (ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal); periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento aos portadores de necessidades especiais e próteses. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento e encaminhamento aos CEO em casos de maior complexidade.

A implantação funciona por meio de parcerias, o MS faz o repasse de uma parte dos recursos, enquanto estados e municípios contribuem com as outras parcelas. O CEO após o credenciamento recebe recursos do MS, de acordo com a Portaria MS nº. 1.571 de 29 de julho de 2004.

De acordo com a Portaria nº. 1.063/GM de 04/07/2005 que revoga a Portaria nº. 1.570/GM e define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de CEO e a Portaria nº. 1.069/GM instituiu-se o financiamento dos CEO, conforme demonstrado na Tabela 23:

Tabela 23 – Valor de recursos repassados conforme tipo de Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2005.

CEO	Número de Cadeiras	Recursos de implantação	Custeio Mensal
I	3	R\$ 40 mil (Parcela única)	R\$ 6,6 mil
II	4 à 6	R\$ 8,8 mil à R\$ 50 mil (Mensal)	...
III	7 ou mais	R\$ 80 mil reais (Mensal)	R\$ 15,4 mil

Fonte: MS, 2005. [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: www.saude.gov.br

O gestor municipal e estadual, interessado em implantar um CEO deverá apresentar sua proposta à Comissão Intergestora Bipartite - CIB do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo I, II ou III. Caberá à CIB encaminhar solicitação de credenciamento dos CEO ao MS para apreciação e formalização em portaria específica, conforme o Quadro 21:

Quadro 21 – CEO implantados segundo Supervisão Técnica de Saúde e Portarias de credenciamento, município de São Paulo, outubro de 2007.

Supervisão	Tipo de CEO	Portaria de credenciamento
Campo Limpo	I	Nº770/SAS, de 23/12/2004
Guaianases	I	
Ipiranga	II	
Mooca	II	
Penha	II	
Santo Amaro	II	
Vila Mariana	II	
Pirituba	II	Nº2129/GM, de 04/11/2005
Casa Verde	II	Nº2443/GM, de 12/12/2005
Ermelino Matarazzo	II	
Freguesia do Ó	II	
Lapa	II	Nº2443/GM, de 12/12/2005
Socorro	II	
Vila Prudente	II	
Jabaquara	II	

Fonte: Ministério da Saúde. [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/mapa_centro_especialidades/sp.html

As políticas e diretrizes lançadas, em todos os níveis de governo, buscam melhorar o acesso e a assistência, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a garantir integralidade, equidade e universalização do acesso pela implantação de CEO e de LRPD.

Por outro lado, é preciso comentar que a especialização e a multiplicação de profissionais intervêm de modo fragmentado, não estabelecendo vínculo, e, por vezes, impedindo o compartilhamento da clínica. Ainda com relação ao excesso de demanda, como é o caso das especialidades, há sobrecarga dos profissionais e incentivos a múltiplos empregos (CAMPOS, 2006).

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

Além de CEO, está ocorrendo a tentativa de implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou parciais removíveis.

A ausência de dentes é um dos mais graves problemas da SB brasileira. Hoje 75% dos idosos são desdentados e entre 30 a 44 anos esse índice é de 30%. O MS registrou no país 5 mil adolescentes desdentados sem prótese, estima-se que haja carência de cerca de 8 milhões de próteses dentárias.

De acordo com o relatório “Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (2002-2003)”, a necessidade de próteses, segundo a faixa etária e por arcada, na Região Sudeste, Brasil, apresentou a seguinte distribuição:

Tabela 24 - Distribuição percentual da necessidade de próteses, por faixa etária, na Região Sudeste, Brasil, de 2002 a 2003.

	15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos	
	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Sudeste	5,5	16,3	3,1	65,2	26,8	50,7
Brasil	9,3	23,4	35,8	71	32,4	56,1

Fonte: Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais, Tabela 32 (MS, 2005).

A Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004 tornou o trabalho clínico de prótese um procedimento da Atenção Básica e indicou a necessidade de suporte para a rede especializada que garanta a confecção de próteses dentárias. Considerando a regionalização dos serviços de saúde no SUS.

De acordo com a Portaria nº 1572/GM de 29 de julho de 2004 que estabelece cadastramento, credenciamento e o pagamento de próteses dentárias em LRPD, o pagamento será por produção no valor de R\$ 30,00 por prótese total confeccionada. No caso das próteses parciais removíveis o valor pago é de R\$ 40,00 por unidade. Estes recursos são repassados

diretamente do MS para os municípios ou estados que possuam laboratórios credenciados, não comprometendo recursos de saúde já existentes, ou seja, recursos extra-teto.

1.4.6 Sistemas de Informação

A Tecnologia da Informação (TI) tem evoluído muito nos últimos anos e está cada vez mais presente no dia-a-dia das pessoas e das organizações, cuja ação transformadora pode ser entendida como:

“O sistema de informação (SI) tem o poder de mudar a forma de trabalho, tornando as organizações mais eficientes e produtivas, implica na homogeneidade das formas sociais em todos os lugares sob o novo sistema – uma “sociedade informacional” (CASTELLS, 2006, p.56).

Um SI pode ser definido tecnicamente como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informação para tomada de decisões e controle (LAUDON, 1997).

Informação é conhecimento, participação, instrução, direção conforme a 2ª CMSB (SMS, 2004).

O monitoramento das ações de saúde na atenção básica é realizado, pelo MS, de acordo com os Indicadores da Atenção Básica. Aos municípios e estados cabe pactuar metas para cada indicador da atenção básica, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços e situação de saúde da população. São considerados indicadores de saúde bucal pelo MS a cobertura da primeira consulta odontológica e a razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos. De acordo com a Portaria nº. 493/2006-MS, são considerados indicadores principais da atenção básica em SB a cobertura de primeira consulta odontológica programática e a cobertura da ação coletiva (escovação dental supervisionada). Como indicador complementar sugeriu-se a média de

procedimentos odontológicos básicos individuais e também a proporção de procedimentos odontológicos especializados relacionados às ações individuais (JUNQUEIRA, 2007).

A avaliação das ações e serviços constitui desafio permanente aos administradores dos serviços de saúde (NARVAI, 1996). Para que se possa avaliar de forma satisfatória, deve-se contar com um sistema de informações que possibilite análises periódicas sobre os serviços realizados, e as condições de saúde bucal da população, pois constituem insumos para o estabelecimento de políticas e prioridades.

Há um consenso entre vários autores sobre a importância da informação para avaliar o sucesso das políticas de saúde (MS, 2003). Informações de qualidade são capazes de revelar a realidade de serviços e ações de saúde e a epidemiologia da população, evidenciando vantagens e prioridades e para definir investimentos. As avaliações do processo de trabalho em saúde além de permitir correções de trajetória, devem ter um papel fundamental na capacitação de recursos humanos e na democratização do conhecimento (BROOK, 1996; VILLALBI, 2003) apud (MS, 2003).

O uso da tecnologia, como instrumento para a modernização da gestão pública, é entendido como apoio a formulação de políticas públicas que possam contribuir para a eficiência e a qualidade dos serviços públicos no MSP (SMG, 2006).

Informações de Saúde no MSP

Antes, a informatização em saúde era restrita ao processamento nos órgãos centrais e voltada para a emissão de relatórios. Atualmente, o DATASUS (Banco de Dados do SUS) disponibiliza informações que podem servir de subsídios para análise objetiva da situação sanitária e tomada de decisões baseadas em evidências para programação de ações em saúde.

Através do TABNET, é possível obter informações consolidadas ou específicas.

O Ministério da Saúde (MS), por força da Lei 8080 de 1990, tem atribuição legal específica para organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) para a construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde sendo este um dos objetivos setoriais do MS.

É fundamental que a Política de Informação e Informática em Saúde oriente o processo de informatização do trabalho em saúde, maximizando os ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia e gerando automaticamente os registros eletrônicos para os Sistemas de Informação de Saúde (SIS). Obtém-se, assim, maior confiabilidade para a gestão, prestação de serviços, geração de conhecimentos e controle social.

Para os gestores, há aperfeiçoamento na consolidação da gestão descentralizada do SUS, com planejamento de ações de saúde segundo as necessidades e demandas locais, agilizando a troca de informação com outros níveis de governo. Para tanto, usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada são parceiros estratégicos na produção e utilização das informações em saúde.

Informações em Saúde nas Diretrizes e CSB

As DPMSB (no item 1.3.5) tratam da avaliação e sistemas de informação destacando o documento do Ministério da Saúde de 1999 (SMS, 2006). Os SI complementam as ações em saúde, tornando viável a avaliação e planejamento dessa área. Para tanto, os profissionais devem conhecer a importância do preenchimento adequado das planilhas, além de desenvolver práticas de saúde que permitam o compartilhamento de informações sobre o trabalho com as famílias. Está, ainda, em discussão

quais indicadores seriam escolhidos ou criados para monitorar e avaliar todas as ações de saúde bucal (MS, 1999) apud (SMS, 2006).

As DPNSB, itens 2.4. e 2.5. confirmam o uso da informação em epidemiologia para subsidiar o planejamento. Sendo que estes registros devem ser de fácil preenchimento para que sejam confiáveis e contínuos.

Na 2ª CMSB, no Eixo 1.1 'Informação e Comunicação', os conteúdos dos itens 15 a 18 consideram que as informações são bens públicos e direito dos cidadãos, devem ser de fácil acesso e entendimento, para popularizar a educação em saúde, a divulgação deve ocorrer pelos Boletins Oficiais da SMS, Unidades de Saúde e Conselhos de Saúde e estarem disponíveis em outros meios de comunicação. A informação em saúde deve subsidiar o planejamento de orçamentos, que viabilizem a resolução de problemas de saúde e dos reais problemas que afligem a população. A 3ª CNSB em diversos momentos discursa sobre a necessidade de disponibilização à população de informações sobre recursos e financiamentos em saúde bucal. Em alguns momentos esses argumentos são veementemente cobrados como nos itens 6 e 20 do Eixo 1 'Educação e Construção da Cidadania', sendo que o item 41 propõe incluir dados de saúde bucal no cartão SUS. Na 3ª CNSB, o item 18 do Eixo 2 'Controle Social, Gestão Participativa e SB' tem como proposta que se disponham as informações em saúde em todos os espaços sociais, permitindo que a comunidade conheça a sua própria realidade. O item 23 do Eixo 4.2 'Organização da Atenção em Saúde Bucal' propõe desenvolver um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em SB, que facilite a realização de levantamentos epidemiológicos, tanto nacionais quanto em nível loco-regional.

Registros de Procedimentos

Apoiar a prática profissional, facilitando e organizando os registros rotineiros, oportunizando a realização de consultas e relatórios sobre as

informações produzidas, facilitando o agendamento, a referência e a contra-referência de usuários estão entre os usos potenciais mais importantes da informação e da informática em saúde. Recursos como: registro eletrônico de saúde, protocolos clínicos e programáticos, alertas, notificações, sistemas de apoio à decisão e consulta assistida à distância (Tele-Saúde) aprimoram o trabalho dos profissionais de saúde, beneficiando, em consequência os usuários do SUS. Da mesma forma, a facilidade de acesso e o apoio à produção de conhecimento científico, a capacitação e a educação continuada, ensino à distância, educação em saúde da população, avaliação e desempenho de profissionais, equipes e serviços, juntamente com a análise da situação de saúde da população, deverão ser priorizadas pela política de informação para apoiar a prática profissional.

Os gestores das três esferas de governo, em articulação com os da área de Informação e Informática em Saúde, deverão congregiar e coordenar os esforços institucionais no sentido de colocá-la a serviço do SUS.

Um processo comum aos sistemas de informação em saúde brasileiros é a instituição de um instrumento, impresso em papel, para coleta adicional dos registros profissionais e administrativos, duplicando o trabalho de registro rotineiro de dados (ainda utilizado e chamado de Mapa de Produção). Este re-trabalho e a digitação posterior dos dados aumentam a probabilidade de erros e vieses na informação produzida e utilizada para a tomada de decisão.

O uso de coletores eletrônicos, que dispensam a transcrição digital dos dados, não tem solucionado o problema do re-trabalho por que não coletam os dados necessários aos processos de trabalho em saúde, requerendo a continuidade dos registros manuais, como o citado.

Os Mapas de Produção Ambulatorial em odontologia utilizados no Município de São Paulo foram elaborados pela SMS na Área Técnica de Saúde Bucal. Têm campos para registro dos procedimentos na Atenção Básica em SB, sendo os registros realizados pela coordenação, supervisão e em cada unidade e período.

Nos mapas são registrados dados importantes para o planejamento e a gestão da saúde bucal que necessitam contínuo monitoramento, controle e avaliação. Essas informações são para a construção de indicadores, como a da primeira consulta odontológica (acesso) e de tratamentos: inicial, de manutenção, completados, de controle de doenças bucais. Além desses itens também há o monitoramento de visitas domiciliares e dos encaminhamentos para especialidades.

São registrados os procedimentos considerando: faixa etária, a quantidade de usuários agendados e atendidos em urgência, os faltosos e ainda características como: cor, raça e etnia. Há campos para registro das ações educativas na comunidade ou em grupos na unidade, com anotações das horas trabalhadas. Na média e alta complexidade também são efetuados os registros em mapas específicos para cada especialidade.

A equipe auxiliar (ACD e THD) preenche individualmente mapas com os registros de suas atividades e das ações individuais e coletivas, incluindo: orientações educativas em grupos, visitas domiciliares e escovações supervisionadas, com a distribuição de horas por tipo de atividade.

1.4.7 Relações com outras Secretarias

O trabalho em equipe pode ser comparando a uma corrente, cuja eficácia depende de todos os seus elos. Esta metáfora chama atenção para a interdependência do trabalho em saúde, sendo válida tanto para o serviço de saúde com seus profissionais quanto para o sistema de saúde com seus serviços (CARVALHO e CUNHA, 2006).

É imprescindível unificar ações para ampliar o conceito de saúde. As equipes multidisciplinares (médicos, nutricionistas, cirurgiões-dentistas e auxiliares) necessitam trabalhar juntos incluindo atividades transversais entre as secretarias no sentido de cooperação.

A intersetorialidade é fundamental para o sucesso das ações em saúde. A plena integração entre a saúde e a educação garante a atenção primária desenvolvida pelo SUS. Cabe a ele implementar a assistência individual e a realizar procedimentos coletivos em espaços sociais (escolas).

A proposta para este item era constatar as relações entre a Secretaria Municipal de Saúde com outras secretarias, em especial com as de Educação e do Abastecimento, no entanto, esta última foi extinta pelo Decreto 45.683 de 02/01/2005. A merenda escolar anteriormente gerenciada pela Coordenadoria de Alimentação e Suprimentos passou a ser coordenada pelo Departamento de Merenda Escolar (DME) na Secretaria Municipal de Gestão (SMG).

O Papel da Escola e os Procedimentos Coletivos

O papel que a escola exerce é fundamental na socialização do indivíduo. O ambiente escolar permite a apresentação de práticas que consolidem a importância de hábitos saudáveis, propiciando bem estar e qualidade de vida presente e futura. Nesse ambiente de aprendizagem é que os agentes promotores de educação em saúde bucal podem encaminhar ações que serão projetadas nos comportamentos das crianças.

Procedimentos Coletivos (PC) são conjuntos de atividades desenvolvidas com grupos populacionais em espaços previamente definidos. São realizados pelo serviço público e/ou instituições universitárias, através das US do SUS, visando o controle epidemiológico do grupo (SES, 1996; SAS, 2001).

Os PC voltados para escolares são praticados há décadas, junto a programas curativos e atividades preventivas realizadas nas escolas e têm se mostrado como instrumentos válidos na prevenção e educação em saúde, considerados por NARVAI (2000) como responsáveis pela redução da cárie. Foram incluídos nos Procedimentos de Atenção Básica (PAB) pela

Portarias 166 e 18, de 31/12/97 e de 21/01/99 respectivamente, do MS. Indicam a gestão das Programações Pactuadas Integradas (PPI) para a população de 0 a 14 anos.

No MSP há legislação específica para o atendimento aos pré-escolares e escolares da rede municipal, sendo que as creches têm prioridades, pelas Leis 13533/2003; 13780/2004 (Dec.45.986/2005) e 14080/2005 (SMS, 2006).

Para a operacionalização dos PC em escolas é necessária a identificação da unidade de saúde que cobre a área e o contato direto com a direção da escola e funcionários.

É importante realizar reuniões com os pais e professores para esclarecer e dirimir dúvidas. O conhecimento do espaço físico, dos recursos disponíveis, qualidade e natureza da merenda e produtos comercializados em cantinas também se fazem necessários. No final do período do ano letivo escolar é feita uma consolidação das informações dos procedimentos realizados com cálculos de indicadores de cobertura (SMS, 2006). Os dados são enviados ao MS para que junto com um cadastro dos alunos haja comprovação das atividades.

Ações coletivas de saúde bucal reúnem profissionais da odontologia em projetos preventivos nas escolas, onde promovem a orientação e escovação supervisionada, além da triagem para restaurações atraumáticas quando necessárias e encaminhamentos às US a partir de critérios de risco.

Os programas de educação em saúde bucal em escolas devem integrar a promoção da saúde com atividades cotidianas da escola, capacitando os professores para orientações aos alunos. As tendências desses programas são para ações preventivas (bochechos fluorados e práticas educativas pontuais), de mobilização e conscientização para o autocuidado.

Durante a realização das atividades, podem ocorrer dificuldades devido ao despreparo das equipes de saúde bucal quanto à comunicação, além de outras dificuldades como: falta de materiais para distribuição aos

participantes e escovódromos (locais para o exercício das escovações), entre outros.

As escolas municipais de SP promovem anualmente (desde 2005) a Semana Promotora de Saúde nas Escolas para ações de saúde e prevenção de doenças. O evento é organizado pelas SME e SMS, e dentre outras, inclui ações coletivas de saúde bucal com escovação supervisionada e triagem com encaminhamentos às UBS. Um dos elementos fundamentais do programa é o entendimento de que as escolas e as US devem desenvolver relações para otimizar os recursos locais numa ação integrada e articulada para a construção de ambientes favoráveis à saúde¹⁹.

Outros programas do gênero avaliam as condições de saúde dos alunos, detectando casos de problemas bucais, de desenvolvimento ou nutrição. As escolas funcionam como um elo entre o trabalho da SMS e os pais dos alunos. No caso de encaminhamento, deve-se cumprir as indicações dos profissionais levando as crianças às consultas agendadas e mantendo o acompanhamento recomendado²⁰.

Merenda

Um tema a se destacar é a alimentação escolar. O Programa de Alimentação Escolar no MSP teve início em 1935, sendo, portanto, um dos mais antigos programas sociais desenvolvidos por um município brasileiro e um dos mais importantes, devido ao grande número de refeições fornecidas (cerca de 1.500.000/dia), faz parte da política de segurança alimentar e nutricional²¹.

A cultura alimentar de uma população muda por causas econômicas, sociais, demográficas e tem relação intrínseca com a saúde. O século XX foi

¹⁹ Fonte: PMSP. [acesso em 05 out 2007]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br>

²⁰ *idem*

²¹ *ibidem*.

marcado por uma alimentação rica em gorduras, açúcares e alimentos refinados, que causaram impactos negativos para a saúde geral e bucal.

As políticas públicas de educação em saúde têm um papel importante na busca de educação para a alimentação saudável e manutenção da saúde bucal. Contribuiria para isto a correta elaboração de cardápios da merenda escolar, pois embora a fluoretação das águas de abastecimento tenha colaborado para a diminuição da prevalência de cárie em escolares, a merenda pode interferir negativamente nesses indicadores causando problemas de outra natureza.

Atualmente, a alimentação escolar é terceirizada, as empresas são contratadas por meio de licitações realizadas pelo município pela Secretaria Municipal de Gestão. A responsabilidade de elaboração do cardápio é de nutricionistas, que são as responsáveis técnicas pela prestação do serviço de nutrição. Os cardápios são publicados no Diário Oficial da Cidade e pela *internet*.

Dentre os membros dessas comissões de elaboração de cardápios não há participação de cirurgiões dentistas. Esse fato foi objeto de discussão entre os profissionais da saúde bucal na 3ª Conferência Estadual de Saúde Bucal devido à presença de alimentos cariogênicos na merenda escolar, como parte do processo de educação alimentar e nutricional, conforme o item 16 do Eixo – Organização da Atenção a SB.

1.4.8 Parcerias

Em políticas de saúde não se pode pensar em dicotomias e antagonismo e não se pode atribuir causas únicas e unilaterais (COHN, 2006). O Estado deve se empenhar em desenvolver ações de manutenção, fortalecimento, prevenção e recuperação da saúde.

Diante disso e dos desafios colocados atualmente pelos processos de saúde-doença, o enfoque da saúde pública parte para uma concepção

ampla desse processo, apontando aos requisitos para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000).

Ao se considerar a saúde como algo amplo e não apenas a ausência de doenças, as estratégias de intervenção deslocam-se do eixo individual para a atuação sobre o uso da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

Numa visão contemporânea, do conceito ampliado da saúde, emerge o compromisso de promover ações de empoderamento da população voltadas à promoção da qualidade de vida e ao auto-cuidado.

Auto-cuidado é apenas uma das dimensões do sujeito autônomo, no entanto, ao se problematizar o tema em relação aos outros, possibilita-se reflexões, abrindo espaço para reconstrução da rede de vínculos do sujeito sobre o cuidado (CAMPOS, 2006).

No contexto da rede de vínculos, surgem os programas de promoção da saúde baseados no conceito de interdisciplinaridade, como proposta da forma de construir políticas públicas envolvendo as parcerias entre diversas áreas. Estes programas têm como objetivo: implantar políticas de promoção da saúde, reorientar, articular e programar ações, interferir positivamente na qualidade de vida da população, estimular o autocuidado, reduzir riscos e vulnerabilidades que ameaçam a saúde da população e estabelecer como eixo os princípios e diretrizes do SUS.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) define a intersetorialidade como articulação de distintos setores para pensar as questões complexas da saúde, sendo a garantia da saúde um direito, devem acontecer mobilizações para formulação de intervenções que a propiciem (MS, 2006).

O termo intersetorialidade tem sido utilizado no Brasil, principalmente, a partir da década de 1990, gerando expectativas de reordenamento das políticas públicas que introduzam a saúde nas agendas de todos os setores e níveis governamentais.

Algumas práticas dos serviços setoriais (incluindo a saúde) reproduzem as desigualdades sociais com a falta de acesso (por exclusões em triagens

ou por falta de oferta desses serviços). A transformação do modelo governamental setorial para o intersetorial é um caminho para o enfrentamento dos atuais problemas da saúde coletiva (incluindo a SB) como uma proposta possível.

Há também aspectos conjunturais contemporâneos que apontam para novas demandas e necessidades sociais, às quais requerem tanto a formas de gestão, quanto a processos de trabalho.

Os governos municipais têm um papel de assessoria aos gestores, parceiros e profissionais da saúde, na realização dessa interface intersetorial. A implantação dessa interface pode ter sua efetividade acompanhada por monitoramento em consonância com os princípios do SUS.

As demandas da população requerem diferentes tipos de ações resultantes da intersecção de duas ou mais políticas setoriais, o que consiste no equilíbrio entre os diferentes tipos de intervenção, de forma a melhorar a qualidade de vida das populações.

A interação entre setores não pode ser vista como abstrata, pois significa a interação entre pessoas, sendo necessária a troca de informações e conhecimento entre serviços de saúde, parceiros e população.

Uma característica das parcerias é o seu caráter amplo nas intervenções que envolvem os diferentes grupos sociais e instituições, com seus diversos conceitos e valores. No entanto, pode haver despreparo dos profissionais de saúde quanto às práticas de comunicação e informação no desenvolvimento das ações com parcerias inter-institucionais. Para contornar estas dificuldades a divulgação de ações e experiências exitosas, promove capacitação e sensibilização de profissionais da saúde, e da própria comunidade para serem agentes multiplicadores dessas políticas, como preconizam as CSB. Para tanto, existem os pólos de desenvolvimento e capacitação para as equipes e profissionais de saúde.

A prática das parcerias em SB no MSP se faz mediante envolvimento de Fundações e Organizações Sociais (OS).

A Fundação Zerbini, Fundação UNIFESP, Santa Catarina, Santa Marcelina e outras são exemplos de parceiros na área de saúde.

Parcerias com Instituições de Ensino Superior

A parceria dos serviços do SUS com as instituições de ensino e pesquisa da área de saúde bucal têm apresentado funções relevantes, que trazem a experiência e o uso de tecnologias, que as referidas instituições dominam, para contribuir com a comunidade sem custos adicionais. Essa política de cooperação fortalece as mudanças nas Universidades, ao adequar o ensino e a pesquisa ao exercício profissional.

A 2ª CMSB em seu item 56, Eixo 1. 46 reforça esta idéia com a proposta de comissões intersetoriais que incluam instituições de ensino superior. E no item 67 do Eixo 3, o intercâmbio entre os serviços de saúde, as universidades e escolas de ensino superior, cumpre o estabelecido na lei 8.080/90, que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde promover atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população.

As mudanças na formação e desenvolvimento de profissionais variam com diversificação de cenários de ensino-aprendizagem e alianças estratégicas que atendam as necessidades de saúde da população.

A articulação dessas estratégias para enfrentar os desafios, gera uma cooperação mútua, sendo as IES contempladas na boa formação dos futuros profissionais.

A Semana Promotora de Saúde nas Escolas é realizada com a colaboração de institutos de ensino superior para ações coletivas de saúde bucal além de outras ações de saúde. As parcerias se materializam na realização de “pré-triagens” resolutivas, com uma identificação de casos a

serem encaminhados às US e aos serviços especializados, num sistema de referência e contra-referência.

1.4.9 Programas Especiais

Partindo-se do pressuposto que a saúde bucal é parte integrante e indissociável da saúde geral dos indivíduos, torna-se imprescindível o conhecimento do perfil epidemiológico das doenças bucais de certas populações, tradicionalmente excluídas de cuidados básicos em âmbito geral da atenção integral à saúde (FRATUCCI, 2002).

É fundamental estabelecer formas de intervenção e efetivar ações de natureza coletiva que venham promover e manter a saúde bucal dessas comunidades, recuperando e devolvendo parte dos aspectos sociais negligenciados com a instituição de Programas Especiais. Para tanto, deve-se garantir o estabelecimento de programas de atendimento não-mutilador, universal, integral, com equidade, e que preserve as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo indígena ou quilombola (NARVAI, 2006).

É preciso que gestores de SB não apenas conheçam as áreas da odontologia (Sanitária, de Mercado, Social e Preventiva) como as levem em consideração ao definir a agenda para a saúde bucal coletiva, para suprir as necessidades daqueles cujas vontades se expressaram democraticamente na 3ª CNSB (NARVAI, 2006).

Ao formular propostas para o declínio da cárie dentária é preciso atenção para alguns grupos excluídos da terra, do poder e da saúde. Inserem-se nesses grupos as comunidades indígenas que, segundo a história, têm um sensível aumento da prevalência de cárie dentária, relacionado ao “papel civilizador do açúcar” (FRATUCCI, 2002). Dentre as populações especiais estariam também as denominadas de “quilombolas”.

O resultado da pesquisa de ANDRÉ (2006) evidenciou que a percepção dos atuais gestores em relação às competências para gerir uma UBS contempla uma visão simplista e existe um despreparo dos gerentes em identificar as diferenças existentes. Isto influencia o modo de operacionalizar as estratégias e a dinâmica das equipes, contribuindo para a ineficácia e ineficiência de processos e programas.

O município conta com programas especiais para grupos regulares de: gestantes, bebês, pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos, idosos, hipertensos, diabéticos, grupos de caminhada e outros. Além desses grupos há também atendimentos definidos por prioridades em razão da condição de cada indivíduo, denotada pela sua vulnerabilidade. No planejamento ao atendimento dos grupos deve-se levar em consideração a abordagem de comportamentos que levam à fatores de risco para doenças bucais, como: relação entre o uso de tabaco e álcool com a doença periodontal e câncer bucal; consumo elevado de carboidratos com a cárie dentária; gravidez com sangramento gengival e granuloma gravídico, conforme preconizado nas DPMSB (SMS, 2005a).

No Brasil, destaca-se também a atenção aos problemas da terceira idade, incluindo os levantamentos epidemiológicos específicos para esta faixa etária (CARNEIRO, 2001) e vagas asseguradas aos idosos em consonância à legislação específica que os protege. Atendendo a esta demanda e a prevalência de câncer bucal nesse grupo, o MSP realiza anualmente “Programa de Prevenção ao Câncer Bucal” ocorrendo na ocasião da vacinação dos idosos contra o vírus da gripe.

Considerando-se as prioridades definidas pela NOAS 1/2002, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a legislação municipal vigente sobre o atendimento às crianças pré-escolares e escolares, 40% das vagas nas UBS devem ser destinadas à população de 0 a 14 anos. As demais vagas são distribuídas aos maiores de 14 anos, levando-se em conta as outras prioridades: idosos, portadores de doenças crônicas (diabetes e hipertensos), portadores de HIV e outros (encaminhados pela equipe multiprofissional ou os identificados pelo risco nas atividades grupais da

própria unidade). A Constituição garante universalidade do acesso às ações e serviços de saúde (SMS, 2006). A área técnica de saúde bucal da SMS do MSP vem elaborando documentos que se constituem em diretrizes municipais para saúde bucal. Após o primeiro documento lançado em 2005, outro foi apresentado em 2006, ambos intitulados “Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal” e destinados para os grupos da população infantil, adolescente, adulta e idosa. Em abril de 2007 foi apresentado o projeto “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal”, para a atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). Este projeto particulariza a atenção à saúde bucal à gestante e à criança, devido às suas peculiaridades, e está integrado ao Programa Mãe Paulistana (SMS, 2005a; SMS, 2006; SMS, 2007).

1.4.10 Uso do Flúor

Hoje, está comprovado que o Flúor é um elemento associado ao processo preventivo contra a perda de minerais do esmalte dos dentes, e que os deixam mais resistentes à ação de agentes nocivos. Conforme RAMIRES (2005)²², as propriedades preventivas do Flúor foram descobertas a partir de investigações e observações sobre o seu efeito no esmalte dentário em desenvolvimento, resultante da sua ingestão. Desde a descoberta de que a fluoretação da água poderia ser útil em larga escala para proteção do esmalte dos dentes esta medida vem sendo utilizada como meio de proteção à cárie.

A água de abastecimento público, a água engarrafada, os dentifrícios, os produtos odontológicos fluoretados, alimentos e bebidas produzidos com água fluoretada são importantes fontes de ingestão de Flúor, sendo a água de abastecimento considerada a de maior impacto e alcance (RAMIRES, 2005).

²² Ramires I, Buzalaf MAR. Flúor e fluoretação da água de abastecimento público. Bauru: [s.n.];2005.

Para RAMIRES (2007) a fluoretação é a adição controlada de um composto de Flúor à água de abastecimento público para elevar a concentração do mesmo a um teor predeterminado para atuar no controle da cárie dentária.

O Flúor na água de abastecimento pode promover 60% de redução de cárie, em média. A associação da água tratada ao impacto epidemiológico na redução da prevalência e severidade da cárie dentária pode ser considerada uma das medidas mais amplas de promoção de saúde com vistas à saúde bucal (NARVAI, 1998; FRIAS et al. 2006).

O governo brasileiro determinou que a fluoretação da água para abastecimento público seria obrigatória, segundo a Lei Federal 6.050/74. No tópico 1.3.5 mostrou-se a evolução do uso do Flúor sob o enfoque dado pelas Conferências de Saúde Bucal.

A Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), em sua *home page*, diz que o tratamento de água de um sistema de abastecimento público é feito com a finalidade principal de evitar doenças na população. Dentre elas consta a cárie dentária, onde o Flúor é o elemento essencial que dará proteção contra essa doença. Segundo a companhia, estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revelaram que para cada dólar investido em fluoretação, são economizados 50 dólares necessários aos processos de tratamento dentário e despesas indiretas ²³.

No segundo trimestre do ano de 2007, segundo o Conselho Regional de Odontologia e do Estado de São Paulo (CROSP, 2007), todos os municípios do estado de São Paulo atendidos pela SABESP apresentavam com o teor supostamente adequado de Flúor na água.

Em outubro de 1985 teve início a fluoretação das águas na cidade de São Paulo, com o heterocontrole dos teores de Flúor a partir de 1992. O heterocontrole é compreendido como o princípio segundo o qual um bem ou serviço qualquer implica risco ou representa fator de proteção para a saúde

²³ Fonte: SABESP. [acesso em 14 set 2007]. Disponível em: <http://www.sabesp.com.br>

pública, além do controle do produtor sobre a produção, distribuição e consumo, devendo haver controle por parte do Estado (NARVAI, 2000).

Em 1990 foi organizado, pelo município, o Sistema Municipal de Vigilância Sanitária de Fluoretação das Águas. Foram definidos pontos de coleta periódica de água, em dias definidos ao acaso, este foi o primeiro sistema de heterocontrole que se tem notícia no país (NARVAI, 2000).

A partir de então, as amostras colhidas da água fornecida à população eram submetidas à medição do teor de Flúor. O teor adequado gira em torno de 0,7 mg/L, ou 0,7 ppm dada a temperatura média do local e a expectativa de uma redução de 50% na incidência de cárie, sem submeter a população a nenhum risco à saúde (NARVAI, 2000). Os valores são obtidos quando as amostras são colhidas e classificadas, conforme o apresentado na Tabela 25:

Tabela 25 - Classificação das amostras de água segundo o teor de Flúor, Estado de São Paulo, 1995.

Teor de Flúor	Concentração
Até 0,59 mg/l	Inaceitável
0,60 mg/l	Mínima aceitável
0,70 mg/l	Ótima
0,80 mg/l	Máxima aceitável
0,81 a 1,19 mg/l	Inadequada
1,20 mg/l	Limite
1,21 mg/l	Inaceitável

* ppm (por parte de milhão) = mg/litro

Fonte: Tabela baseada na Resolução SS-250, de 15/08/1995. Diário Oficial do Estado de São Paulo 1995; 16 ago.

Um estudo no MSP elaborado por FRIAS et al. (2006) analisou os custos da fluoretação e observou que o gasto para proteger moradores da cidade desde a implantação do sistema de fluoretação até 2003 (período de 1985-2003) foi de R\$ 14.170.458,41, equivalente a R\$ 1,44 (US\$ 0,97) por habitante. Valor expressivamente menor do que o custo de uma restauração dentária, confirmando-se o baixo custo da medida frente ao importante benefício que ela proporciona.

A constatação da fluorose dentária precedeu a fluoretação da água de abastecimento público (RAMIRES, 2005) ²⁴, portanto, não pode ser considerada como a causa fundamental. Como visto na Tabela 25, as águas ideais para consumo devem conter 0,7 mg/L de Flúor. Um teor fora desse intervalo se caracteriza como fora do "Padrão de Potabilidade".

Segundo NARVAI (1998), encontrar algum teor de Flúor em águas é freqüente, podendo teor variar ocasionando águas hipofluoradas ou hiperfluoradas. Quando hipofluoradas, as águas não protegem contra as cáries. Se hiperfluoradas colocam em risco a saúde de crianças com dentes em formação, causando fluorose dentária.

O consumo do Flúor na água mineral tem sido pesquisado, devido à falta de controle de sua concentração em algumas marcas e o impacto que isso pode causar (a longo prazo) nos dentes das crianças. Segundo análise feita há 11 anos por VILLENA et al. (1996) com 104 marcas de água mineral, constatou-se que as concentrações variaram de zero a 4,4 ppm de Flúor nessas amostras. No estudo ficou comprovado que algumas distribuidoras não destacam nos rótulos a concentração de Flúor e outras apresentam garrafas contendo líquido com baixo teor de Flúor (sem benefício para os dentes).

Outra pesquisa recente, como a feita por SILVA et al. (2005), dentro das limitações do estudo, concluiu que há necessidade de regulamentação dos teores adequados de Flúor nas águas engarrafadas, pois há marcas com elevada concentração, podendo causar fluorose dental severa (manchas brancas) e outras que, embora declarem nas embalagens "água fluoretada" apresentam baixo teor de Flúor (sem benefício para os dentes).

Segundo a Associação Brasileira da Indústria de Águas Minerais (ABINAM) citada por MOURA (1999) apenas 0,07% do total da produção de água mineral contém o Flúor em sua composição. Isso ocorre porque o Flúor na água de fontes minerais é natural, logo algumas fontes não têm em sua composição o Flúor, que também não é adicionado artificialmente.

²⁴ Ramires I, Buzalaf MAR. Flúor e fluoretação da água de abastecimento público. Bauru: [s.n.];2005.

De acordo com a Lei Municipal nº. 12.623/98 Art.1º, é proibida a comercialização de água mineral com teor de Flúor acima de 0,8 mg/L no município, com multa aos infratores, no entanto não há estudos que comprovem que a Lei é cumprida e não há penalidade para teores abaixo do recomendado.

A proposta C da 2ª CMSB no Eixo 1.1 é a de garantir o acesso da população à água tratada e adequadamente fluoretada.

As DPNSB de 2004, no item 5.1 afirmam: é preciso garantir acesso a escovas e a pastas fluoretadas, e ampliar a fluoretação das águas garantindo teores adequados nos termos da Lei 6050 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. O item 5.1.4 das DPNSB trata da aplicação tópica de Flúor que visa à prevenção e controle da cárie através da utilização de produtos fluorados em ações coletivas, recomendada para populações nas quais se constate situações de risco como: a exposição à água de abastecimento sem Flúor ou com baixos teores (até 0,54 ppm F); Flúor na água há menos de 5 anos; CPO-D maior que 3 aos 12 anos de idade e menos de 30% de indivíduos livres de cárie aos 12 anos de idade. Nas DPMSB, também, se considera como ação de Promoção e Proteção de Saúde a fluoretação das águas de abastecimento (SMS, 2005a; SMS, 2006).

Considerando-se que a fluoretação das águas de abastecimento tem custo social econômico *per capita* suportável, atua no perfil epidemiológico da cárie e diminui a desigualdade social no acesso, beneficiando a população, assim sendo contribui para melhorar a qualidade de vida e aumentar a “auto-estima” das pessoas evitando sorrisos mutilados. Portanto, é uma ação de alta eficiência, baixo custo relativo e grande benefício social (FRIAS, 2006).

1.4.11 Materiais e Produtos para Higiene Bucal

Os produtos básicos para higiene bucal são: a escova dental, o dentífrico e o fio (fita) dental. Colutórios e escovas especiais para próteses dentárias também podem estar incluídos nesse conjunto dependendo de condições individuais. Dentífricos (“pasta de dentes”, “cremes dentais”) são apresentados sob várias formas: pós, pastas e géis.

Em 1986 a 1ª CESB, o tema 4 ‘Financiamento do Setor’ no item 5, propôs caracterizar materiais e medicamentos odontológicos como não-cosméticos para a fiscalização Sanitária da Divisão de Medicamentos da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, facilitando o acesso devido serem instrumentos indispensáveis para a manutenção da saúde (NARVAI, 1998). A norma brasileira sobre escovas dentais segue a Portaria nº 97/MS/SVS de 1996.

Ainda há necessidade de um protocolo de ações que deve ser estabelecido em relação à administração, acondicionamento e distribuição dos materiais de higiene bucal coletiva, para que uma padronização possa ser adotada no SUS. A estratégia pode partir do ponto de se encontrar um material que atenda as normas de vigilância sanitária e possa ser padronizado.

Há importância nas formas de orientar o acondicionamento e distribuição do material de higiene bucal (*kits* coletivos) utilizado em escolas e creches, relacionando questões de armazenamento, higiene, praticidade e custo.

Os governantes e os profissionais ligados à saúde e educação devem ter em mente que a prática da saúde bucal coletiva é algo relevante, que deve ser tratada com a devida atenção. Para o sucesso dos programas, a preocupação não se resume apenas no fornecimento do material, mas em toda a logística da atividade, pois programas baseados unicamente na distribuição de escovas comprometem a relação custo-benefício ao serem acondicionadas de forma inadequada. A escova dentária deve ser

armazenada em local adequado, para que não se transforme em depósito de microrganismos (SALES-PERES, 2006).

A Secretaria Estadual de Saúde no documento das diretrizes estaduais da saúde bucal em 1995 trata da implantação de um sistema de controle de produtos para garantir qualidade, desde a produção até o consumo (SES, 1995a).

Laboratórios públicos do Estado de São Paulo, como a Fundação para o Remédio Popular (FURP), por exemplo, poderiam fabricar materiais de higiene bucal, desde dentifrícios até compostos fluorados, pois, além de diminuir custos no SUS, atuariam como agentes reguladores do mercado.

A compra desses materiais, pelo município, por meio de licitações, que são articulações integradas às políticas de saúde bucal municipais, pode dar resultados satisfatórios, comprovados por pesquisas epidemiológicas, como demonstram os estudos sobre armazenamento e distribuição de produtos relacionados à saúde bucal (SES, 1995a).

A 3ª CNSB no Eixo 4.1 item 24.b), propõe a garantia de isenção de impostos na compra de insumos e equipamentos odontológicos, bem como de escovas, fios e cremes dentais.

A produção de insumos que possam compor uma cesta básica de substâncias profilático-preventivas deve ser estimulada. Desta forma, o acesso da população a métodos eficazes para manutenção de sua saúde seria facilitado, ao mesmo tempo em que diminuem os custos desses produtos, quer para o consumidor privado quer para os Sistemas Locais de Saúde (SES, 1995a).

É de conhecimento de gestores, administradores e técnicos do serviço público odontológico, que as ações de saúde bucal coletiva, são de extrema importância para o sucesso de programas de saúde dentro do SUS. Desta maneira, a higiene bucal coletiva diária nos espaços sociais deve ser amplamente preconizada não se resumindo apenas na distribuição de escova e dentifrícios aos escolares (SALLES-PERES, 2006).

O documento base da 2ª CMSB, em seu item 14 propõe a garantia de insumos necessários para o desenvolvimento de PC nas unidades básicas de saúde e em todos os espaços sociais onde estes se desenvolvam.

O documento das Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal do MSP, item 1.1.1.2. preconiza que na escovação dentária supervisionada para os PC, deve-se considerar: distribuição de uma escova dental por elemento do grupo e disponibilização de um tubo de creme dental para cada 30 elementos do grupo (SMS, 2006).

1.4.12 Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

As diretrizes do MS para a organização da Atenção à Saúde Bucal no SUS resultaram de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentaram-se nas propostas e relatórios das Conferências de Saúde Bucal, congressos, encontros de odontologia e de saúde coletiva. O intuito primordial deste documento constitui a redefinição do modelo de atenção de modo a ampliar o acesso.

As DPNSB constituem o eixo de uma política de saúde exclusiva para a área de saúde bucal de abrangência nacional, portanto inédito no país. O objetivo foi o da reorientação ideológica e prática da saúde bucal brasileira, conduzindo a novas formas de trabalho, resolução de problemas e demandas no encontro dos saberes entre usuários e profissionais.

Na saúde bucal, em todos os níveis de atenção, a concepção de saúde deve ser centrada na promoção da qualidade de vida, intervenção nos fatores de risco e na assistência à doença, com incorporação de programas abrangentes e intersetorialidade. Dentre os diversos pressupostos para a reorientação do modelo de ASB, serão apresentados a seguir alguns dos principais (MS, 2004a).

As ações devem ocorrer conforme o conceito ampliado de saúde, definido no Art. 196 da Constituição da República, norteando mudanças nos

serviços e avançando para um modelo de atenção integral à saúde, onde se incorporem ações de promoção, proteção e recuperação. Com a qualificação da atenção básica deve advir à garantia de resolutividade, em qualquer que seja a estratégia adotada no município e uma articulação com toda a rede de serviços.

A integralidade nas ações de saúde bucal deve articular o individual com o coletivo e promover a saúde por meio de prevenção, tratamento e recuperação, incluindo urgências. As ações também devem ser precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença, com abordagem familiar e avaliação de riscos à saúde.

A instituição de planejamento balizado por informações epidemiológicas e territoriais adequadas, implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos. Para o documento das DPNSB é indispensável atuar na Vigilância à Saúde e acompanhar os determinantes do processo saúde-doença, por meio também de ações intersetoriais.

A citação de definições de responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visa à formação imediata de pessoal auxiliar (possibilitando a implantação das equipes de saúde bucal no ESF) para a reorientação do modelo de atenção.

A definição de uma agenda de pesquisa científica tem como objetivo investigar epidemiologia da saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e a tecnologia necessária para as ações em todos os níveis de atenção.

O desenvolvimento de ações, visando o “cuidado em saúde bucal”, acompanha os princípios do SUS, universalidade, integralidade, equidade, gestão participativa de usuários, trabalhadores e prestadores. Além desses há os princípios da ética em saúde, atenção à demanda reprimida com prioridade aos casos de dor, infecção e sofrimento.

A prática do acolhimento é reiterada nas DPNSB, com ações que considerem o usuário em sua integralidade bio-psico-social, humanizando as relações e contribuindo para a resolutividade. O estabelecimento de vínculo produz qualidade e resolutividade, pois o profissional tem co-

responsabilidade no enfrentamento dos fatores associados a “saúde-doença” em cada território.

As adequações do processo de trabalho em saúde bucal segundo as diretrizes nacionais, devem incluir aspectos de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade e ampliação e qualificação da assistência.

Ao definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, o documento visa implementar projetos de mudança na formação técnica, (graduação e pós-graduação) para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Sendo reforçado e destacado que a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve se dar por Pólos de Educação Permanente dos Estados que os possuïrem.

Para a organização do trabalho em saúde bucal sugere-se: maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência (75% a 85% das horas para assistência e 15% a 25% em planejamento); capacitação; atividades coletivas, educativas e preventivas (executadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar); planejamento, supervisão, avaliação sob responsabilidade do CD; com garantia de atendimento de urgência na atenção básica e cuidados complementares em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, visando adequar a disponibilidade de RH ao fluxo de demanda e à realidade local.

Ainda sobre as condições de trabalho, as DPNSB preconizam a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, suprimento de instrumentos e material de consumo, conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos que garantam condições adequadas de trabalho, observando as normas e padrões estabelecidos pela vigilância sanitária.

Os parâmetros de atendimento segundo as diretrizes nacionais, devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal para

garantir a dignidade no trabalho aos profissionais e usuários, com qualidade nos serviços prestados e a observação das normas de biossegurança.

Para identificar os grupos de ações de: promoção, proteção e recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é preciso conhecer as características epidemiológicas da população, doenças mais prevalentes e condições sócio-econômicas da comunidade, hábitos, estilos de vida e necessidades de saúde (sentidas ou não), incluindo a infraestrutura dos serviços disponíveis. As ações de saúde bucal devem estar na estratégia planejada pela equipe de saúde em inter-relação permanente com as ações da Unidade de Saúde.

Ações de Promoção e Proteção de Saúde podem ser desenvolvidas pelo sistema de saúde articulado com instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação. Tais ações visam reduzir fatores de risco que ameaçam à saúde e difundir informações sobre ela.

A promoção de saúde bucal está no conceito amplo de saúde, em que, além da dimensão técnica da odontologia, integrando-se a saúde bucal às práticas de saúde coletiva. Isto implica em construir políticas públicas e estratégias, como a do acesso à água tratada e fluoretada, o uso de dentifrício fluoretado e a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados.

Ações de promoção da saúde incluem as abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer). Assim sendo: alimentação saudável onde se deve reduzir o consumo de açúcares, a abordagem comunitária para o auto-cuidado com a higiene corporal e bucal, a eliminação do tabagismo e redução de acidentes promovem a saúde bucal.

A busca da autonomia dos cidadãos é requisito das ações de promoção de saúde e a equipe de saúde deve estimular práticas de auto-cuidado dos usuários, famílias e comunidades. Trabalhar numa linha de

combate a auto-medicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde.

As ações de proteção à saúde devem ser desenvolvidas em nível individual e/ou coletivo, garantindo-se o acesso a escovas e pastas fluoretadas.

As ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe com grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, nas ruas, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, que são oferecidos de forma contínua, compreendem: fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, ações de recuperação e reabilitação.

A atenção básica deve detectar necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso, monitorar a evolução da reabilitação, acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento.

Dada a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda-se: a organização e desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, inclusão da reabilitação protética na atenção básica, ampliação do acesso para grupos (0 a 5 anos, crianças e adolescentes, gestantes, adultos e idosos).

Um avanço para a atenção à saúde bucal foi a incorporação e o aumento de profissionais da área odontológica no Programa Saúde da Família. Sendo um programa estratégico para o alcance da integralidade das ações em saúde, causando um impacto positivo na ampliação do acesso, ações individuais e coletivas, ações de promoção à saúde e de autocuidado.

A assistência odontológica pública no Brasil se restringia aos serviços básicos ocasionando uma elevada demanda reprimida aos serviços de

atenção secundária e terciária. O aumento da oferta de serviços de atenção básica odontológicos não foi acompanhado pela média e alta complexidade prejudicando os sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal nos sistemas loco-regionais de saúde.

A melhoria da oferta de procedimentos da atenção secundária e terciária gera a necessidade de mais recursos públicos. Para tanto, o Ministério da Saúde implantou e melhorou os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO), renomeados como Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertando, de acordo com a epidemiologia dos municípios, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos da atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se: tratamentos cirúrgicos, periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos, além das próteses.

1.4.13 Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal

O período analisado neste estudo abrange desde o segundo semestre de 2005 (quando as Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal foram lançadas em julho do mesmo ano) até o segundo semestre de 2007, ou seja, quando a gestão ainda terá pela frente mais um ano de administração pública, após o fechamento desta pesquisa.

A atenção à saúde num município como São Paulo é impactada pela forte demanda por atendimento especializado referenciando pelas UBS articuladas ao sistema de saúde, que junto a outros fatores caracteriza uma atenção à saúde heterogênea e peculiar em relação a outras cidades do país.

É um município com um sistema marcado por discontinuidades e problemas operacionais, sendo um desafio conservar os princípios do SUS

com tantas disparidades, devido a sua magnitude. Nele ocorrem as ações intersetoriais, com parcerias institucionais, programas governamentais de saúde que incluem saúde bucal (PSF) e programas especiais para atender a demanda atuando conjuntamente na solução de problemas de saúde.

As características da demanda por assistência à saúde apresentam diversidades, pois há agravos típicos de más condições de saneamento básico, debilidades derivadas da situação nutricional, além de fatores epidemiológicos decorrentes da reversão da pirâmide demográfica com o crescimento da população idosa (60 anos e mais).

Durante décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência à criança, programas curativos e atividades preventivas. Os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento em situações de urgência odontológica, ou não os acessavam e o modelo adotado oferecia baixa cobertura (SMS, 2006).

Na busca de ampliação do acesso dos cidadãos às ações de saúde bucal, surgem as DPMSB em 2005, resultando da experiência em programas locais de saúde, discussões com profissionais das cinco coordenadorias regionais de saúde, hospitais e pronto-socorros, assim como com representantes das entidades de classe (CRO, APCD, AOPSP²⁵). Conforme o princípio do SUS para o controle social, o teor deste documento foi apresentado e apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde em sua 79ª reunião, em 14 de julho de 2005 (SMS, 2005b).

A Secretaria Municipal de Saúde, pela Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS), lançou o documento das diretrizes intitulando-o "Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal", reeditado em 2006 com o mesmo nome, revisado e complementado em 2007 com o Sub-Título "Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal - Atenção à Saúde Bucal da Gestante e da Criança (Projeto Cárie Zero)".

²⁵ Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo.

Pretendeu-se com o documento das diretrizes municipais, específicas para a saúde bucal, a ampliação e reorganização das ações de saúde para uma maior qualidade e resolutividade.

A gestão pretendeu proporcionar saúde de qualidade para a população, recuperando os conceitos de universalidade e integralidade do SUS, alinhando-se ao documento das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (2004), com as três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, com as três estaduais e as duas Conferências Municipais de Saúde Bucal realizadas anteriormente.

O documento das diretrizes normatiza para o município a organização da rede de serviços de saúde bucal, a Atenção Básica e Atenção a Especializada. Onde a Unidade Básica de Saúde é a unidade ambulatorial pública de saúde que realiza assistência básica contínua por equipes multiprofissionais.

A atenção especializada inclui os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviços de Atendimento Especializado (SAE), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) e atendimento em âmbito hospitalar.

A Atenção Básica abrange as Ações Coletivas divididas em procedimentos coletivos e ações de educação em saúde. Os procedimentos coletivos são realizados em escolares com a escovação dentária supervisionada e a fluorterapia.

As atividades educativas acontecem em grupos de gestantes, bebês, pré-escolares e escolares, adolescentes, adultos, idosos e também para cuidadores de pessoas acamadas ou idosas.

Ações Assistenciais englobam a abordagem familiar, o planejamento segundo critérios de risco, princípios para agendamento, sistemas de trabalho e parâmetros de atendimento individual, avaliação e sistema de informação, responsabilidade técnica, humanização, acolhimento do paciente, e estabelecimento de vínculo, com maior resolutividade da atenção básica, dos serviços de urgência, pronto atendimento e pronto socorro.

O planejamento das ações, segundo critérios de risco às doenças bucais individuais são tradicionalmente classificados em: baixo, moderado e alto, diferenciando-se para as doenças: cárie, periodontal e de tecidos moles.

As triagens são realizadas por critérios de risco, com encaminhamentos de casos com necessidade de tratamento. As ações de maior complexidade devem ocorrer nas unidades que já possuem consultório com módulo odontológico.

Além desses aspectos as DPMSB ainda tratam dos temas: protocolos de encaminhamento, semiologia, cirurgia oral menor, pacientes com necessidades especiais, endodontia, periodontia, prótese total, prótese parcial removível, ortodontia, unidades de referência e fluxograma de atendimento às queixas odontológicas.

As ações, tanto individuais quanto coletivas, devem ser planejadas levando-se em conta o perfil epidemiológico da população, além dos aspectos determinantes do processo saúde-doença, (ambiental, de vigilância à saúde, cultural, étnico-racial, da faixa etária, etc).

A dificuldade de acesso gerada por barreiras geográficas ou de outra natureza implica na adoção de estratégias que assegurem a assistência em SB aos grupos populacionais excluídos, como a utilização de módulos transportáveis e outras estratégias em determinados grupos da população.

As DPMSB definem que em qualquer unidade, independentemente de recursos humanos, materiais específicos e população adstrita, todo cidadão deve ter acesso à promoção da saúde bucal, incluindo educação em SB, diagnóstico, prevenção e controle da doença e da dor (SMS, 2006).

A Atenção Básica é realizada pela rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), englobando unidades com e sem programa de Saúde da Família (PSF). Com a adstrição da população e territorialização intersetoriais, controle social, educação permanente dos profissionais e a adoção de instrumentos de avaliação, conforme os princípios do SUS.

A Atenção à Saúde Bucal da população, alvo de cada unidade de saúde com atendimento odontológico, deve ser planejada com metas e

parâmetros, que encaminhem a um modelo de atenção voltado às reais necessidades e ao acesso universal da população. Atentando para os espaços sociais disponíveis, capacidade instalada da rede de serviços, perfil epidemiológico da população adstrita e em que condições os serviços são prestados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar e analisar como as diretrizes da política nacional de saúde bucal (DPNSB) de 2004, foram acatadas e implantadas no MSP no período de 2005 a 2007.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as percepções dos participantes da pesquisa, nos diferentes níveis da SMS do MSP: 1) direção, representada pelas coordenadoras de saúde bucal (central e regionais); 2) tático, representado pelos interlocutores para a SB nas supervisões de saúde das regiões; 3) operacional, representado por uma equipe de SB, composta por cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dental; e 4) usuários, representado pelos conselheiros gestores das diferentes instâncias (unidades de saúde, supervisões, coordenações e Conselho Municipal de Saúde), sobre as DPNSB, DPMSB e 3ª CNSB.

Identificar e analisar documentos relativos à elaboração e apresentação das diretrizes nacionais e do município de São Paulo para a saúde bucal.

Verificar se a organização da atenção à saúde bucal no município de São Paulo acompanhou as propostas das Conferências de Saúde Bucal em âmbito nacional, no estado e município de São Paulo.

3 MÉTODOS

O método adotado para o estudo foi qualitativo e desenvolveu-se uma pesquisa de natureza interpretativa e descritiva.

De acordo com MINAYO (2004), a metodologia expõe o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ela não contempla apenas a fase de exploração de campo (escolha do espaço da pesquisa, escolha do grupo de pesquisa, estabelecimento dos critérios de amostragem e construção de estratégias para entrada em campo), como também, a definição de instrumentos e procedimentos para análise dos dados (DESLANDES, 1994).

A pesquisa qualitativa na sociologia e na antropologia “nasceu de uma preocupação em entender o outro” (DENZIN, 2006). Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Para DENZIN (2006), a pesquisa qualitativa adota uma abordagem naturalista e interpretativa para a compreensão do mundo social. Para esta perspectiva: o pesquisador estuda as “coisas” em seus cenários naturais; tentando entender e interpretar os fatos e os significados que as pessoas a eles conferem, com o objetivo de compreender o assunto pesquisado.

Segundo BLUMER (1969), entre as premissas básicas dos estudos, que utilizam metodologias qualitativas, está a compreensão de “como” as pessoas agem, com base nos significados que as coisas têm para elas, e a partir dos modos como outras “coisas” atuam em relação a essas pessoas. Entende-se que as experiências vivenciadas pelos indivíduos são produtos das interações sociais, que se modificam e podem ser manipulados num processo iterativo.

Numa pesquisa qualitativa, busca-se trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais (MINAYO, 2002).

Para MINAYO (2002), é importante, no método qualitativo, entender que os atores sociais ao se comunicarem sobre qualquer assunto do mundo e da vida interpretam e julgam-no a partir de seu estoque de referências ao conviver no mesmo tempo histórico influenciado por fatores sociais.

De acordo com DENZIN (2006), os sujeitos dificilmente conseguem fornecer explicações completas de suas ações ou intenções. Eles podem oferecer relatos ou histórias, sobre o que fizeram e porque fizeram. Os pesquisadores qualitativos empregam ampla variedade de métodos interpretativos interligados, na busca de melhores formas de tornar compreensíveis as experiências dos sujeitos em estudo.

Para LEFÈVRE et al. (2000), parte-se do princípio que o pensamento de uma coletividade é o conjunto das representações geradas nas práticas discursivas. Entende-se que as pessoas que vivem na sociedade lançam mão dessas representações para pensar ou expressar seus pensamentos.

Desde a década de 1990 até a atualidade, ocorreu a consolidação das perspectivas sociológicas, com metodologias de pesquisa que vêm aprimorando os estudos qualitativos, onde a interdisciplinaridade é vista como um instrumento de construção de conhecimento (NUNES, 2006).

3.1 MÉTODO QUALITATIVO

Algumas características básicas dos estudos qualitativos merecem ser destacadas, pois se constituíram em aspectos basilares na organização do estudo aqui apresentado. Apoiando-se em TAYLOR e BOGDAN (1998) podem ser citadas:

1. As pesquisas qualitativas estão relacionadas aos significados que as coisas têm na vida das pessoas.

2. A pesquisa qualitativa tem um caráter indutivo.
3. Na metodologia qualitativa, o pesquisador tem um olhar holístico para o conjunto e estuda as pessoas no contexto e situações nas quais elas se encontram.
4. Os pesquisadores qualitativos se apóiam em como as pessoas pensam e agem no seu cotidiano.
5. Na pesquisa qualitativa, todas as perspectivas são válidas para o estudo.
6. Para o pesquisador qualitativo, sempre há algo a ser apreendido em todos os conjuntos e grupos.

3.2 PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

A pesquisa qualitativa em saúde tem se aprimorado em qualidade e profundidade das análises, indicando um campo a ser explorado. A publicação em 1993 do livro de MINAYO, onde o próprio título aponta para os seus objetivos: “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”²⁶ é referência para os estudos acadêmicos na área da saúde (NUNES, 2006).

Outros pesquisadores, também, incluem essa metodologia em suas pesquisas, como pode ser verificado nos trabalhos de CARLINI-COTRIM (1996), MINAYO et al. (1999), HOTYMSKY et al. (2002), NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS (2004).

Embora CRUZ NETO (1994) aponte que há obstáculos que podem dificultar a etapa de entrada no campo, procurou-se, por meio de uma aproximação com pessoas-chave da área selecionada, minimizar essa dificuldade.

²⁶ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo:Hucitec;Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.

Para MINAYO (2005), os investigadores qualitativos utilizam vários instrumentos que viabilizam o trabalho de campo e dentre estas possibilidades optou-se na metodologia do trabalho pelas entrevistas individuais e coletivas semi-estruturadas, grupos focais, observação não participante e coleta de material documental. O trabalho de campo deste estudo foi essencial, pois permitiu obter informações e conhecimentos detalhados acerca do que estava sendo estudado.

No estudo, tratou-se de identificar o desempenho do MSP na área de SB em determinados aspectos, atendo-se às recomendações de ADORNO e CASTRO (1994), para quem a utilização de dados qualitativos para a pesquisa na área de saúde mostra ser relevante e importante, desde que se tenha a garantia de rigor na análise das relações do contexto com as ações.

Por conseguinte, este trabalho, além das apresentações de dados de SMS da PMSP e de documentos, apresenta informações que revelam como os diferentes sujeitos da pesquisa (coordenadores, interlocutores, equipes de SB e conselheiros gestores do segmento usuário, em SMS no MSP) compreendem o fenômeno social no qual estão envolvidos no intervalo de tempo deste estudo (2005 a 2007).

3.3 AMOSTRAGEM EM PESQUISA QUALITATIVA

Nos estudos qualitativos, as escolhas de quais e quantos participantes farão parte da investigação não é respondida por métodos estatísticos com tamanho e cálculos amostrais contendo variâncias e intervalos de confiança (VALLES, 1997), nem mesmo necessita de proporcionalidade e representatividade estatísticas (SERRA, 1998).

Não se podendo prever exatamente o número de entrevistas ou grupos focais, procurou-se atender o que GLASER e STRAUSS (1967) denominam de critério da saturação teórica. Estes autores consideram que

quando se tiver um conjunto amplo de dados que satura uma categoria se sai do caminho. A saturação ocorre quando os dados estão se repetindo e assegura-se que dados relevantes adicionais não seriam encontrados.

LINCOLN e GUBA (2005) recomendam na pesquisa qualitativa a seleção da amostra até o ponto de redundância, desta forma, o tamanho da amostra é definido pelas considerações das informações. Para PATTON (1990), o pesquisador decide quando a amostra atinge seus achados.

Para GODOY (2006), nos estudos qualitativos não se trabalha com o conceito de amostragem estatística, é importante estabelecer algum critério que informe quando encerrar a coleta de dados no trabalho de campo. Esta decisão depende do esforço do pesquisador em conduzir, conjuntamente, processo de coleta e análise de dados, pois quanto mais tempo o pesquisador permanece no campo mais dados ele acumula. Ele deve decidir quando ocorreu a saturação, quando a aquisição de mais informações se torna redundante e não traz novos elementos para a compreensão do estudo. Ainda para GODOY (2006), na amostragem teórica, os sujeitos são selecionados a partir da sua relevância para as questões de pesquisa e para dar suporte ao projeto do pesquisador, com sujeitos que sejam significativos teoricamente, porque possuem características que atendem critérios que auxiliam o pesquisador a desenvolver suas propostas.

De acordo com a Resolução nº. 196 de 10 de Outubro de 1996²⁷, das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sujeito da pesquisa é o (a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

No estudo aqui desenvolvido, organizou-se a amostra com a intenção de contemplar quatro níveis de sujeitos comprometidos na organização da SB no MSP, contando-se com a participação de seus representantes:

- 1º Nível: Coordenação da SB no MSP em nível de SMS e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS);

²⁷ Fonte: Conselho Nacional de Saúde. [acesso em 25 out 2007]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196de96.doc>

- 2º Nível: Supervisões Técnicas de Saúde (Interlocutores da SB da Área Técnica de SB);
- 3º Nível: Equipe de SB de US;
- 4º Nível: Conselho Gestor de Saúde do segmento de usuários.

Foi realizada a entrevista com a coordenadora da área técnica de SB em SMS/CODEPPS, como também, com as coordenadoras representantes das cinco regiões da cidade e todos os interlocutores, segundo as supervisões regionais, considerando a magnitude, distâncias e diferenças que a cidade contém como foi apresentado quando se caracterizou o município.

3.4 A COLETA DE DADOS

GODOY (2006) afirma que em se tratando de organizações é importante conhecer a história, estrutura, funcionamento e caminhar por ela, observar comportamentos para identificar os possíveis informantes, bem como, os melhores momentos e ocasiões para a abordagem e realizar um esquema inicial, o que foi realizado neste trabalho.

As técnicas escolhidas, para a coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa, foram entrevistas semi-estruturadas (individuais e coletivas), os grupos focais, observação não participante e análise de documentos.

3.4.1 Entrevistas Semi-Estruturadas

Optou-se pela entrevista semi-estruturada para permitir maior interação e liberdade nos relatos dos informantes, pois segundo TRIVINOS (1987), com ela as respostas são espontâneas e valorizam a investigação.

A entrevista permite a captação imediata e corrente das informações desejadas (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004). FONTANA e FREY (2000) afirmaram que se vive na “sociedade da entrevista”, assim, este recurso é empregado para diversos propósitos e se tornou um produto da cultura de massa.

Segundo MATTINGLY e GARRO (2000), embora a entrevista seja uma conversa direcionada a determinados objetivos de pesquisa, ela também está repleta de ambigüidades em versões que mudam conforme o momento em que são contadas e sua audiência.

Na interação de dois interlocutores, ou seja, nos interstícios de uma relação, em uma *interview* entre o pesquisador e seu entrevistado, constrói-se rico material sobre versões, opiniões e descrições peculiares (MINAYO, 2005).

A entrevista resulta num complexo de dados, situações, problemas, sentimentos e desejos; num sistema de codificação, onde se transformam em mensagens ou sinais. É um sistema de transmissão, que usa palavras, gestos e pausas de silêncio, traduzindo a mensagem num significado (LODI, 1971).

Para DUARTE (2002), entrevistas realizadas em locais de trabalho geralmente trazem problemas, como as situações externas que freqüentemente as interrompem (um telefonema “importante”, uma decisão “urgente”, a secretária, recados), fazendo com que o entrevistado perca o “fio da meada” e se veja obrigado a retomar a narrativa de um outro ponto ou, até mesmo, a desistir de vez daquele assunto. A ansiedade com relação à duração do depoimento interrompe o livre fluxo de idéias e precipita a sua interrupção.

Para BRANDÃO (2000), entrevista é trabalho. Por isso, exige a atenção permanente do pesquisador aos seus objetivos, obrigando-o a colocar-se intensamente à escuta do que é dito, a refletir sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado, além dos tons, ritmos e expressões gestuais que acompanham ou substituem essa fala e solicita tempo e esforço.

3.4.2 Entrevistas Coletivas

PATTON (1990) define a entrevista coletiva como aquela que se realiza com um pequeno grupo de pessoas sobre um tópico específico. Via de regra, o grupo é formado por seis a oito pessoas que participam da entrevista por um período de 30 minutos a duas horas. Uma vantagem da entrevista de grupo é a riqueza de dados, que se obtém com o estímulo aos respondentes a se lembrarem de acontecimentos e com isto surge à capacidade de ultrapassarem os limites das respostas de um único entrevistado, com comentários interessantes, pertinentes e até bizarros [o que ocorreu nesta pesquisa].

Para BLUMER (1969), um pequeno número de indivíduos, reunidos num grupo de discussão, vale mais do que qualquer amostra representativa. O grupo discutindo coletivamente sua vida e seu trabalho, investigando suas divergências em relação ao outro, tira as máscaras e expõe o que poderia estar oculto. As opiniões geradas, expressadas e trocadas, têm a disponibilidade das correções pelo próprio grupo no que se refere às visões que não estejam corretas, ou não sejam socialmente compartilhadas, ou que sejam radicais, como um meio de validarem enunciados e pontos de vista. O grupo transforma-se em uma ferramenta que reconstrói opiniões individuais de forma mais adequada.

Nieben citado por FLICK (2004) sugere o uso de um grupo real, ou seja, que se interesse pelo assunto que será discutido, pois este parte de uma história de interações compartilhadas em relação ao assunto em discussão, já tendo desenvolvido formas de atividades comuns e padrões subjacentes de significado. Desse modo, as entrevistas de grupo realizadas neste estudo estão situadas, dado que os participantes possuem os mesmos cargos, diferenciando apenas as regiões (no caso dos interlocutores). Na pesquisa foram realizadas duas entrevistas nesta modalidade, ambas com os Interlocutores de SB das Regionais do MSP.

Conforme GLIK (1988), as entrevistas coletivas podem ocorrer em grupos homogêneos e heterogêneos. Nos homogêneos, os membros podem ser comparados nas dimensões essenciais relacionadas à questão da pesquisa e devem possuir uma formação semelhante [o que ocorreu neste estudo]. A escolha visou aumentar a possibilidade de discussões e incitar o surgimento de perspectivas diferentes ou comparações em relação aos temas propostos, pareceu relevante que o grupo fosse homogêneo, embora com participantes de lugares diferentes, enriquecendo os discursos e os resultados.

3.4.3 Grupo Focal

A técnica do Grupo Focal (GF) é definida como aquela em que o pesquisador reúne, num espaço e durante um período, pessoas que fazem parte do público-alvo das investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre elas, informações a respeito de um tema (WESTHPHAL et al., 1996). A técnica gera a formulação de conceitos, impressões e concepções sobre um assunto, entre os participantes do grupo.

PATTON (1990) vê o grupo de foco como uma técnica qualitativa de coleta de dados eficiente pela possibilidade do controle de qualidade, e visto que os participantes tendem a controlar e a compensar um ao outro, eliminando opiniões falsas ou radicais, sendo possível avaliar se existe uma opinião compartilhada e consistente entre eles. PATTON (1990) ainda salienta que o grupo de foco é uma entrevista e não é uma sessão para resolver problemas nem para se tomar decisões. É um método independente que pode ser usado de forma concomitante com outros levantamentos, observações e entrevistas individuais. MORGAN (1996) vê os grupos de foco úteis para dar condições de orientação em relação a um campo, gerar

hipóteses (com base em *insights* de informantes) e obter interpretações dos participantes.

Segundo OLIVEIRA e FREITAS (1998), os grupos focais propiciam riqueza e flexibilidade na coleta de dados diferindo da entrevista individual, devido à interação dos participantes, porém exige uma programação e preparação elaborada.

O número de grupos a serem conduzidos depende da questão de pesquisa e do número de diferentes subgrupos de população exigidos (FLICK, 2004).

NOGUEIRA-MARTINS e BOGUS (2004) sugerem trabalhar com estranhos em vez de pessoas que se conheçam muito bem, já que o nível de assuntos pressupostos que permanecem implícitos tende a ser maior neste último grupo.

3.4.4 O Papel do Entrevistador e Moderador

O entrevistador deve ser flexível, objetivo, enfático, persuasivo e um bom ouvinte (FONTANA e FREY, 2000). Por este motivo, foram contratados profissionais experientes nos métodos que coordenaram, entrevistaram e moderaram as entrevistas coletivas e os grupos focais.

De acordo com MERTON et al. (1956), uma das tarefas do entrevistador é impedir que participantes individuais ou grupos parciais dominem, pois deve haver um clima sem ameaças, com a discussão focada no assunto, encorajando-se todos os participantes a contribuir. Também são responsabilidades dos moderadores resolver conflitos e conseguir informações claras, tentando obter respostas de todos a fim de permitir a maior abrangência possível ao tópico.

O moderador deve ter equilíbrio em sua conduta para guiar (diretivamente) o grupo e moderá-lo (não-diretivamente), além de ter flexibilidade para conduzi-lo. É importante resumir e devolver ao grupo as

idéias básicas que vão resultando das discussões, para encadear os assuntos e solicitar maiores esclarecimentos.

GLIK (1988) apresentou algumas tarefas básicas, de responsabilidade do moderador: introduzir os objetivos do trabalho e assegurar aos participantes o anonimato, diante das autoridades a quem possam estar subordinados; fazer a transição de tópicos; decidir quais questões devem ser postas à prova; procurar obter ampla variedade de respostas; deixar emergir respostas conflitantes e tentar verificar os motivos que as estão orientando, além de direcionar a discussão rumo a um aprofundamento. Intervenções devem apenas auxiliar as dinâmicas e o funcionamento do grupo, permitindo que a discussão, em grande escala, encontre seu próprio nível dinâmico: o moderador não deve atrapalhar a iniciativa dos participantes.

3.4.5 Gravação, Anotações e Transcrição de Dados

Para a obtenção do registro dos eventos, as entrevistas foram gravadas em fitas cassete. Os participantes foram informados a respeito da finalidade da gravação, esperou-se que os entrevistados se esquecessem do gravador [o que aconteceu ao longo do tempo das entrevistas] onde a conversa, de acordo com FLICK (2004), pode assumir condições de naturalidade, mesmo em momentos críticos.

Para SANTOS (1999), a gravação captura com precisão comportamentos e respostas.

As anotações dos acontecimentos do que foi dito documentam o contexto e a situação da coleta de dados (FLICK, 2004 e YIN, 2002). Esses registros foram realizados em cadernos e utilizados para definir e esclarecer as informações sobre os itens delineados e apoiaram tanto a transcrição, como a interpretação e análise dos dados. A transcrição é a etapa do processo que muda a fase da gravação oral para a escrita e que, para

MEIHY (1997), precede a interpretação. A transcrição consiste em ouvir as gravações e escrevê-las para a audiência com a máxima exatidão, na quantidade exigida pela questão (FLICK, 2004).

3.4.6 Observação “Não Participante”

O pesquisador não se envolve no contexto, apenas observa e anota gestos, sinais e sentimentos expressos pelos entrevistados ao longo do período da realização das reuniões, que ajudam na interpretação das informações. Na observação simples, para VASCONCELOS (2002) o pesquisador assume identidade externa a situação, observando de modo informal e espontâneo o objeto em foco, o que é recomendado em situações de caráter público, onde o pesquisador não deve interferir ao observar [o que ocorreu neste estudo].

Vale salientar, de acordo com FLICK (2004), que nesse procedimento, o pesquisador tem que se auto-observar ao entrar em campo, integrando impressões, incidentes e percepções na reflexão do processo. Estes aspectos, assim como os fatores implícitos e explícitos percebidos foram registrados e listados pela pesquisadora.

3.4.7 Documentos

Para GIL (1999), existem documentos de primeira mão que são os que não receberam nenhum tratamento analítico (documentos oficiais, contratos, cartas, gravações) e de segunda mão, que são os que passaram por análises (relatórios de pesquisas, de empresas). Para SILVA e

GRIGOLO (2002), a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam nenhuma análise profunda.

Neste trabalho, recolheram-se dados dos relatórios produzidos pela SMS e Centro de Informações da PMSP (CEInfo), de documentos fornecidos pelas instituições e coordenadorias, e coletados em reuniões e encontros, bem como, os gerados nas US e outros dados disponíveis no CMS de São Paulo. Utilizou-se também de relatórios e ata de reunião dos CG no CMS do MSP, bem como, de documentos das regiões e de dados disponíveis em *sítes* e fornecidos pelos serviços e coordenações.

3.5 APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE

3.5.1 Categorização e Sumarização dos Dados

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à idéia de classe ou série e pode ser empregada para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com ela significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de conceito capaz de abranger tudo isso (GOMES, 1994).

Ainda para GOMES (1994), esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. As categorias que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e concretas.

As categorias devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes ao conteúdo, sendo um procedimento simples, embora (ao ser executado) possa conduzir ao tédio (MATTOS, 2006).

Para MATTOS (2006), é preciso criar uma “matriz de consolidação” para aproximar e visualizar o conjunto dos relatos, opiniões, observações e atitudes dos entrevistados [o que foi realizado neste trabalho]. O objetivo da sumarização é o de reduzir o material de tal maneira que sobre apenas o conteúdo essencial. Cria-se, por meio de abstração, um corpo, que continua sendo um retrato do material básico.

Desta maneira, trabalharam-se as transcrições de entrevistas e encontros no contexto planejado, apropriando-se dos textos de maneira sistemática, o que permitiu lidar com a grande quantidade de material registrado.

3.5.2 O Processo de Interpretação e Análise

A apresentação, interpretação, sumarização e análise dos resultados aproximaram os dados coletados nas entrevistas de outros materiais obtidos em documentos diversos e observações, encaminhando a classificação e a categorização para os comentários do autor a respeito dos temas objeto do estudo.

Para DENZIN (2006), a busca pela compreensão é fundamental para as pessoas e o encontro com o não-familiar exige tentar fazer sentido e compreender, ou seja: interpretar.

Para o desenvolvimento deste processo, utilizou-se da comparação entre os dados recolhidos no campo das propostas que constam dos documentos e relatórios oficiais já citados. Neste sentido, a pesquisa buscou elucidar e comparar o “ideal” com o “real”. Este procedimento analítico permitiu mapear com profundidade a natureza das mudanças ocorridas e em andamento, não se propondo a dimensionar quantitativamente o grau de variações ocorridas, descrevendo e organizando os dados analisados com clareza (DESLANDES et al., 2004).

Métodos qualitativos fornecem dados significativos e densos, e, portanto, mais difíceis de serem analisados. Vale afirmar que a confiabilidade e legitimidade de uma pesquisa realizada nesse modelo dependem da capacidade do pesquisador articular teoria e prática em torno de um objeto ou problema de pesquisa. Isso demanda esforço, leitura e experiência e implica incorporar referências teórico-metodológicas de modo a dirigir o olhar para captar sinais, recolher indícios, descrever práticas, atribuir sentido a gestos e palavras, entrelaçando fontes teóricas e práticas como quem tece uma teia (DUARTE, 2002).

A análise qualitativa não é tarefa fácil, o volume de dados é grande como se evidenciou nesta pesquisa. A análise deve orientar-se pelos objetivos e de acordo com NOGUEIRA MARTINS e BÓGUS (2004) não há fórmulas para a análise, nem regras, a não ser a de utilizar, da melhor forma, a capacidade intelectual para apresentar e comunicar o que os dados revelam.

Para TESCH (1990), um conjunto de dez princípios e práticas orienta a análise qualitativa e são úteis e pertinentes:

1. A análise não é a última fase do processo de pesquisa, ocorre com a coleta de dados ou é cíclica.
2. O processo de análise é sistemático e abrangente, mas não rígido.
3. A análise inclui reflexão resultando em notas que guiam o processo de mover-se dos dados para o nível conceitual.
4. Os dados são segmentados em unidades relevantes e com sentido próprio, mantendo a conexão com o todo. A análise se concentra em conjuntos de partes dos dados, cada vez menores e mais homogêneas.
5. Os segmentos de dados são categorizados conforme a organização.
6. A principal ferramenta intelectual é a comparação usando a formação de categorias, segmentos de dados, sumariando o conteúdo de cada categoria e encontrando evidências negativas ou positivas.
7. As categorias permanecem flexíveis, pois derivam dos próprios dados e devem acomodar dados posteriores.
8. O tratamento dos dados qualitativos durante a análise é uma tarefa eclética, sendo a marca registrada da pesquisa qualitativa o envolvimento criativo do pesquisador.
9. Os procedimentos não são mecanicistas. Não há regras a serem seguidas. A pesquisa qualitativa deve ser conduzida “artisticamente”, mas requer conhecimento metodológico e competência intelectual.
10. O resultado da análise qualitativa é a síntese (em nível mais elevado). Apesar de a análise consistir em “quebrar pedaços” os dados, a tarefa final é a emergência de um quadro amplo e consolidado (TESCH, 1990, p.95-7).

Há uma responsabilidade do pesquisador, dado que, por vezes, o outro é interpretado através dos olhos e dos padrões culturais do pesquisador (MINAYO, 2005). Assim sendo, o processo de análise deve ser sistemático e abrangente, mas não rígido. Caminha de forma ordenada, requer disciplina, uma mente organizada e [muita] perseverança, só termina quando novos dados nada mais acrescentam e diz-se que o processo analítico “exauriu” os dados.

Para MATTOS (2006), o trabalho de análise é o de colocar o foco numa organização que envolve algum nível de padronização dos procedimentos.

Os requisitos para a avaliação da qualidade variam em função da complexidade do desenho do estudo planejado, dos objetivos a alcançar e da análise que se deseja efetuar. Os materiais próprios da abordagem qualitativa não são gerados a partir de técnicas de amostragem com representatividade numérica, deve-se avaliar se eles conseguem refletir dimensões da realidade estudada (MINAYO, 2004).

As estruturas para análise de material qualitativo são construções teóricas. Em geral ela se faz por aproximações sucessivas por meio de propostas de categorizações [com exemplos da matriz elaborada, em Apêndice 7]. Pode-se classificar o conjunto de depoimentos ou os registros de observações a partir de atores, dos grupos ou por tipo de dados. Autores, como MINAYO (2004), assinalaram a importância de se buscar a compreensão do que denominam “a lógica interna” de determinado grupo, frente ao tema que está sendo analisado.

Conforme considerações de MAYRING (2002) e MATTOS (2006), neste estudo optou-se por não realizar análise de conteúdo, pois o ponto de partida da análise de conteúdo qualitativa é o de utilizar as vantagens da técnica sistemática e que pode se encaminhar para uma quantificação precipitada e indesejada. O forte da análise de conteúdo, segundo BARDIN (1979), é que ela analisa o material passo a passo com controle metodológico rígido. Isto pode levar a uma hiper-especialização da análise

ou a uma conciliação estranha entre o rigor e a descoberta, segundo MATTOS (2006).

Optou-se por trabalhar conforme o proposto por GIL FLORES (1994) e MINAYO (2004). GIL FLORES (1994) denomina o processo de análise e interpretação de textos. Apesar de se constituir num processo cíclico e interativo adota critérios rigorosos com relação à credibilidade, dependência, confirmabilidade e triangulação para validação, é uma forma de análise que propõe a redução dos dados com separação por unidades, identificação, classificação e agrupamento para discussões e considerações.

3.5.3 Triangulação

Essa palavra é utilizada para conceituar a combinação de diferentes métodos, diferentes grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas ao tratar um assunto. Para DENZIN (1989), podem-se triangular dados (de diferentes fontes) e triangular métodos. Como subtipos para triangular dados podem-se triangular o tempo, o espaço e as pessoas. A triangulação permite o embasamento necessário para os métodos qualitativos com possibilidades de ampliar e complementar a produção do conhecimento, e consiste numa alternativa de validação (DENZIN e LINCOLN, 2006).

Triangulação é a combinação de métodos ou fontes de dados em um único estudo. É freqüentemente um caminho que utiliza percepções de diferentes fontes de dados ou diferentes informantes. Com ela se ganha em profundidade e clareza no entendimento de cenários e de pessoas que sejam objeto de estudo (TAYLOR e BOGDAN, 1998).

Os dados de pesquisa, isto é, as informações e as respostas às perguntas feitas em uma pesquisa, bem como as técnicas utilizadas para obtê-las, são frutos de várias escolhas, em qualquer circunstância, onde o

processo de conhecimento responde às opções teóricas e aos interesses pessoais ou institucionais (MINAYO, 2005).

Os dados foram obtidos de diversas fontes, sob diferentes métodos de coleta e analisados segundo posturas e categorias. Realizaram-se as triangulações para veracidade do que foi recolhido, visto que conforme DENZIN e LINCOLN (2006) o pesquisador pode e deve recorrer a diferentes modelos e perspectivas teóricas.

3.5.4 Aspectos Éticos

A política e a ética em pesquisa também devem ser consideradas, pois essas preocupações permeiam cada fase do processo, assim sendo, segundo a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) é preciso aprovação para realização de um trabalho acadêmico. Para tanto, o projeto deste estudo foi submetido à dois Comitês, bem como, foi submetido e aprovado no Exame de Qualificação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A coleta de dados somente teve início após a data do exame (20 de Maio de 2006).

Os procedimentos utilizados no estudo não ofereceram riscos nem danos transitórios ou permanentes aos participantes voluntários. O respondente foi protegido segundo procedimentos éticos e de responsabilidade social. As normas e procedimentos foram rigorosamente cumpridos, de acordo com os ditados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), sob o Protocolo nº 1401 em 17/02/2006, aprovado pelo Ofício COEP/58/06 (ANEXO 1). Aprovado, também, pelo Parecer nº. 0022/2006 do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SMS/PMSP), sob o protocolo CAAE-0129/05 (ANEXO 2). A pesquisadora responsável disponibilizou-se para quaisquer esclarecimentos

ou orientações que se fizessem necessários a todos os participantes e envolvidos.

Houve a obtenção dos termos de consentimento (Apêndice 4) assinados por todos os sujeitos da pesquisa.

Procurou-se preservar o anonimato dos participantes, assim como, não evidenciar bairros ou regiões aos quais eles pertenciam.

3.6 O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O desenvolvimento da pesquisa procurou cumprir o rigor metodológico proposto pelos autores já citados.

De acordo com GODOY (2006) é importante estabelecer e definir critérios para que a qualidade da investigação científica possa ser confirmada, com um conjunto mínimo de normas que auxiliem o pesquisador a realizar reflexões sobre seu trabalho, onde alguns pontos fundamentais são: explicitar a metodologia, as diferentes etapas do estudo e a qualidade e idoneidade dos registros. Buscou-se, neste estudo, respeitar os aspectos mencionados.

3.6.1 Escolha dos Sujeitos da Pesquisa

O desenho para a eleição dos participantes da pesquisa foi realizado após muitas reflexões e aproximações aos espaços e sujeitos objeto de estudo.

Para MINAYO (1993), a pesquisa qualitativa requer que haja uma intimidade entre os sujeitos e o objetivo do estudo. Os escolhidos para

participar da pesquisa compõem o processo da ASB no MSP, nos diferentes níveis de atuação.

Apresenta-se no Quadro 22 a classificação dos sujeitos da pesquisa segundo os níveis de atuação e das técnicas de abordagem:

Quadro 22 – Níveis de atuação dos sujeitos da pesquisa e técnicas de abordagem na Secretaria Municipal de Saúde, município de São Paulo, 2007.

Níveis de atuação		Sujeitos da pesquisa	Técnicas de abordagem
1º nível	Direção	Coordenação: 'C'	Entrevistas
2º nível	Tático	Interlocutores: 'I'	Entrevistas Coletivas
3º nível	Operacional	Equipe de Saúde Bucal: 'ESB'	Grupo Focal
4º nível	Usuário	Conselheiros Gestores: 'CG'	Grupo Focal

Fonte : Estratégia da pesquisa.

Para o 1º nível, realizaram-se entrevistas individuais com as Coordenadoras para a SB das cinco regiões, em que o MSP está dividido para a área da saúde, e com a Coordenação da SB na SMS, para efeito do desenho e do anonimato necessário, pois juntas constituíram o primeiro nível de sujeitos da pesquisa, denominado nível Direção (Coordenação: 'C'), totalizando seis entrevistas.

O 2º nível foi constituído pelos Interlocutores de SB, que são os auxiliares das Coordenadoras e ficam nas áreas técnicas junto às Supervisões de Saúde, e que se denominou nível Tático (Interlocução: 'I').

O 3º nível foi considerado para a Equipe de Saúde Bucal, optou-se escolher os participantes dentro de uma das regiões, contemplando todas as funções dentro de uma ESB (exceto o Técnico em Prótese Dentária -TPD que não existia) e onde estavam representados sujeitos de todos os tipos de unidades, com o rigor metodológico de que nenhum deles trabalhasse na mesma US, compondo o nível Operacional ('ESB').

O 4º nível foi o que representou os usuários, constituído por Conselheiros Gestores desse segmento, de espaços e de instâncias representativas do MSP (de US, de supervisão, de coordenação e do CMS), que foi denominado nível Usuário ('CG'). O Conselho Gestor é a

representação da sociedade civil para o Controle Social no SUS, criando condições para o seu funcionamento e melhoria da qualidade dos serviços. A representação dos usuários nos Conselhos Gestores é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, conforme a Lei 8142/90 (reivindicação de todas as conferências de saúde desde a 8ª CNS, em 1986).

Contatos

As situações nas quais se verificaram os contatos entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa passaram a ser parte integrante do material a ser analisado. Registrou-se o modo como essas relações foram estabelecidas, a forma como a entrevistadora foi recebida pelos entrevistados, o grau de disponibilidade para a concessão do depoimento, os locais onde ocorreram. Para RICHARDSON (1989), também, deve ser anotada a postura adotada durante a coleta do depoimento, gestos, sinais corporais e mudanças de tom de voz. Tudo fornece elementos significativos para a leitura e interpretação posterior, bem como para a compreensão do que foi investigado, pois para a abordagem do problema deve-se atentar ao que a pesquisa necessita e seja a ela pertinente [o que foi realizado neste trabalho].

A partir da liberação da pesquisa pelos comitês de ética em pesquisa é que houve o contato com os sujeitos da pesquisa.

O agendamento das entrevistas com as Coordenadoras foi realizado respeitando suas disponibilidades para receber a pesquisadora, em horários e locais por elas escolhidos.

O contato com os Interlocutores foi realizado, objetivando que os encontros ocorressem fora do período de trabalho, como a Coordenação em nível de SMS solicitou. Utilizaram-se entrevistas coletivas, em dois grupos, coordenadas por especialistas (duas psicólogas por grupo). Uma das

entrevistas foi realizada em horário noturno e outro grupo em horário matutino, em um sábado. A pesquisadora se apresentou, explicou sobre a coleta de dados, sobre a pesquisa e após obtenção dos consentimentos dos participantes se ausentou do ambiente.

Os sujeitos do terceiro e quarto grupo foram identificados, à eles foi encaminhado um convite (Apêndice 5) para participarem de um encontro conduzido pela técnica do Grupo Focal, mediados por uma especialista e onde a pesquisadora foi a anotadora. No convite impresso constava esclarecimentos e resumo do objetivo da pesquisa, relevância do tema e da importância da colaboração dos mesmos e dados da pesquisadora para os contatos necessários. Comunicações telefônicas e eletrônicas foram realizadas no intuito de se verificar horários e datas, como também fazer esclarecimentos e oferecer espaços para estacionamento ou transporte para os deslocamentos. Tudo foi planejado para o conforto dos depoentes, pois estes foram os construtores do conhecimento que se encerra neste estudo e à eles deve-se todo o respeito e consideração.

Na estratégia dos convites para a ESB, dentro de uma Coordenadoria Regional de Saúde, teve-se o cuidado de se procurar representantes de cirurgiões dentistas e pessoal auxiliar de lugares distintos, como UBS, CEO e PSF, com a precaução de que eles não trabalhassem no mesmo espaço. Apesar disso, houve a presença no grupo focal de duas pessoas que trabalhavam no mesmo local, e por esta razão foram dispensadas.

Para o CG, mapearam-se as US, supervisões, coordenadorias e o CMS, no intuito de convidar representantes de todas as áreas e regiões [o que foi realizado].

Após o levantamento, aos possíveis participantes foi enviada uma carta, por correio ou em formato eletrônico, com um convite (Apêndice 5) informando datas e locais. Porém o número de participantes era suficiente e adequado.

3.6.2 Local e População do Estudo

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo, o trabalho de campo foi realizado entre o 2º. Trimestre de 2006 e o 1º. Trimestre de 2007, com entrevistas individuais, coletivas e grupos focais.

No período do estudo, a SMS/CODEPPS procurava construir e implantar suas DPMSB de acordo com as DPNSB de 2004.

Após a seleção criteriosa, obteve-se a participação de 53 pessoas no total, divididas em: entrevistas individuais com as seis coordenadoras, entrevistas coletivas com 15 participantes (em dois grupos, um com sete e outro com oito interlocutores); dois grupos focais com 15 participantes de ESB e 17 participantes de CG (segmento usuário).

Participaram diretamente da pesquisa, além da autora e dos sujeitos da pesquisa, duas psicólogas, e indiretamente o pessoal da FSP (secretárias e outros funcionários). Contou-se, também, com o apoio de duas digitadoras.

3.6.3 Roteiro para Coleta de Dados, Aplicação e Equipamentos

A coleta de dados exigiu, como afirma SEMKE (1993), uma pesquisa teórica a respeito, pois não bastam os testemunhos individuais, mas as relações entre Estado, sociedade e movimentos sociais que despontam no contexto para oferecer vida e saúde para todos.

Utilizaram-se diferentes fontes para a coleta de dados: observação não participante, documentos, referências e depoimentos, em local real e dentro do contexto do trabalho em saúde bucal no MSP, onde se procurou conhecer e analisar o estágio atual da organização da ASB no MSP.

Dando prosseguimento, definiram-se as questões a serem investigadas. Iniciados os encontros que foram gravados, apoiados no

instrumento de coleta “semi-estruturado”, deixando os entrevistados (sem engessamento) expressarem suas experiências, opiniões e relatarem projetos em que estivessem comprometidos, responderam ao problema do estudo, de modo abrangente, conforme recomenda FLICK (2004). Além disso, para GODOY (2006), o roteiro pode ser aperfeiçoado ou modificado em função de se obter outros tipos de dados, o que neste estudo só ocorreu em termos da ordem de apresentação das questões.

Os quesitos investigados e estudados foram preliminarmente extraídos do quarto eixo temático proposto no documento da 3ª CNSB, denominado “Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, Superando Exclusão Social”, mais especificamente o subitem 4.2: Organização da ASB. A partir deste, elaborou-se um roteiro com questões para o levantamento da situação atual e das condições necessárias para implantar no MSP as proposições voltadas à organização da Atenção em SB (Apêndices 1 e 3). Foram destacados, também, itens contidos nas DPNSB e DPMSB, 2ª CMSB e 3ª CNSB, de acordo com o apresentado no Apêndice 2.

Construído o roteiro inicial, realizou-se um pré-teste, que foi complementando e adequando o roteiro para ser o instrumento de coleta. Além disso, foi preciso que a pesquisadora fosse flexível às situações não esperadas, verificando as necessidades de alterações (YIN, 1989 e 2002).

LINCOLN e GUBA (2000) preconizam, também, que o trabalho de campo pode ser interrompido quando se avaliar que o material obtido foi suficiente para: 1) identificar padrões e práticas estudadas; 2) descrever e analisar as diferentes percepções dos sujeitos da pesquisa; 3) identificar posições, concepções, idéias, referentes à organização desse meio profissional, buscando compreender suas diferentes visões e concepções; 4) configurar algum nível de generalização relativa a esse nível de atenção à saúde. Os quatro itens foram encontrados quando se estudou a ESB em apenas uma região. Avaliou-se que os dados obtidos já eram suficientes e representativos para esse nível de sujeito da pesquisa.

Os equipamentos utilizados foram: gravadores, microfones, computador e *kits* contendo os termos de consentimento livre e esclarecido,

fichas com os dados dos entrevistados, roteiros para a ativadora e anotadora, lápis e papel. Para amenizar todas as reuniões foram oferecidos alimentos e bebidas.

Anterior ao início de cada encontro, foi apresentado e lido o termo de consentimento (Apêndice 4) e foram coletadas informações sobre o perfil dos participantes (Apêndice 6), cujos resultados estão apresentados no item 3.6.5. Todos foram esclarecidos, consentiram e assinaram o acordo para o início dos trabalhos.

Os primeiros encontros (das entrevistas coletivas com os interlocutores) para coleta de dados ocorreram no espaço cedido pela FSP/USP na sala do Departamento de Práticas de Saúde Pública, bem como o último (grupo focal com Conselheiros Gestores).

Os entrevistados coletivamente tiveram que formar dois grupos, devido ao número de possíveis participantes e para não comprometer as atividades e prestação de serviços a PMSP, conforme acordo com a coordenadora da SMS, onde em seu ofício solicitou:

“... A pesquisadora necessitará agendar as entrevistas em horários e locais oportunos, que sejam de conveniência para todos os envolvidos na pesquisa e que não prejudiquem o bom andamento dos serviços”

O foco foi o de conhecer o que os sujeitos da pesquisa tinham a comentar sobre os tópicos selecionados no roteiro final (Apêndices 1, 2 e 3) e que versavam sobre a atenção à saúde bucal. Os itens questionados foram iguais para todos os tipos de entrevistas e se referiram a: acesso, urgência, espaço físico, PSF, CEO, sistemas de informação, relações com outras secretarias, programas especiais, parcerias, uso do Flúor, distribuição de material para higiene bucal e conhecimento de diretrizes para a atenção a saúde bucal (nacional e municipal).

Todas as coordenadoras participaram da pesquisa, sendo que para manter o anonimato na apresentação dos resultados foram numeradas aleatoriamente de um a seis.

Com os interlocutores, o primeiro encontro foi numa quinta-feira à noite, em São Paulo, quando choveu muito, o que dificultou a chegada dos

participantes confirmados, além de que alguns desistiram devido a problemas pessoais e às exigências da SMS (CODEPPS).

Nos dois primeiros encontros houve a coordenação de duas profissionais (psicólogas) com experiência em conduzir entrevistas coletivas e grupos focais. Uma das profissionais coordenou a aplicação do roteiro e obtenção dos depoimentos que foram gravados. A segunda profissional foi anotadora e cuidou da gravação.

Percebeu-se que todos os interlocutores procuraram contribuir com seus conhecimentos e informações para que a pesquisa refletisse a situação com que lidavam, num clima amistoso e construtivo e também por desejarem evidenciar problemas do seu cotidiano.

Elaborou-se um plano para selecionar os elementos dos grupos focais com as equipes de SB (ESB). De acordo com NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS (2004) é importante evitar que amigos, vizinhos e parentes participem do mesmo grupo para que não ocorram conversas paralelas ou tenham inibições.

A amostra foi intencional e por conveniência procurando não constituir um grupo com “sujeitos implicados” entre si. Cuidou-se de convidar pessoas de unidades diferentes, dentro da Coordenadoria Regional de Saúde escolhida.

Para os Grupos Focais com as ESB e CG foi utilizado o mesmo roteiro das entrevistas individuais e coletivas, após este ser discutido com as psicólogas contratadas para coordenação dos grupos e para a ativação dos mesmos, adequando a ordem de apresentação dos itens.

A amostra do grupo focal em relação à CG e área de abrangência da pesquisa foram iguais por região (com três representantes) de cada uma.

Procurou-se manter a paridade no número de representantes do Conselho Gestor de Saúde do MSP por região, por este representar o segmento dos usuários e que poderiam ser ouvidos não necessariamente pela quantidade de população que representaram, porém pelas suas impressões enquanto conselheiros.

Todos puderam expor suas opiniões em harmonia, disciplina, bem como, as mediadoras elaboraram relatório com as percepções que tiveram dos encontros para posterior análise da pesquisadora.

3.6.4 Gravação, Audiência, Transcrição, Leitura e Codificação

Todos os encontros foram gravados com a anuência dos participantes. As gravações foram ouvidas e transcritas de modo integral.

Foi realizada a leitura criteriosa dos depoimentos obtidos e passou-se para a codificação (consiste na organização que se apóia no projeto da pesquisa e facilita a interpretação e análise).

Os sujeitos da pesquisa foram codificados do seguinte modo:

Coordenadoras = **C**, seguidas do número que foi alocado por sorteio, um a seis entre parênteses: (C1); (C2); (C3); (C4); (C5) e (C6).

Interlocutores = **I**, seguidos pelos caracteres que indicam o primeiro e o segundo grupo, ou seja: I_19 e I_21, sendo que os números 19 e 21 referem-se às datas em que as entrevistas coletivas foram realizadas (em 19 e 21 de outubro de 2006).

Equipe de Saúde Bucal = **ESB**, cujo GF foi realizado (12 de dezembro de 2006).

Aos representantes dos Conselhos Gestores de Saúde do MSP foi dado o código **CG** e realizou-se o GF com eles (17 de março de 2007).

As entrevistas com as coordenadoras foram realizadas nas seguintes datas: 8 de dezembro de 2006, 15 de janeiro de 2007, 14 de fevereiro de 2007, 15 de fevereiro de 2007, 8 de março de 2007 e 14 de março de 2007.

3.6.5 Perfil dos Respondentes

Os entrevistados dos quatro níveis são: direção, tático, operacional e dos representantes dos usuários, respectivamente: coordenadores (**C**), interlocutores (**I**), equipe de saúde bucal (**ESB**), e conselheiros gestores do segmento usuário (**CG**).

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados para compor o perfil dos sujeitos da pesquisa (Apêndice 6), que, após análise e elaboração de gráficos, forneceu o perfil de cada grupo que foram interpretados pela pesquisadora.

a) Perfil do Grupo “C”

Todas pertencem ao sexo feminino e são formadas em odontologia; cinco têm de vinte a trinta anos de formatura, e uma mais de trinta anos.

Todas com pós-graduação em nível de especialização, sendo que uma com mestrado em saúde bucal coletiva.

Três com experiência em cargos de gestão na área de saúde bucal com mais de cinco anos, uma entre três e cinco anos e duas com até dois anos de experiência.

Quatro eram remuneradas com adicional pelo cargo e duas não recebiam esse adicional e para estas duas o cargo não era formal, só sendo formalizado para as outras (porém uma declarou de que não existia o cargo formal de coordenadores de SB e que elas eram assistentes técnicos de saúde, logo o preconizado pelas CSB ainda não ocorria oficialmente).

Cinco delas trabalhavam em período integral e apenas uma em período parcial.

Os requisitos citados pelas coordenadoras para o preenchimento desse cargo foram:

- Conhecimento técnico e comprometimento (quatro citações).

- Experiência profissional (três citações).
- Indicação política, motivação, graduação na área e especialização (duas citações).
- Trabalhar em equipe, ter bons relacionamentos, elaborar projetos, ter carreira como gestora e experiência administrativa (uma citação).

As coordenadoras apontaram os critérios para selecionar os interlocutores de saúde bucal nas supervisões de suas regiões:

- Técnicos e de compromisso (duas citações).
- Políticos (duas citações).
- Motivação (uma citação).
- Liderança (uma citação).
- Confiança (uma citação).

Ao serem consultadas sobre o número de unidades sob sua coordenação (UBS, AE, PSF e CEO, CRDST, AIDS), responderam que, dependendo da região, o número variava de 30 a 100 unidades.

As relações mantidas pelas coordenadoras com outras instâncias, setores e secretarias não foram respondidas por quatro delas. As duas afirmaram ter contato diário com o CODDEPS, uma delas disse ter contato eventual com o Gabinete de SMS (secretário adjunto e chefia), enquanto a outra mencionou contatos com as supervisões de saúde da região, com outras coordenadoras, almoxarifado central, universidades e PSF. Esses contatos acontecem por *e-mail*, ofícios, memorandos, telefonemas e reuniões.

b) Perfil do Grupo “I”

Dos vinte e sete interlocutores convidados a participar da pesquisa (vinte e duas mulheres e cinco homens), quinze compareceram às entrevistas coletivas (sendo onze mulheres e quatro homens).

O tempo de formatura dos quinze participantes foi de mais de vinte anos para seis deles, entre onze e vinte anos para sete deles e dois tinham menos de cinco anos de formados.

Dentre os presentes, apenas quatro não tinham nenhuma pós-graduação, sendo que dez tinham especialização e dois mestrado (destes um tinha também especialização).

Sete dos interlocutores atuavam na posição entre um a dois anos, quatro há menos de um ano, três entre três e cinco anos e apenas um há mais de cinco anos (o que mostrou um grupo com pouca experiência na área).

Nove interlocutores estavam sendo remunerados pela função e seis não. Onze consideraram seu exercício informal e somente quatro registraram formalidade.

Nove deles trabalhavam em período integral e seis em tempo parcial.

Em resposta espontânea às questões sobre os requisitos para se trabalhar “no cargo” consideraram:

- Ser indicado para cargo de confiança (nove citações).
- Ter experiência profissional (seis citações).
- Ser cirurgião dentista (cinco citações).
- Ter disponibilidade (quatro citações).
- Ter conhecimento em Saúde Pública (duas citações).

Também foi citado que, além da interlocução, dois tinham a função de chefe de unidade e os demais outras funções nas supervisões ou coordenadorias.

Os resultados diferem das observações citadas pelas coordenadoras, pois não foram incluídos: liderança, compromisso e motivação.

c) Perfil do grupo “ESB”

Dos dentistas que compareceram quatro eram homens e sete mulheres. Sete formados entre onze e vinte anos e quatro entre vinte e cinco e cinco anos, o que denotava experiência profissional. Em relação à pós-graduação, cinco tinham especializações, sendo que um deles tinha duas especialidades e outro uma especialização e um mestrado.

Quanto ao tempo de atuação na PMSP, nove CD atuavam no cargo entre dez e vinte anos, um entre três e cinco anos e um entre um e dois anos.

Na ESB dois profissionais registraram o recebimento de adicional por trabalho em período integral. Com relação ao tipo de US das quais procediam, seis eram de UBS, dois de PSF e três de CEO.

Para exercer o cargo de CD, nove responderam que era necessário ser concursado e dois (do PSF) registraram: indicação, seleção e inscrição. Ao registrar opiniões sobre a formação da ESB, cinco responderam que em suas US havia duas ACD para quatro CD e quatro afirmaram faltar ACD e trabalharem sem a presença permanente delas. Outro mencionou que em sua US havia quatro ACD para sete dentistas e o último uma ACD para três CD.

O perfil das ACD e THD foi analisado em conjunto, pois dentre as seis, apenas uma era THD, sendo todas do sexo feminino.

A formação das duas auxiliares variou entre zero e cinco anos, duas entre seis e dez anos e duas entre onze e vinte anos. O tempo no cargo de duas era de dez a vinte anos, e de quatro delas era entre um e dois anos. Uma atuava no PSF e cinco em US da SMS. Nenhuma recebia qualquer adicional e apenas uma atuava em tempo integral.

Sobre as US em que atuavam: uma no PSF, duas na UBS e três em CEO. Dentre as seis só duas trabalhavam a quatro mãos (módulo).

Quando responderam sobre os requisitos para exercer a função, duas afirmaram ser a formação, duas o registro no CRO, e cinco falaram do concurso público, repetindo as três observações anteriores.

d) Conselheiros Gestores (segmento usuário) - “CG”

Os componentes deste grupo eram quinze, sendo cinco homens e dez mulheres.

As ocupações registradas foram:

- Do lar (cinco)
- Atividades autônomas (três)
- Aposentados (três)
- Técnicos (dois)
- Prestadores de serviços (dois)

Oito participantes tinham possibilidade de dedicação integral.

Ao responderem sobre a razão pela qual eram conselheiros, sete responderam que os motivos eram políticos, e oito por vários outros motivos que foram incluídos na categoria “altruísmo”, pois todos visavam melhorias sem nada em troca.

Para a forma de designação para serem conselheiros, eles citaram:

- Eleição (dez citações)
- Indicação política (uma citação)
- Escolha da chefia (duas citações)
- Dois citaram conhecimento de leis, respeito com o coletivo e trabalhos comunitários.

O nível de representação do grupo foi o de onze participantes de UBS, três de supervisões de saúde e um do conselho municipal de saúde.

Dentre eles, sete tinham recebido capacitação para ser conselheiro e oito não. Essa capacitação foi realizada para dois deles no CEFOR, três em UBS e dois na FSP/USP.

Quanto ao tempo de atuação no cargo, os CG da pesquisa apresentavam-se assim:

- de seis a dez anos – dois deles
- de três a cinco anos – seis deles
- de um a dois anos – cinco deles
- com menos de um ano – dois deles

Os objetivos dos CG nas respostas à questão aberta foram:

- para melhorias para a população (cinco citações)
- por motivos políticos (cinco citações)
- por altruísmo (quatro citações)
- por desenvolvimento pessoal, próprio (uma citação)

Como os CG se vêem no exercício do cargo:

- Políticos (nove citações)
- Altruísmo (cinco citações)
- Desenvolvimento Pessoal (uma citação)

Requisitos para exercer o cargo na percepção deles (CG):

- Lutar por melhorias para a população (seis citações)
- Altruísmo (cinco citações)
- Motivos políticos (duas citações)
- Ser morador e usuário (duas citações)
- Dois não responderam

Com respeito às atividades dos CG serem exclusivas para o conselho ou não, responderam que sete deles têm também outras atividades, e oito tem dedicação integral aos Conselhos.

As outras atividades citadas pelos sete foram nas seguintes áreas:

- Comercial (dois)
- Outros movimentos populares (dois)

- Religiosa (quatro)
- Ações comunitárias (quatro)
- Os demais nada citaram.

Os CG já exerceram outras atividades:

- Administrativas (dois)
- Serviços (quatro)
- Funcionalismo público (dois)
- Sete não responderam (cinco conselheiras só trabalharam em casa).

Sete já participavam em outras associações. Oito registraram nunca terem participado de outras atividades comunitárias. Cinco tinham estado em associações de bairros, um referiu ter participado de uma ONG e um se vinculou a atividades religiosas.

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS

Classificação, Categorização, Apresentação, Interpretação e Análises

Para GIL FLORES (1994), a interpretação dos resultados pode seguir os seguintes caminhos: encontrar conexões entre os tópicos e o conjunto de dados; comparar os resultados obtidos com os de outros pesquisadores em estudos similares, buscando dados adicionais que sejam a chave para compreender os resultados do estudo; contextualizar resultados num marco teórico de referência que explique as condutas, opiniões e atitudes observadas e recorrer à própria experiência e intuição do analista.

As fases do esquema analítico desta pesquisa foram:

- Leitura da transcrição
- Re-audição das gravações
- Percepção dos sentimentos e posições
- Captação da essência do que foi dito e transcrito
- Fragmentação do discurso

- Exposição da idéia chave
- Transcrições das expressões-chave
- Categorização dos conteúdos das expressões- chave
- Evidenciação dos pontos positivos
- Problemas ou barreiras
- Propostas (oportunidades) e experiências positivas
- Apresentação
- Interpretação

Após a codificação, os textos foram classificados por temas, apoiados no roteiro em que foram elencados. Utilizou-se o esquema de trabalho descrito a seguir: pintura em cores dos trechos dos textos segundo os treze temas elencados para o estudo, destacando-se o material útil, “negritando-os” na tela do computador. Criaram-se categorias a partir dos próprios depoimentos, elaborando-se então quadros por sujeitos e categorias, as quais progressivamente foram depuradas, listadas e agrupadas numa matriz elaborada (exemplos do esquema analítico no Apêndice 7).

Cada um dos treze temas foi categorizado, segundo os aspectos: Posturas dos Sujeitos da Pesquisa, Idéias Centrais e Expressões Chave, Problemas, Experiências Êxitosas e Propostas.

As “Posturas dos Sujeitos” foram registradas pela pesquisadora durante as observações e as entrevistas e inferidas das próprias gravações, conforme a lógica interna dos grupos ou pessoas (MINAYO, 2004). As “Idéias Centrais e Expressões Chave”, conforme recomendado por LEFÈVRE et al. (2000); LEFÈVRE e LEFÈVRE (2004), foram ressaltadas dos discursos. Os “Problemas”, categoria onde predominaram os depoimentos, foram extraídos das expressões-chave, bem como as “Experiências de Êxito” e as “Propostas”, que foram categorias onde menor quantidade de material foi enquadrada.

Na fase de análise, foram elaborados sumários sobre os resultados temáticos em quadros que facilitaram as discussões e considerações.

3.8 REFLEXÕES SOBRE O ANDAMENTO DOS TRABALHOS

O trabalho teve uma fase de busca de referencial teórico, seguida por outra reflexiva e expectante do pronunciamento dos comitês de ética em pesquisa.

A organização, contatos e o agendamento dos encontros foram minuciosos e apurados para que tudo se desenvolvesse de acordo com os princípios e referências citadas.

O material foi robusto e muitas vezes os temas voltavam à baila nos depoimentos, o que levou a re-inserção de categorias nos temas.

As facilidades foram: o apoio das instituições (FSP/USP e PMSP/SMS), os equipamentos de informática e a *Internet* agilizaram e permitiram intensa pesquisa nos bancos de dados, o conhecimento da pesquisadora na área pela sua formação e por ter trabalhado em SMS, e pelo fato de residir no MSP e ter conseguido relacionamentos profissionais com pessoas-chave nas instituições.

Houve dificuldade para agendamento com os participantes, pois sempre estavam muito ocupados com seus afazeres e nem sempre podiam se dedicar a pesquisas; as barreiras financeiras, pois todo o trabalho foi subsidiado pela autora, sem restrições, mesmo não contando com apoio institucional. Dificuldade quanto à magnitude do município e as distâncias para locomoção, que foram vencidas pela perseverança. A dimensão que a pesquisa assumiu, num oceano de dados para serem trabalhados, que suscitaram o desejo de contribuir com o setor no sentido de apresentar detalhes sobre a real situação da ASB no município de São Paulo, também se constituiu numa dificuldade.

O processo da pesquisa buscou o rigor científico, primou pela autenticidade dos registros, do respeito e da ética, num rigor metodológico permanente. Espera-se realizar uma contribuição para o setor, com triangulação de técnicas de coleta de dados e de fontes, com diferentes níveis de sujeitos e diferentes espaços sociais.

4 RESULTADOS

Os dados colhidos nas gravações foram transcritos, classificados e categorizados para posterior interpretação. Assim também foi descrita a postura dos depoentes no momento da entrevista, a partir das anotações de campo. Todos os sujeitos mostraram-se cooperantes, mesmo dentro de suas limitações e disponibilidade, e puderam construir o conhecimento a respeito dos tópicos pesquisados. O processo percorrido para apresentação destes resultados foi o da: audiência; transcrição; leitura; codificação; classificação; categorização e interpretação das respostas dadas às perguntas contidas no roteiro de entrevista aos temas abordados sobre as DPNSB que por vezes estavam em ordens diferentes, ou misturados em outro assunto. Foram feitas as classificações das falas de cada entrevista com as seis coordenadoras, dos dois grupos de Interlocutores, da ESB e do CG (que foram considerados como níveis de: direção, tático, operacional e usuário, respectivamente).

Os depoimentos das coordenadoras foram elencados separadamente para classificações e comparações, codificados e listados como dados da coordenação. O mesmo foi realizado com os dois grupos das entrevistas coletivas e suas falas agregadas por temas que foram categorizados em grandes grupos: posição dos sujeitos da pesquisa, idéias centrais, problemas, experiências de êxito e propostas. Ainda se utilizaram outros dados provenientes (da SMS, do CEinfo, de documentos, de registros de cadernos de anotações da autora, e relatórios das ativadoras, coordenadoras das entrevistas coletivas e GF) para completar as informações. Ao analisar as categorias surgiram subcategorias e aspectos relevantes que também foram destacados em cada área.

4.1 ACESSO

Referente ao tema **Acesso**, os questionamentos aos sujeitos da pesquisa foram:

- a) Qual é o procedimento de encaminhamento do usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS) ao programa de Saúde Bucal (SB)?*
- b) Quem procura a UBS para qualquer tipo de tratamento também é encaminhado para o serviço de Saúde Bucal? Como?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

As **coordenadoras** evidenciaram posições idealizadas do tema. No entanto, afirmaram a existência de dificuldades, dúvidas, e de modo implícito apontaram para fatores políticos voltados à temática.

Os **interlocutores** mostraram interesse pelas atividades que desenvolvem, com frustrações por não poderem resolver os problemas do acesso, com críticas, divergências de opinião entre si e necessidade de possível revisão dos processos, devido a pouca autonomia nas suas competências. Durante o decorrer das entrevistas, as próprias dificuldades foram encaradas com bom humor, mostraram-se solidários entre si acreditando na força da estratégia de “Humanização do Serviço”.

As pessoas da **ESB** denotaram dificuldades para implantação das propostas de SMS, preocupação com a segurança pessoal, medo, desânimo e angústia. Consideraram dificuldades no relacionamento da equipe como fator de “stress”. Mostraram pontos de vista diferentes para lidar com a demanda e se percebe sensações de descontentamento e principalmente dos que atendem na recepção, devido a desentendimentos com os usuários que, às vezes, exigem criatividade nas soluções.

O **CG** apresentou-se com desânimo, afirmando ter pouca participação, indignação, frustração e sentimento de desvalorização. Essas percepções podem ser resultantes da oportunidade de abertura que um Grupo Focal proporciona e da vontade de se manifestarem chegando até ao

uso de palavras pesadas com repetições, conforme o tema. Houve discordância em alguns assuntos devido às realidades regionais e locais por vezes diferentes. No entanto, concordaram na desqualificação por não serem consultados e ouvidos, como comprova o dito:

“Nós não estamos contentes” (CG)

Todos os grupos pesquisados denotaram “apropriação e certo empoderamento” sobre os espaços, trabalho, situações, problemas e propostas, pois empregam pronomes possessivos em seus depoimentos.

A partir das exposições, inferiu-se que para este tópico seria interessante a categorização das formas de acesso apontadas e assim apresentadas, dada a possibilidade de destacá-las.

- Formas de Acesso nas Respostas dos Sujeitos da Pesquisa:

- a) Procura espontânea ou demanda aberta:

Ah! Pela entrada normal, recepção, mas a gente tá tentando mudar (C1).

Ah, todas as unidades tem uma demanda aberta. Eles chegam, procuram as Unidades Básicas por conta da necessidade que eles têm primeiro (C5).

Na maioria das regiões predomina a demanda espontânea (I_19).

- b) Busca ativa (PSF):

A não ser que seja o PSF em que realmente existe uma busca ativa (C1).

No PSF é mais fácil, a busca é ativa. Na maioria das regiões predomina a demanda espontânea. Há tentativas de entrar pela urgência (I_19).

Olha o que acontece lá, acho que é o que acontece igual em todo local, a pessoa pergunta, o Agente de Saúde vai e fala: “Vai até o Posto” - dia e data pra ser agendado. Não tem como as outras agentes fazer, vamos dizer, uma programação ‘pra essa família’, ‘pra aquela família’, isso não existe! (CG).

Destacaram, também, o papel importante dos ACS e a estratégia do PSF; que os grupos e a triagem organizam e orientam o serviço e pessoas:

O meu é PSF, elas fazem uma listinha, e quando a gente abre as vagas para triagem a gente já aciona essas agentes, então essas dez famílias são chamadas para serem triadas (ESB).

Eu sou do PSF também, são duzentas vagas e a gente faz diferente, a agente comunitária ajuda a estar convocando a triagem, tem grupos educativos, todos os grupos que acontecem, a gente também consegue estar agendando (ESB).

c) Crianças que são encaminhadas das escolas onde há PC:

Após avaliação nas escolas onde se realizam os PC, as crianças são referenciadas para as unidades, utilizando critérios de risco:

Esse é o fluxo normal (C1)

Os PC também prevêm o encaminhamento às UBS, após a triagem de risco e indicações para o serviço de SB. Encaminhamentos feitos por outros profissionais são pouco verificados.

A prioridade dos serviços pareceu ser o atendimento a gestantes, crianças e idosos, conforme o CG perguntou e respondeu:

Quem são os pacientes de prioridade? Gestante, idoso, deficiente, deficiente físico e mental (CG).

O acolhimento para dar orientação, atendimento ou encaminhamento ao paciente (humanização do atendimento) é realizado por funcionário, que para uma das **coordenadoras** é despreparado para atender o usuário:

Na maioria das unidades, infelizmente, o acolhimento não se dá de uma forma correta (C5).

d) Emergência e urgência são portas de entrada para muitos:

Há tentativas de entrar pela urgência (I_19).

Ele procura a unidade, ele pode procurar a unidade por uma questão de emergência odontológica ou para atendimento programado (C2).

Então, que ele [usuário] chegue e vá - ou através de horário, se ele está agendado (por exemplo), se é uma urgência, ele está com dor, ele vai ter que passar pela equipe da saúde bucal se ela estiver presente na unidade, no caso de dor... (C3).

e) Atendimento Programado:

Se não for urgência, essa pessoa, normalmente, depende da demanda de cada US, ela poderá ser orientada a retornar num determinado dia do mês, onde a Unidade faz uma triagem de risco, com todas as pessoas, para incluí-la com um grupo de pessoas no programa. A idéia básica disso tudo num primeiro momento é restabelecer as condições de saúde bucal, mesmo que não se faça o tratamento completo tradicional, mas restabelecer as condições de saúde bucal no maior número possível de pessoas (C2).

...e as demais [pessoas] enquanto não tem o agendamento deverão ser agendadas para grupo, para receberem ações educativas e preventivas em grupo (C2).

Partindo dos grupos que os dentistas participam, ou seja, grupo de gestante, grupos de hipertensos, grupo de diabéticos, então eles vão estar fazendo o acesso desses participantes do grupo ao Programa da Saúde Bucal da Unidade (C6).

f) Agendamento:

Feita essa avaliação de risco existe toda uma sistemática, os critérios estão bem definidos nas diretrizes, aquelas que têm médio e alto risco, portanto uma necessidade de tratamento imediato deveria ser agendada... (C2).

g) Listas de espera e filas:

É! As nossas Unidades têm um pouco de dificuldade desse acesso, a gente tem aquelas listas de espera. A gente tenta fazer aquela triagem proposta nas Diretrizes do Município. A pessoa é atendida no acolhimento, normalmente, que é a rotina das Unidades (C4).

Ficou explícito que há o uso regular de listas de espera, embora um participante afirmasse que a tendência é sua diminuição:

Antes estava sem vaga, agora está diminuindo (ESB).

A situação apresentada foi a de usuários chegando de madrugada, formando filas por uma possível vaga:

Em quarenta e cinco dias abrimos a vaga e aí conta quantas vagas tem por profissional, então, setenta, oitenta. O paciente chega às duas horas da madrugada para conseguir a vaga; na minha Unidade é marcado o dia da inscrição e chegam também às quatro horas da manhã (ESB).

Afirmaram que em muitos locais é preciso primeiro regularizar as listas antigas para depois se adequar à central de vagas:

Eu ainda tenho a lista de espera antiga que está sendo regularizada (ESB).

A população enfrentando filas homéricas (quatro horas da manhã, cinco horas já tem um pessoal na fila) (CG).

Há faltas devido à demora, quando o usuário é chamado, ele não comparece:

Depende do entendimento do que é lista de espera... Para mim o usuário ir dia primeiro e só passar dia 30 também é lista de espera... Quando ele é chamado, às vezes o telefone não existe, ele não mora mais lá, ou ele fala que já conseguiu em algum lugar, ou senão ele fica batendo na porta como urgência (I_19).

h) Encaminhamento do médico/enfermeiro para a saúde bucal:

Na atenção básica, em localidades onde o médico e enfermeira estão engajados nos encaminhamentos para SB, isto é considerado um progresso:

Alguma Unidade tem alta procura, tem a consulta de enfermagem, sabe, se isso fosse uma coisa que nós pudéssemos fazer em todas as Unidades, essa consulta de enfermagem ia poder pegar, em algumas Unidades é que existe, elas olham as pessoas, inclusive a boca (I_21).

Ele olhou a boca porque a gente fez primeiro combinado com os médicos e enfermeiros para estarem olhando a boca e, se for necessário, o tratamento é encaminhado na hora (ESB).

i) Regularizar listas antigas para adequação à central de vagas:

A demanda é muito grande, procura imensa, não tem tantos profissionais (I_21).

Acesso à saúde bucal não tem! (CG).

j) Grupos prioritários:

Os atendimentos prioritários: gestantes, deficientes, crianças e idosos lotam as agendas e consomem recursos, como afirmam os conselheiros:

A demanda é grande, o Estado tem dado (pelo menos na unidade que tem acesso) ele tem que priorizar crianças e gestantes... Só atende crianças, quando atende algum adulto é só pra caso urgente [em determinadas Unidades] (CG).

A gente abre mais vaga de criança porque geralmente é uma manutenção, uma coisa mais rápida do que de adulto (ESB).

Houve também citações de interferências, diferenças e semelhanças:

a) Existe interferência da gerência:

Onde num serviço se muda o fluxo do trabalho quando diretoras lidam com a questão de modo incompetente e irracional? A gerência em qualquer órgão, qualquer setor, funciona ou não se o serviço tem uma gerente que tem certa postura... Eu falo porque é assim, a gente trabalha também nesse sentido em função da gerência (ESB).

b) Diferenças:

[Existe] diferença de Unidade para Unidade..., a gente acompanha (CG).

c) Semelhanças, mas existe a esperança de um modelo universal:

Eu acho que de maneira geral, deve funcionar e ser tudo quase a mesma realidade, que é a da periferia (CG).

- Problemas

Na categoria de problemas foi salientado, como segue: a) Relativos a Recursos Humanos; b) Operacionais; c) Relativos às Políticas e Diretrizes; d) Quanto ao Planejamento e Execução; e) Quanto ao Corporativismo, f) Quanto a Gestão e f) Quanto a Infra-estrutura.

a) Problemas relativos a Recursos Humanos:

As pessoas envolvidas na ASB são de vital importância e todos os níveis de participantes dos encontros mencionaram problemas em relação às pessoas no quesito acesso. Dentre as **coordenadoras**, uma afirma:

Hoje nós temos um número aquém de dentistas do que nós precisamos (C1).

Os **interlocutores** dizem que o usuário chega à Unidade é atendido pela recepção, por um auxiliar e pode ficar perdido no processo, como diz este depoimento:

O paciente chega à porta de entrada da unidade e se a recepção não estiver bem integrada com a Saúde Bucal e não tiver o conhecimento do funcionamento dessa Unidade, vai falar: Ah, não tem vaga. Então o paciente fica o quê? Vai virar as costas e vai embora? (I_21).

A **ESB**, em relação às pessoas, refere-se às brigas. Aponta o descontentamento daquele que atende e o comportamento de funcionários que fogem ao protocolo e fazem com que o sistema não funcione. Como mostram os depoimentos:

... estavam falando que estava dando até polícia lá, por que as pessoas estavam brigando, então a gente está assim, fugindo completamente do protocolo (ESB).

... referente ao comportamento de funcionários que fogem ao protocolo e faz com que o sistema não funcione direito... (ESB).

O **CG** referiu-se à falta de contratação de profissionais, sobre a má organização do atendimento, às dentistas gestantes e aos encaminhamentos para o CEO, e do fato do CG não ser consultado:

Esse pessoal é... do concurso... Esse pessoal concursado é... como fala..., Vão é caducar. Não pode mais chamar! Falta pessoal! Alguns dentistas vão para cargos de confiança, são retirados das suas Unidades, dos seus consultórios para assumir uma vaga de gerente, na câmara... Falta de contratação de profissionais, ou falta de equipamentos, a discrepância é maior nos CEO... Na minha Unidade, por exemplo, tem três equipamentos pra odontologia, se tivesse os três períodos ocupados teríamos nove dentistas! Mas é ocioso, não tem dentista! Uma hora fala que contrata, uma hora " não-sei-o-que...". "Foi contratado lá pra trabalhar aqui" (CG).

Só tem dois dentistas, uma está gestante, então esquece, é gestante! (CG).

Muitas vezes a demanda é sempre espontânea, porque para chegar lá (CEO) tem que passar pelas Unidades locais para ser encaminhado para a referência (CG).

Eles me param na rua sobre o CEO, o que ela falou é a verdade... nós enquanto conselheiros, desde o início dessa gestão, não fomos consultados pela Supervisão, Coordenação, pelos Gestores pra construir um projeto, se eles viessem conversar conosco eles saberiam qual é a necessidade nossa, mas não veio desde o princípio; é assim o que a Secretária disse, nós não tínhamos um tempo pra poder conversar... Mas, como a senhora diz transparência se nem houve controle social, minha senhora? (CG).

b) Operacionais:

As **coordenadoras** apresentaram suas opiniões nesta subcategoria:

As unidades, elas ainda não estão trabalhando de forma muito uniforme com essas questões, às vezes elas colocam o nome do usuário na lista e vão chamando o usuário conforme a sequência (C2).

O médico observar os dentes... Eu sinto ainda essa, essa dificuldade...(C3).

É! As nossas unidades têm um pouco de dificuldade desse acesso, a gente tem aquelas listas de espera. Normalmente é orientado em relação à necessidade de programa de saúde bucal em algumas Unidades que tem e fazem grupos de orientação de pacientes, como funciona o serviço, como faz para ser orientado. Algumas Unidades têm isso outras não, outras dependem da procura espontânea... Não é uma coisa sistematizada, depende da Unidade (C4).

Uma das **coordenadoras** disse:

Raramente... Ainda o ginecologista, em Unidades que ainda tem aquele... O generalista fica mais solto ainda, ele encaminha gestante, por que sabe daquele programa da materno-infantil, antigo...Então, ela fala:... "Ah, você precisa fazer tratamento odontológico através do SUS..." (C5).

Nas falas dos sujeitos da pesquisa, denota-se que as questões operacionais que estão interferindo são: a falta de sistematização, a

necessidade do desenvolvimento de programas integrados entre as outras equipes com a da SB.

Os **interlocutores** também expuseram problemas operacionais com relação às listas de espera:

A gente faz por partes, a gente tenta disponibilizar pelo menos todo mês uma quantidade X; aí vai depender da Unidade, dos profissionais que tem, de vagas, aí enfim, você vai meio que parcelando; o problema é o pessoal “afunilado;... existe uma demanda muito reprimida também em relação, principalmente a adultos, porque o pessoal atende só criança. Agora que tá começando a introduzir...” (I_21).

A **ESB** reportou discussões, filas na madrugada para ter o tratamento, demanda elevada e longa lista de espera a operacionalizar, como se percebeu em depoimentos anteriores sobre os tipos de acesso:

Estavam falando que estava dando até polícia lá, porque as pessoas estavam brigando. Alguém que queira ser atendido na especialidade. Ele só quer que o dentista da Unidade Básica garanta isso: encaminhe! (ESB).

O **CG** discutiu o assunto afirmando:

“Tem um problema porque está sempre lotado sempre lotado” (CG).

Há atendimento prioritário aos grupos especiais que lotam as agendas, como por exemplo: os idosos. A demanda é elevada, como disse o conselheiro:

“Tem... lógico, o problema: tem que atender idoso!” (CG).

Afirmou, também, que algumas Unidades fazem o atendimento à população de fora da área da circunscrição e que:

“Não adianta insistir por consulta tem que agendar e esperar”.

Acrescentou que as Unidades da periferia ficam esquecidas, assim:

“quanto mais distante do centro, mais esquecidos nós somos”.

Também foi citado o atraso na implantação do CEO e transferência de problemas para o AMA:

As mudanças relativas à implantação da central de vagas terão que aguardar o atendimento da lista de espera que em alguns locais chega a seiscentas pessoas e a gerência impõe melhorar o serviço (CG).

c) Políticas e Diretrizes:

Para a **Coordenação** o que acontece nem sempre é o que foi previsto, assim comentaram:

Não é! Não é o que a área técnica preconiza nas diretrizes, as diretrizes é de que a cada quinze dias - no máximo uma vez por mês, todas as pessoas que demandaram a unidade... Em todo esse conjunto de pessoas (seja cem, duzentas, trezentas pessoas) seja feita uma triagem conforme os critérios de risco propostos (C2). É pontual, mas em muitas Unidades, eu diria na maioria, ainda não acontece... Não existe essa integralidade das ações, tão falada... (C5)

Os **interlocutores** comentaram as políticas dizendo que estão:

“Tentando praticar a equidade do SUS, e esse “precisar mais” fica complicado de fazer” (I_19).

Para a **ESB**, a central de agendamento deverá aguardar que os atendimentos da lista de espera sejam feitos.

As mudanças relativas à implantação da central de vaga terão que aguardar o atendimento da lista de espera que em alguns locais chega a seiscentas pessoas - a gerência impositiva limita a melhorar o serviço (ESB).

O **CG** afirmou que as diretrizes provocaram ampliações das faixas etárias para atendimentos, mas não houve aumento da oferta de serviços.

Tudo mudou a partir da nova Política: Diretriz da Saúde Bucal no Estado, que antes era atendido só até 14 anos, a partir disso aí, atende-se todo mundo, conforme a necessidade (só que não houve aumento no oferecimento de serviços para essa demanda que apareceu) (CG).

Mas também reclamaram da falta de diálogo com o Controle Social:

A política é assim: não conversa com controle social, porque se conversar nós sabemos da situação de saúde bucal e de outras necessidades, especialidades, enfim tudo que a gente sabe que tá lá, mas não conversa que é pra não ter controle social e não tem respeito (CG).

Comentaram sobre a falta de profissionais no atendimento:

Falta dentista por conta do remanejamento que se faz quando se muda o governo. Alguns dentistas vão para cargos de confiança, são retiradas das suas Unidades, dos seus consultórios para assumir uma vaga de gerente..., na câmara municipal... (CG)

O **CG** também mencionou a nova modalidade de US (AMA, mas que não se destina a SB):

O AMA - acho que não trata de dente... (CG).

d) Quanto ao Planejamento e Execução:

Diz uma **coordenadora** participante:

Acho que tem dois aspectos: naquilo que a gente quer que seja e naquilo que acontece ainda em algumas Unidades, então como o universo é grande de Unidades (C3).

Um integrante do **CG** reforçou a percepção da **coordenadora**:

Só pra fechar: nessa prefeitura, nessa secretaria não existe um projeto de saúde bucal na cidade de São Paulo; aumentou a demanda e não tá dando conta, não tem profissional para poder fazer. Então não tem projeto nem de saúde bucal, saúde mental não tem nada, e de saúde pública não tem nada na cidade de São Paulo, essa é que a verdade (CG).

O **CG** considerou que falta projeto conforme a real necessidade da população e o grupo de **interlocutores** e o da **ESB** não se manifestaram nesta questão.

e) Corporativismo:

Uma das **coordenadoras** considerou:

Ainda eu diria que em muitos locais continua sendo um “feudo” a odonto dentro da Unidade (C5).

Os **interlocutores** comentaram que há corporativismo e que: Odontologia é um serviço elitizado, quando a pessoa cai no balcão, se a pessoa vai até o balcão eles falam:

“vai falar com o dentista!” (I_21).

f) Quanto à Gestão:

Um componente da **ESB** afirmou que a gerência de um serviço muda o fluxo do trabalho e que o comportamento de funcionários que fogem ao protocolo faz com que o sistema não funcione direito:

A minha ex-diretora resolveu fazer essa lista de espera absolutamente incompetente e irracional (ESB).

A gerência em qualquer órgão, qualquer setor, funciona ou não se o serviço tem uma gerente que tem certa postura... Eu falo porque é assim, a gente trabalha também nesse sentido em função da gerência (ESB).

Quanto à *gerência* o **CG** disse faltar gerenciamento de processos e de logística, pois parte dos recursos é destinada aos idosos e há ociosidade nos CEO. A ociosidade é por falta de: dentistas, de encaminhamentos e da

lentidão na manutenção dos equipamentos. O gerenciamento é diferente em cada local, com diferenças relativas aos recursos das unidades:

“Falta gerenciamento! Não tem equipamento, não tem médico, por quê? Porque você não está gerenciando a coisa” (CG).

g) Problemas com a Infra-estrutura:

Não foram mencionados pelas **coordenadoras**.

Os **interlocutores** afirmaram que:

As vagas são limitadas pela estrutura, [não] comporta toda a demanda (I_19).

A **ESB** deu exemplo que mostra uma condição desfavorável ao acesso devido à falta de manutenção de equipamentos:

Eu, nós ficamos dois meses com o refletor quebrado de dois consultórios, aí consertaram um, e assim um consultório funciona e o outro não, é sempre assim (ESB).

O **CG** considerou que para os serviços acontecerem depende de se ter dentistas e de equipamentos funcionando:

Os serviços [são] incompletos, falta ACD, faltam recursos, não tem a qualidade que tem em outros. Fazer um canal, não tem para onde ir, não tem pra onde correr. Há mais procura onde funciona, pois há lugares onde não funciona (CG).

- **Experiências de Êxito**

Segundo as **coordenadoras**:

A C1 mencionou o PSF como uma estratégia onde:

“realmente existe uma busca ativa”

Foi considerada como uma proposta positiva e rotineira:

As crianças também nas escolas são referenciadas para as unidades através dos levantamentos dos critérios de risco. Esse é o fluxo normal (C1).

Outra participante comentou sobre avaliação de risco, o agendamento prioritário de acordo com ele:

Feita essa avaliação de risco existe toda uma sistemática, os critérios estão bem definidos nas diretrizes aquelas que têm médio e alto risco, portanto uma necessidade de tratamento imediato deveria ser agendada, e as demais enquanto não tem o agendamento deverão ser agendadas para grupo, para receberem ações educativas e preventivas em grupo (C2).

Outra **coordenadora** acrescentou que há evolução positiva:

Se você perguntar se acontece em todas – não! Mas já acontece bastante, então eu acho um ganho, porque antes não se trabalhava com nenhum tipo de estratégia (C3).

E com relação à gestão a **coordenadora** complementou que a multidisciplinariedade é o ideal, mas que as iniciativas (na maioria das vezes) são pessoais:

O ideal, profissionalmente, é isso, que a gerente trabalhe multidisciplinarmente e que se crie um fluxo estabelecido dentro da unidade. Às vezes o PSF, como estratégia, ele usa as reuniões de equipe técnica, que participam o médico, a gerente, a enfermeira e o dentista, então eles alinham um pouco isso, como que está funcionando as áreas, como é que eles estão trabalhando. Às vezes fica a nível pessoal, do envolvimento profissional em relação à coisa, que ele vai e bate na porta do dentista e fala: ‘olha, quero...’ que era o que acontecia, tanto faz tradicional quanto PSF... (C3).

Outra entrevistada referiu-se ao acolhimento como rotina desejável:

A pessoa é atendida no acolhimento. Normal... É a rotina das Unidades (C4).

A **coordenadora** disse que o PSF faz orientações e trabalha com critério de risco familiar:

PSF é diferente, porque aí a coisa vai através das visitas domiciliares, as ACS são orientadas a orientar as famílias, através do risco familiar, então aí a coisa flui melhor, o acesso flui melhor... (C5).

E houve outro comentário que destacou o levantamento das necessidades e que a partir deles as pessoas vão ingressando no programa. Citou também o acesso dos escolares cadastrados para os PC:

Nas Unidades de PSF as visitas, os agentes comunitários... Então assim, as necessidades que eles vão levantando, vão trazendo pra equipe, e fazem os grupos de prevenção e triagem, e vão adentrando ao programa desse trabalho. A gente desenvolve os procedimentos nos escolares também, eles adentram na Unidade por conta dos procedimentos coletivos (C6).

Os **interlocutores** referiram-se a pontos positivos nas experiências vividas, como a do ACS como facilitador e a de atender só com triagem de risco, onde a demanda espontânea vem (mês a mês). O profissional tem data para a triagem faz a adequação e o agendamento eliminando a fila de espera:

Pega o livro de espera, chama, tria, agenda, atende e mantém parte da agenda para demanda espontânea. O único facilitador é o agente comunitário (I_19).

Afirmam também que onde é PSF com CD, há triagem de risco familiar e um trabalho mais integrado na região. Mencionam também testes que fazem com as Unidades para verificar como está o atendimento:

A gente tem ligado pra Unidades, aí no balcão fala assim “ah, não é aqui” - liga na odontologia - atende adulto aí? Meu pai está não-sei-o-que (inventamos lá uma coisa) - “Ah, não moça, aqui o dentista que atendia adulto foi embora... a outra só atende criança! Falou assim pra nós...”. (I_19).

A **ESB** conta que formar grupos e trabalhar com eles tem efeito positivo com crianças e adultos, bem como a reserva de vagas aos grupos dos agentes do PSF, as triagens, os acordos com os médicos e enfermeiros para exame da boca e, se for necessário tratamento o encaminhamento imediato têm dado resultados favoráveis:

Passar por um grupo primeiro tem surtido um efeito bom. A gente abre mais vaga de criança porque geralmente é uma manutenção, uma coisa mais rápida do que de adulto... Lá está funcionando bem assim, acabou com essa briga na porta (ESB).

O **CG** disse fazer o monitoramento e que o material é bom e não falta:

A gente acompanha... A única vantagem que está vindo desse programa é o material bom, eu não ouvi nenhum dentista reclamar sobre o material. A falta de material não existe lá! Não existe (CG).

Comentaram também que há Unidades onde há muitos dentistas; encaminhamentos para especialidades, equipamentos de Raio X e ampliações das áreas físicas:

As gestantes..., o pessoal tá safisfeito e tá fazendo prótese, tratamento de canal, não têm aquele problema de ter que esperar muitos dias. A minha Unidade sim - que beleza! Melhorou muito, está bem melhor em relação às outras Unidades, ampliou muito, inclusive até com o Raio-X (CG).

- **Propostas**

Surgiram sugestões das coordenadoras, como acesso pelos grupos da U.S. (prioritários ou regulares) acolhimentos e triagem:

C1: Fazer com que o acesso aconteça pelos grupos já pré-existent na Unidade.

C2: Dependendo da condição sistêmica dela, os crônicos, hipertensos, os idosos, tal, eles poderão ter uma preferência nesse agendamento, obviamente.

C3: *A gente pede para a gerente que a equipe funcione numa Unidade integrada, então se ele chega e ele vai ao balcão e tem uma queixa de dor, que essa pessoa saiba como, assim através de uma primeira conversa encaminhá-lo, então, acolher, é isso que a gente pede! Que ele seja acolhido para, o que é que está incomodando mais, se é a questão da saúde bucal. Que exista um fluxo que não dependa das escolhas pessoais das pessoas, que seja um fluxo estabelecido para isso. O que nós estamos buscando é isso, principalmente incorporar que passe toda vez por um grupo educativo; então você esclarecendo a população, você diminui conflitos dentro da Unidade, então as pessoas percebem isso no grupo educativo é uma educação social, eu acho, não é só, de entender como funciona porque ninguém entende muito bem como é que é este atendimento.*

C4: *A gente tenta fazer aquela triagem proposta nas Diretrizes do Município.*

C5: *Mas, nas Unidades, a gente, agora, através dos documentos das diretrizes, com as oficinas, tá procurando mudar essa mentalidade e colocar o agendamento, realmente, no expediente. Ter os dias de triagem, porque às vezes a triagem também é feita nos grupos existentes nas unidades, têm os crônicos, gestantes, crianças. Então através dos grupos - os dentistas se inserem neles e daí capta as necessidades pra uma triagem, através dessa triagem aí é que são tirados os grupos para atendimento mesmo.*

C6: *Grupos, então assim... É partindo dos grupos que os dentistas participam, ou seja: grupo de gestante, grupos de hipertensos, grupo de diabéticos, então eles vão estar fazendo o acesso desses participantes do grupo ao Programa da Saúde Bucal da Unidade.*

Os **interlocutores** registraram opiniões sobre práticas de triagem resolutiva com adequação e agendamento:

No livro de espera, chama, tria, agenda, atende e mantém parte da agenda para demanda espontânea; praticar a equidade do SUS; triagem de risco familiar com um trabalho mais integrado na região. Data marcada para a triagem com adequação, agendamento e não tem mais fila de espera; organizar o serviço sem jogar o atendimento para frente (I_19).

Para a **ESB**, as propostas foram as de criar métodos paralelos ao protocolo para lidar com a demanda elevada, tentando minimizar o sofrimento do usuário frente à longa espera. Fugir do protocolo, com uma lista de espera e um telefone de contato, ou via ACS, pois quando chegar a vez do usuário se faz o contato para a triagem (em número um pouco maior do que as vagas, devido às faltas), para diminuir brigas e fazer que os encaminhamentos para especialidades sejam pelo dentista da UBS.

O **CG** também fez várias propostas para padronizações: local, material, equipamentos, profissionais, otimização da capacidade instalada, encaminhamentos às especialidades, e isenção de influências políticas para a continuidade das ações que foram adequadas:

Eu acho que de maneira geral, deve funcionar e deve ser tudo quase a mesma realidade (CG).

Ter lugar pra trabalhar. Ter material e equipamento. Ter lugar com equipo e com dentista trabalhando (CG).

Por que não se aloca a coisa? ... Tem três equipamentos pra odontologia, se tivesse os três períodos ocupados teríamos nove dentistas! (CG).

Acontece que, naquele desfalque todo de três equipos e a quantidade de vagas por dentista, você não tem dois ou três funcionando e acabou! Às vezes, um às vezes dois, quer dizer: é ocioso, não tem dentista, não se colocam dentistas! (CG).

Nos CEO a demanda não pode ser espontânea, porque pra chegar lá tem que passar pelas Unidades locais pra ser encaminhado pra referência. Tem muitas Unidades que a demanda não tem sequer a pessoa pra atender, pra mandar pra referência... (CG).

Muda tudo, quando muda, o prefeito muda tudo... Coisas novas deles... Tira o que tá bom, já põe o dele, já vira tudo bagunça, não dá continuidade, o que é bom deveria dar continuidade e não acontece... (CG).

A seguir, apresenta-se o Quadro 23 sintetizando os resultados obtidos a respeito do tema Acesso.

Quadro 23 - Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre Acesso no estudo: "Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007", em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Idealizadas Dificuldades e dúvidas. Fatores políticos Implícitos voltados à temática.	Demanda espontânea ou aberta. Escolares após avaliação. <i>Procurar US em emergência odontológica. Atendimento programado. Avaliação do risco (critérios nas diretrizes). Agenda para tratamento imediato. Listas de espera. Triagem proposta nas diretrizes. Acolhimento e ações educativo/preventivas.</i>	<i>Faltam dentistas</i> Questões operacionais interferem: falta sistematização e desenvolvimento de programas integrados. O que acontece nem sempre é o que foi previsto. <i>O universo de Unidades é grande. Em muitos locais odonto é "feudo".</i>	PSF como estratégia e <i>real busca ativa</i> , como uma proposta positiva e rotineira. Referenciar <i>crianças das escolas para as US com levantamentos dos critérios de risco</i> , avaliação de risco e agendamento prioritário. Multidisciplinar. Iniciativas (maioria das vezes) pessoais. Trabalho com critério de risco familiar. Levantar necessidades Ingresso no programa. Acesso dos escolares cadastrados para PC.	Acesso pelos grupos das U.S. (prioritários ou regulares). Acolhimento e triagem: <i>acesso deve acontecer pelos grupos pré-existent na US.</i>
I	Interesse, frustrações, impossibilidade de resolver problemas do acesso. Críticas e divergências.	<i>No PSF a busca é ativa. Predomina a demanda espontânea. Tentativas de entrar pela urgência</i>	Usuário atendido pela recepção perde-se no processo. <i>Tentativas de entrar pela urgência.</i> Demora leva o usuário não comparecer quando chamado. <i>Demanda muito grande.</i> Problemas operacionais com listas de espera. <i>Dificuldades ao "tentar praticar a equidade do SUS".</i>	Na atenção básica, em localidades onde o médico e enfermeira estão engajados nos encaminhamentos. Experiências com o ACS como facilitador. Atender só com triagem de risco. Data para triagem, adequação, agendamento, sem fila.	Práticas de triagem resolutiva com adequação e agenda.
ESB	Dificuldades para implantar propostas de SMS. Preocupação com segurança pessoal, medo, desânimo e angústia. Descontentamento. Desentendimentos com usuários.	<i>Fazem-se listas no PSF. Quando se abrem as vagas para triagem acionam-se os agentes, dez famílias são chamadas para triagem. São duzentas vagas no PSF. ACS ajudam a convocar a triagem. Em todos os grupos a gente consegue agendar.</i>	Referem-se às brigas. Descontentamento dos atendentes. Foge-se do protocolo, sistema não funciona. Usuários chegam de madrugada em filas por uma possível vaga: Em muitos locais é preciso primeiro regularizar as listas antigas para depois se adequar à central de vagas para ter o tratamento. Demanda elevada e longa lista de espera a operacionalizar. A central de agendamento deve aguardar que os atendimentos da lista sejam feitos. Gerência do serviço muda o fluxo do trabalho. <i>Vagas limitadas pela estrutura (não comporta a demanda).</i> Falta de manutenção	<i>Abrem mais vagas para crianças, pois o atendimento é mais rápido.</i> PSF com CD, há triagem de risco familiar e um trabalho mais integrado na região. Testes com US para verificar o atendimento. Trabalhar com grupos tem efeito positivo com crianças e adultos A reserva de vagas aos grupos do PSF. Acordos com os médicos e enfermeiros para exame da boca. Se for necessário tratamento, encaminhamento imediato com resultados favoráveis.	<i>Combinar com médicos e enfermeiros para olhar a boca e encaminhar.</i> Criar métodos paralelos para lidar com a demanda elevada e minimizar o sofrimento do usuário frente à longa espera. Fugir do protocolo, com lista de espera, telefone ou ACS. Contato com usuário para agendar triagem evita brigas e indicar para especialidades.
CG	Desânimo, pouca participação, indignação, frustração e desvalorização.	Prioridade para as gestantes, crianças, idosos, <i>deficiente físico e mental.</i> Referências de que há procedimentos especializados com limitação de quantidades (próteses). CEO usuários chegam por encaminhamentos e há semelhanças entre US.	Os atendimentos prioritários lotam agendas e consomem recursos. Faltam profissionais, há má organização do atendimento. Diretrizes ampliam faixas etárias para atendimentos, sem aumento da oferta de serviços. Nova modalidade de US (AMA, sem SB). <i>Não existe um projeto de saúde bucal... Aumentou a demanda e falta profissional.</i> Falta gerenciamento de processos e de logística. Grande parte dos recursos destina-se aos idosos, ociosidade nos CEO por falta de: dentistas, encaminhamentos e lentidão na manutenção dos equipamentos.	Fazem o monitoramento. O material é bom e não falta. Há US com muitos dentistas, Encaminhamentos para especialidades, Raio X.	Propostas para padronizações, local, material, equipamentos, profissionais, otimização da capacidade instalada, encaminhamentos às especialidades. Isenção de influências políticas para a continuidade das ações que forem adequadas.

Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.2 ESPAÇO FÍSICO

Referente ao **Espaço Físico** os questionamentos feitos aos sujeitos de pesquisa foram:

- a) *Os consultórios são individualizados ou em módulos?*
- b) *Há equipamentos especiais (de tecnologia avançada)?*
- c) *Há adequação dos consultórios para pacientes especiais?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

Uma das **coordenadoras** suspirou ao depor sobre o tema denotando sentimento de posse, utilizando com frequência a expressão “os nossos”.

Sobre espaço físico, os **interlocutores** fizeram depoimentos no sentido de expor as dificuldades com as quais tinham se deparado, como: dificuldades de relacionamento com as instâncias políticas e corporativismo. Dificuldades estratégicas, financeiras, táticas, operacionais, de suprimentos de infra-estrutura, o que se pode perceber na transcrição a seguir:

Eu acho que a gente tem um problema seriíssimo de gerência, sabe o Coordenador da Unidade, ele tá com algum problema, ou, é que assim, dentro do Ministério pensa, a Secretaria do Estado pensa a Secretaria da Saúde [Municipal] tem que executar tudo o que todo mundo pensa. Então uma Unidade tem 120 funcionários e um gerente. Ele não tem uma equipe gerencial para ajudá-lo, muitas vezes ele não confia no chefe... E às vezes puxa o tapete, fala - não sei pra quem, chama deputado, quer dizer... Mas eu também acho que isso não justifica, porque se o cara quer ser coordenador da Unidade - ele tem um ônus e bônus nisso aí... Não é? Ele tem que exercer o papel dele e acabou, em minha opinião, sabe. E agora, ele tem um problema sério de gerência, ele não consegue conversar com os médicos, os dentistas, os enfermeiros, os ATA, e todo aquele pessoal que ele tem que gerenciar. A bucal não onera a Unidade, porque a bucal não demanda exame, então ela entra lá na sala dela e fica lá, ela só onera a Unidade na hora da autoclave, pra esterilizar o material, então é o que dá menos trabalho, é que o uma gerente falou pra mim: “a bucal é o que me dá menos trabalho” (I_21).

Consideraram a gestão realizada pelos CD, onde:

Nas Unidades em que o gerente, por exemplo, é dentista, ele começa a entender alguma coisa, tudo o que se passa inclusive da medicina? Então porque não ao contrário? Não é? Na medicina ele é o primeiro [cobrado], aí então ele tem que se “apoderar” disso aí, como a odontologia ninguém cobra, como se cobra a Mãe Paulistana, por exemplo. (I_21).

Comentaram sobre a desvalorização da ASB, dizendo:

Saúde Bucal não é prioridade... na secretaria, porque a população não reclama de nós. ...falam que falta médico... Haja vista, que tem UBS sem odontologia (I_21).

O segundo grupo de **interlocutores** encarou o tema rindo das dificuldades, sem entender a demora nos processos administrativos da rede.

A **ESB** apresentou seu desconforto, descrédito e a necessidade do improvisado, que sempre ocorre. Relataram, também, sobre o local de trabalho que é desestimulante, onde os equipamentos estão constantemente quebrados, há falta de verba e vivem buscando uma alternativa:

...a gente vai naquela famosa “um jeitinho ali”. É sempre assim. Se não trabalhar nessa cadeira trabalha em outra, a colega atende ali, então faz isso... (ESB).

A **ESB** manifestou a importância da atuação do Conselho Gestor, no sentido de cobrar pelo atendimento à população:

Tem outra realidade também porque tem o conselho gestor. Você parar o atendimento é outra realidade, você não consegue, por exemplo, ficar dois, três dias parado, porque vai ter uma pressão muito grande da população em cima da gerência e tal, então assim, o conserto vem rápido para adiantar o atendimento (ESB).

O **CG** afirmou que em alguns lugares existiam materiais de tecnologia mais avançada, mas ao mesmo tempo responderam: “huuummmm” (quase ao unísono, pelo menos quatro a cinco pessoas):

Ah! viajou... Nós estamos em São Paulo, “fia”, na periferia! (CG)

O que denotou que os conselheiros acharam “normal” não ter “o bom na periferia” pela fala cercada de risos e ironia.

Por outro lado, os **CG** falaram sobre a qualidade do serviço, no que pesa a dificuldade de espaço, equipamentos e estrutura dificultando a assistência:

Não existe uma qualidade no serviço bucal. Acaba que muitos usuários acabam indo para o particular mesmo sem condição financeira de pagar! Nós temos profissional que é formado no Japão, na Alemanha, na Itália, eu conheço profissional, eu conheço um médico que ele todo ano vai duas vezes por ano fazer curso de capacitação, porque ele é cirurgião, só que ele chega dentro do hospital ele não pode fazer a cirurgia do jeito que ele aprendeu lá... Não adianta o profissional se especializar lá fora, quando ele chega aqui ele não tem recurso! (CG).

- **Idéias Centrais**

Uma das **coordenadoras** descreveu as características dos consultórios dentários:

A maioria deles são em salas grandes com todos os equipamentos ali, alguns modulares outros não. Consultórios individualizados nós temos em pouquíssimos locais. Locais novos colocaram umas divisórias, os CEO novos, que a gente teve condição de fazer, têm divisórias, meia divisória, para dar um pouco mais de individualidade para o atendimento (C1).

Uma delas disse da necessidade de adequar os consultórios para os pacientes especiais:

Todas as especialidades têm que atender paciente especial, mas não se pensou em alguma coisa muito diferenciada não, tem que se adequar! (C2).

Sobre modulares a C3 relatou ter os módulos em algumas UBS, mas que funcionam como consultórios isolados por falta de pessoal auxiliar:

O modular a gente já tem em várias Unidades, principalmente aquelas que eram estaduais, a maioria que eu vejo assim, que eu chego, que são aquelas salas amplas. Sem o pessoal auxiliar... Funciona quase que como os consultórios isolados (C3).

Duas **coordenadoras** comentaram também de outras situações relativas aos espaços serem pequenos, redução da instalação de módulos e que atualmente, na maioria, os consultórios são individuais:

Salas pequenas, espaços pequenos, algumas são pequenas... Aquela idéia que a gente tinha de proliferar bastante os módulos no passado, aquilo ficou meio adormecido (C2).

Varia, na região tem algumas Unidades que são modulares outras individuais. A maioria é consultório individual. Módulos a gente tem em poucas Unidades (C4).

Para a C6 o espaço existe, porém não há equipamentos e auxiliares:

Espaço físico a gente tem. O que a gente não tem são os equipamentos e RH (C6).

Porém, quando questionada sobre a melhor disposição dos equipamentos, ela afirmou que são os módulos:

Módulos! Porque têm uma capacidade maior de atendimento nas nossas regiões (C6).

O primeiro grupo de entrevista composto por **interlocutores** aventou a questão de ter na rede equipamento muito antigo:

Tem 18 anos ou mais, na região tem muita coisa sucateada, antiga; tem equipo da saúde escolar que tem mais de vinte anos, não tem "micro motor" (I_19).

Tenho 15 bem antigas e três novos (I_19).

Na minha supervisão a gente tem duas Unidades que ainda têm módulos, e os novos que a gente acabou montando para o PSF, CEO, eles são individualizados - tipo box, com divisórias fechadinhas (I_19).

Com relação à adaptação dos acessos a usuários com necessidades especiais, o **I_19** disse que nas reformas das UBS procuraram fazer adequações:

Quando tem uma reforma procura-se alargar a entrada do consultório para passar cadeiras de rodas, já tenho banheiro para deficientes, com a rampa... Mas ainda tem um misto, tem uma rampa, mas tem escadas a odonto está lá em cima... Então este paciente é encaminhado para CEO que tem a rampa... (I_19).

O **I_19** falou da necessidade de ter um profissional especializado em pacientes com necessidades especiais. Mas, a recomendação das diretrizes é que se atenda. Citaram o PSF, onde o agente de saúde verifica os pacientes que tem dificuldades com locomoção e faz o agendamento. Abordaram a questão de que as Unidades ainda não estão adequadas estruturalmente para os atendimentos de clientes especiais e propuseram a transferência dos usuários entre as Unidades para que eles sejam atendidos num mesmo local.

O **I_21** referiu-se à inadequação do espaço físico e a falta de pessoal auxiliar, associado à demora no abastecimento de material de uso contínuo.

A **ESB** contou sobre a padronização do espaço físico, abastecimento, manutenção, adequação para clientes portadores de necessidades especiais e diferenças entre os consultórios:

Os pacientes com necessidades especiais podem ser deslocados para outros locais. Existem duas formas de pensar no paciente especial: tem o paciente especial que a gente considera o hipertenso, diabético, e tem o paciente especial com toda a questão neuromotora, aí tenho vários, eu não sei como as Unidades estão na questão da acessibilidade. Manutenção sim, agora material não mais, no começo até que a parceira se responsabilizava, mas agora, é da Prefeitura (ESB).

O **CG** discutiu a falta de local adequado para atendimento e afirmou que os consultórios (na maioria) são individuais (não modulares) e que enfrentam problemas:

“há dificuldade grande nesse sentido, muito grande” (CG).

Sem padrão na disposição de equipamentos e salas de atendimento:

“... lá é individual, na mesma sala, por exemplo, tem essa sala aqui (gestos) tem cadeiras aqui e é uma sala só!”.

Os representantes dos usuários ressaltaram que embora os profissionais sejam qualificados, não têm condições adequadas para o trabalho com qualidade:

Os dentistas, pelo menos os que eu conheço, eles são de primeira qualidade, agora só que a prefeitura não dá o recurso para eles trabalharem dentro da capacidade deles. Então é assim: eu preciso dessa garrafa para fazer o tratamento do meu paciente, não você vai usar esse copo, e se vire com esse aqui, então o que acontece: o profissional corta! (CG).

Disseram, também, que não há equipamentos e materiais odontológicos adequados às capacidades e possibilidades de trabalhar que os profissionais têm:

Temos ótimos profissionais formados no Brasil, só que só alguns (com estímulo) vêm trabalhar no serviço público e falta possibilidade de acesso (CG).

- **Problemas**

As **coordenadoras** referiram-se a vários tipos de problemas, como: dificuldades estruturais que não atendem a realidade e adaptações inadequadas a pacientes especiais:

Estamos atendendo pacientes especiais e o acesso está muito complicado, vão ter que quebrar uma parte, a porta não entra cadeira de rodas. Então realmente é isso, a gente sabe que algumas coisas são feitas assim meio..., não muito casadas com a realidade (C1).

Tem certa dificuldade: às vezes a cadeira é muito em pé, mas dá condições de atendimento. Eu acho que não teve essa preocupação quando foram montados, mas não impede o atendimento desses pacientes nas Unidades Básicas (C6).

Sobre problemas de falta de espaço, de profissionais e de auxiliares as **coordenadoras** comentaram:

Ele [espaço físico] falta na nossa rede como falta pessoal. A gente está em absoluta carência de pessoal auxiliar aqui (C2).

Nas Unidades antigas, a gente ainda tem consultórios pequenos, isolados, sem espaço para colocar uma cadeira para uma THD, difícil! (C5).

Os **interlocutores** declararam que não houve capacitação para os especialistas:

Tem gente que não sabe atender paciente especial, não tem nem noção, mesmo porque, o seguinte - foi dito no dia da admissão que quem fosse dentista comum ia ter... O dentista, clínico-geral, se quisesse fazer parte do CEO seria capacitado ou faria a especialidade. Como é que você quer que estes profissionais que não são especialistas

na endodontia, por exemplo, trabalhem, com as normas e parâmetros do Ministério da Saúde? O paciente dá um pouco de trabalho e grita e tal, então os outros profissionais ficam todos reclamando do serviço (I_19).

O grupo **I_19** comentou a questão política interferindo no espaço físico, devido à pressa para inaugurar as instalações do CEO, com inadequações graves e disseram:

Foi político... Na nossa região, se você visse a sala de Raio-X, dá vontade de cometer suicídio, a sala de Raio-X fica num quarto aberto, é módulo, tudo aberto...

Falaram também do uso de equipamentos para ações conjuntas, com efeito político, porém deslocando pessoal e desfalcando as UBS:

A gente tinha um trailer, tem um trailer “meio que doado”... A gente só usa em algumas atividades com a subprefeitura presente, aí tem que aguardar tem que fazer, então alocar para o profissional, mas não é uma estratégia que a gente adota, gosta de adotar, mas politicamente é necessário, porque todos os serviços da prefeitura ficam presentes nesse momento, inclusive atividades locais, porque para ir para lá a gente acaba alocando e então desfalca a Unidade, a Unidade fica desfalcada, então aí a gente passa por dificuldades. (I_19).

O outro grupo de **interlocutores** entrevistado afirmou que há falta de material de consumo e dificuldades com as compras e fluxos:

Existe um, eu não consigo entender assim porque, às vezes, na rede falta máscara, o dentista não vai trabalhar sem máscara, não é? Aí você pergunta para o almoxarifado central: “porque tá faltando máscara?” “Ah, acabou?” “agora que a gente vai ordenar a compra...” Aí demora..., demora, eu não entendo porque que espera acabar para... Não é possível, o processo que eles esperam acabar para pedir, deve ter alguma coisa aí..., e são coisas de uso contínuo..., usa direto, não tem como. O processo de compra é muito difícil... é isso que ela tá falando... Os materiais são excelentes, mas agora falta quase tudo, então nós estamos com os insumos praticamente zerados. Tá faltando máscara, gorro, avental. Aí a gente fica correndo, puxa de um lado, põe de outro, tira dessa Unidade, e fica assim. Agora que eles implantaram o Sistema, em que a gente vê outras Unidades, onde tem mais material, onde tem menos, como que está o consumo. (Só que não está funcionando) (I_21).

A **ESB** revelou que o espaço existe, mas que a manutenção é o problema de maior gravidade e um dos integrantes disse que o espaço muitas vezes reduzido impede o trabalho a quatro mãos:

Eu acho que é o problema mais grave, tem um espaço grande, mas a manutenção é mais problemática que o espaço. Na minha são dois equipamentos - modular, mas não é muito modular. É muito pequeno - não tem ACD, e o consultório assim, as cadeiras ficam praticamente encostadas na parede, então não tem nem como trabalhar a quatro mãos. Tem três cadeiras, mas só que uma delas serve de peça de reposição para as duas. Não tem previsão de verba, sempre assim. Espaço físico é uma coisa, manutenção é outra...(ESB)

O **CG** confirmou a falta de locais adequados para a instalação das salas de atendimento, e que não há um padrão sobre a disposição dos equipamentos. Mesmo com profissionais gabaritados, a qualidade do atendimento esbarra na falta de infra-estrutura e o serviço decai. O profissional concursado assume em regiões de difícil acesso e depois se transfere. Além disso, por questões salariais, ou do próprio local, o profissional desanima. Também disseram que falta acessibilidade para usuários com necessidades especiais.

Não adianta o profissional se especializar lá fora, quando ele chega aqui ele não tem recurso! Pode ser formado na melhor faculdade do mundo, se não tem estrutura para trabalho e ele quiser trabalhar, num... (CG).

Então não tem rampas, é só onde entra os carros. Isso aí é um grande nó - de acessibilidade, falta de elevador, rampa... Parece que a estrutura é feita de tal forma para ficar fechada, não tem alternativa de outra sala para uma atividade (CG).

Houve também um depoimento sobre o atendimento ao servidor público que deixa a desejar, levando-o a procurar tratamento pago na rede privada:

Alguém que já foi servidor municipal - lá a gente tem serviço de saúde bucal, só que às vezes não atende as necessidades dos usuários, dizia que não fazia esse serviço, tinha que tratar fora - três raízes!? (C1). Eu não corria esse risco e tinha que sempre estar precisando buscar fora, então a gente vê que o cidadão de São Paulo, a gente, que paga, ele não tem para nada. Sempre está precisando buscar longe? É! (CG).

- **Experiências de Êxito**

As **coordenadoras** afirmaram que embora houvesse dificuldades, houve pontos positivos também, como o aumento dos equipamentos de Raio-X e de periféricos. Quanto a espaços, elas consideram os módulos melhores para integrar a equipe, porém têm o aspecto negativo devido à possibilidade de contaminações. As Unidades de CEO e PSF têm equipamentos novos e foi mencionada, também, a construção de escovódromo:

Aumentou bastante o número de Raio-X na região. Houve um investimento um pouco maior do que nas outras administrações em relação a esses equipamentos, e periféricos. A gente conseguiu comprar alguma coisa, mas ainda falta muito (C1).

Acho que o módulo é melhor porque são salas mais amplas, assim, confortáveis. Não estou nem falando do aspecto interpessoal e auxiliar... Promove uma integração maior e uma contaminação maior também, não é? (C4).

Onde eu tenho espaço físico bom são as Unidades novas de PSF, aonde o parceiro investiu e reformou ou construiu. Aí os equipamentos também são novos, e aí tem espaço físico adequado, “para lá de bom” (C5).

A gente se preocupou com isso quando a gente reformou o CEO, na época estava atendendo esses pacientes especiais. A gente tem essa preocupação de colocar um escovódromo, ou seja, se permite o espaço físico do consultório, a gente coloca dentro do consultório. Se não permitir a gente coloca bem próximo do consultório (C6).

- **Propostas**

Das entrevistas com as **coordenadoras** surgiram algumas propostas com respeito a espaço físico, adequações, ampliações de espaço de consultórios, consultórios modulares, e cooperação dos parceiros:

Tem alguns Centros de Especialidades que já eram, já atendiam pacientes especiais, então facilita. Outros locais vão ter que ser adequados (C1).

No município eu ainda defendo que permaneçam os módulos, mas tem uma parte dos nossos colegas de região que não gostam dos módulos, que até desfizeram (C2).

O que você agiliza naquilo, por exemplo, às vezes tem uma ACD, ela consegue agilizar um pouquinho mais em função do módulo (C3).

A gente entende que se a gente tem essa população enorme, essa carência grande, eu entendo que [deveria] ter mais equipamentos, mais dentistas; a gente consegue uma cobertura maior (C6).

O **I_21** criticou o fato de ter equipamento modular sem auxiliares:

Se a gente tivesse THD seria melhor modular. Só que, o que acontece é que nós não temos pessoal auxiliar, então você fica, às vezes, com os equipamentos parados, porque não tem ninguém para instrumentalizar o profissional. Então você não otimiza o espaço... Então é muito assim, tem que jogar muito o espaço físico com o que você tem de pessoal... O abastecimento é natural, porque a rede é muito grande. A compra às vezes atrasa, mas a qualidade... Melhorou. O dentista da prefeitura tem acesso [ao material de qualidade]... É acessível a todos (I_21).

Citou que o PSF utiliza no atendimento domiciliar o equipamento portátil e em alguns casos:

“ele trabalha nas casas também” (I_21).

O **CG** enalteceu a política de saúde bucal do atual governo federal e reforçou a política do governo em relação à SB:

O governo Lula, eu acho que, pelo menos teve coragem de falar que o brasileiro precisa de um atendimento de saúde bucal, foi o único governo que teve coragem de falar, porque os outros, nem para fazer conversa (CG).

Comentaram, também, sobre o Programa Nacional Brasil Sorridente, salientando a boa concepção e a falta de sintonia na realização:

Não sei o que está acontecendo porque o programa foi muito bem elaborado na época por causa do ambiente, mas eu não estou vendo o sucesso disso, como era para estar, eu não tô vendo. Agora, não basta o governo federal colocar lá o programa Brasil Sorridente, vamos dar atendimento comum. É preciso o Brasil todo apoiar essa coisa. Porque a saúde foi municipalizada. E os estados? O município fica sem compromisso, porque não houve uma sintonia. Eu acho que todo mundo precisa policiar (CG).

O **CG** reforçou a necessidade de fixar o profissional ao local onde atua: Eu acho que o que precisa aí é para ver. É ver como é que vai ser o concurso por área:

“Olha você vai prestar o concurso para trabalhar em tal área e dar cobertura ali e não se transferir” (CG).

E também enfatizaram a necessidade do controle social:

É preciso que o Brasil todo apoiar essa coisa. Porque a saúde foi municipalizada, e os estados? O município fica sem compromisso, porque não houve uma sintonia. Eu acho que todo mundo precisa policiar (CG).

A seguir, apresenta-se o Quadro 24 sintetizando os resultados obtidos a respeito do tema Espaço Físico.

Quadro 24 - Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre Espaço Físico no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Suspiros Apropriação Detalhamento “Nossos !”	Salas grandes, modulares ou não. Consultórios individuais (poucos) com divisórias. Adequações para pacientes especiais. Módulos em UBS como consultórios isolados por falta de auxiliares (principalmente nas estaduais). Espaços pequenos. Redução de instalação de módulos. Espaço e bons equipamentos existem. Falta pessoal auxiliar. Sugere-se disposição dos equipamentos em módulos (aumenta a capacidade de atendimento).	Dificuldades estruturais. Faltam adaptações à pacientes especiais. Algumas coisas não são casadas com a realidade. Faltam espaços, profissionais e auxiliares. Consultórios pequenos, isolados, sem espaço para cadeira da THD.	Aumentaram periféricos e equipos de Raios-X. Módulos: para integrar equipe. Aspecto negativo: contaminações. CEO e PSF têm equipos novos. Construção de escovódromos.	Adequações, ampliações dos espaços de consultórios modulares. Cooperação de parceiros. <i>Com mais equipamentos e dentistas há uma maior cobertura.</i>
I	Riem das dificuldades. Não entendem processos administrativos. Gestão de CD é boa. SB é desvalorizada	Equipos antigos e novos (individuais). Adaptação para pacientes especiais. Reformas: <i>alargar a entrada do consultório para cadeiras de rodas, banheiro para deficientes, misto (rampa e escadas). Odonto fica na parte superior, com especialista para pacientes especiais.</i> No PSF, ACS verificam pacientes com dificuldades de locomoção e agendam. Inadequação do espaço físico. Falta pessoal auxiliar. Demora no abastecimento de material.	Sem capacitação para especialistas: <i>não sabem atender paciente especial.</i> Política interferindo no espaço físico - <i>pressa ao inaugurar CEO.</i> Inadequações graves. Uso de equipamentos em ações conjuntas, com efeito, político e desloca pessoal e desfalca UBS. Falta material. Dificuldades em compras e fluxos.	Material de qualidade.	Transferir usuários entre unidades. Equipamento modular (sem auxiliares!)
ESB	Desconforto Descrédito Improviso Desestímulo Buscar alternativas	Deslocamentos de portadores de necessidades especiais para outros locais. Manutenção. Diferenças entre consultórios. Abastecimento de material pela PMSP.	<i>Espaço existe, manutenção é a maior gravidade.</i> <i>Espaço reduzido impede trabalho a quatro mãos.</i>	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.
CG	Locais com materiais e tecnologia avançada. Ironizam as carências da periferia.	Falta local adequado para atendimento. A maioria dos consultórios é individual. Sem padrão na disposição das salas. Profissionais qualificados não têm condições para o trabalho com qualidade. Sem equipos e materiais adequados às capacidades e possibilidades. Falta possibilidade de acesso.	Não há padrão na disposição dos equipos. Profissionais desmotivados em regiões de difícil acesso, questões salariais, ou do próprio local. Falta acessibilidade para usuários com necessidades especiais. <i>Não adianta se especializar lá fora – faltam recursos!</i>	Não houve depoimentos.	Enalteceram a política do “Brasil Sorridente”. Boa concepção e falta de sintonia. Dar atendimento comum. Fixar profissional ao local onde atua. Controle social: <i>É preciso apoio do Brasil todo.</i> Saúde municipalizada. Município sem compromisso. Não houve sintonia. Precisa policiar, procurar tratamento “pago” na rede privada.

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os questionamentos referentes ao tema **Urgência e Emergência** em Saúde Bucal aos sujeitos de pesquisa foram:

- a) *Onde são realizados os atendimentos? Como? Em que períodos?*
- b) *Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa de Atenção à Saúde Bucal? Como é o procedimento?*
- c) *Há encaminhamentos formais?*
- d) *Há referência e contra referência? É formal?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

As **coordenadoras** mostraram-se críticas com este tema. Os participantes do grupo **I_21** mostraram-se interessados nos casos reais de emergência.

Um integrante do **CG** fez declarações que denotaram imposições e ameaças, mostrando frustrações e descrédito:

Olha se a senhora não for atender agora, olha eu não sei... eu vou na Coordenação, na Supervisão, Conselho Municipal eu não sei onde eu vou, mas que senhora vai ter que atender vai! (CG).

- **Idéias Centrais**

As **coordenadoras** fizeram comentários sobre a urgência afirmando que elas devem ser atendidas nas US, desde que haja condições para tal:

Ela tem que ser atendida na unidade. A princípio nós temos algumas unidades que acabam tendo alguns problemas, por falta de profissionais. Então, sempre a emergência tem um número de vagas pra essa urgência e emergência que pode ser atendida, em termos de esterilização do instrumental tudo isso (C1).

Disse que na região em que ela está:

“Todos os Pronto-Socorros têm odontologia (C1)”.

Porém, nas US pode-se passar as urgências para o período seguinte quando não for possível o atendimento no período em que o usuário chegou:

Aí tem a estratégia, dá para atender agora? Não, ou dá, não, não dá. Se tiver algum dentista para o segundo período imediatamente aquele dentista que já está com o instrumental e tentar encaixar ou então para o dia seguinte medicar, mas assim, não

deixar solto, se ele for da tua área - porque urgência não tem território chega à unidade ele pode ser do outro lado da cidade ele vai ser atendido... (C3).

A gente tem orientado para organizar o serviço - que se estabeleçam os horários nos começos dos períodos, porque cria um fluxo... (C3).

Foi dito que o atendimento à urgência depende da organização da Unidade e da região onde está localizada:

É... Depende das unidades. Algumas unidades, por exemplo, é... Não registram tantas emergências quanto outras. Porque também, a gente repara que tem algumas unidades com uns bolsões de invasões, de uma população que de repente aumentou. Então nessas unidades próximas a essas regiões a gente tem muita urgência (C6).

Ah, sim. Eles fazem o atendimento de urgência, daquele momento daquela necessidade do paciente e orienta; "ah você tem que buscar na Unidade Básica mais próxima da sua residência" (C6).

Falaram da necessidade da avaliação do profissional em relação ao problema do usuário e que o atendimento deve ser resolutivo:

Então a princípio ela [a pessoa] é atendida. Lógico isso não pode virar um PA, a gente não quer que a Unidade vire um PA. Existem alguns critérios, a pessoa dá uma avaliada. Ver se realmente é dor, um caso de urgência, ou a coloca numa lista normal pra ser atendida (C1).

Faz parte das nossas Diretrizes que toda a urgência tem que ser avaliada pelo dentista. Ele vai atender conforme suas condições. Obviamente que se um dia aparecer dez, vinte urgências fica inviável, mas o dentista tem que pelo menos fazer uma avaliação da urgência, procurar dar o atendimento resolutivo dentro da sua possibilidade, quando não - fazer o encaminhamento para o serviço de urgência, mas elas devem ser atendidas, sim, na unidade! (C2).

Outra **coordenadora** enfatizou a humanização, o acolhimento e o conforto que se deve proporcionar obedecendo ao fluxo de atendimento.

Então, na verdade assim, a... Eles têm que fazer urgência deixar, aquela pessoa numa situação sem dor, se for uma endodontia, abrir este canal tal, e referenciar pra Unidade de Saúde, porque a porta de entrada pra qualquer outra coisa é a Unidade de Saúde (C1).

Na diretriz a gente tem também esse acolhimento, porque isso já é uma coisa trabalhada antes, humanização, acolhimento, até para equipe de saúde bucal até para ter um norte, mas até para quem não é da equipe de saúde bucal também ter um norte do que é e como proceder nas urgências... A idéia é isso mesmo, dor tem que passar no mínimo por um acolhimento, se não tiver mais instrumental, não é porque termina o horário que ele não vai ser atendido, se ele chegar depois é só para o mínimo de organização no fluxo (C3).

O grupo **I_21** discutiu a emergência como porta de entrada. A **ESB** afirmou que há um acolhimento ao paciente em situação de urgência. Que se cumpre o protocolo de não recusar emergências, mesmo sendo CEO. O

usuário deve buscar a vaga do dia para não tornar a urgência uma porta de entrada sem a triagem, e que Urgência e Emergência fazem parte da rotina diária.

Os integrantes do **Conselho Gestor** apresentaram idéias das gerentes para agendar urgência:

O dentista vai avaliar, tem um trabalho com a demanda de emergência, não existe um padrão, a questão não é a ordem da supervisão é a gerente que impôs para a dentista, que após a urgência vai para o agendamento, pois tem agendamento mesmo em casos de urgência (CG).

A **coordenadora** mencionou: referências e encaminhamentos sob ofícios, desenho das referências e que os casos de câncer diagnosticados foram encaminhados para tratamento, com treinamento para isso.

Bom, ele faz o encaminhamento, existem ofícios de encaminhamento e ele vai encaminhar para o pronto socorro mais próximo, o serviço de pronto atendimento – o mais próximo da unidade (C2).

Todo o sistema de referência está desenhado. Mas muitos ainda o desconhecem (C2).

Todos os casos de câncer que foram diagnosticados na campanha de vacinação. Todos foram encaminhados para tratamento. Mas nós estamos querendo, cada vez mais, que isso fique mais institucionalizado. Tem um setor aqui na nossa secretaria que é o setor de credenciamento, que lida com regulação das vagas. Existe toda uma forma de regular a vaga na rede de alta complexidade (C2).

Nós fizemos em 2005 (um treinamento), já se fazia antes, mas nós fizemos em 2005, fizemos em 2006 e ainda você encontra gente na rede que não sabe para onde mandar o paciente (C2).

Citaram os pronto-socorros para atender as urgências que as US absorverem:

Existem três pronto-socorros, um em cada região que o princípio deles é atender a urgência que a unidade não consegue absorver e tem SB nos três. Mas, na unidade, a gente tem atendimento de urgência para a procura diária, normalmente a orientação é assim: o dentista avalia se a pessoa faz uma queixa ao médico, tá com dor de dente, normalmente esse paciente acaba indo procurar o dentista. O dentista avalia o caso, se é para passar na hora ou se dá pra ser agendado no outro dia. Se o dentista não está na unidade ele é encaminhado para o Pronto Socorro. Esse é o fluxo da urgência (C4).

Toda a rede básica atende urgência. Porque hoje... a urgência mesmo deveria ser atendida nos PS, nos PA e PS. Tanto que a gente encaminha aquela demanda de urgência que a gente não consegue atender, por falta de instrumental, acabou o instrumental do dia, naquele período, chegaram mais três, quatro urgências, não têm condição de atender... daí a gente encaminha pra um PS mais próximo, que seja referência (C5).

As **coordenadoras** comentaram sobre as dificuldades de relacionamento entre os pronto-socorros e US:

O relacionamento entre PS e Unidade de Saúde não é coisa fácil não! Continuam ainda os desentendimentos e ah! Mandamos para lá e não sei o quê não tem! E aí a pessoa também não fala. A gente pede para dizer em que período que foi e ela não fala e o dentista também não fala. Então é complicado o relacionamento (C4).

O PS não é da nossa administração direta, pertence a uma Autarquia. É uma outra... São subordinados administrativamente um ao outro... Não é da SMS. Então, nós também temos entraves, a gente até consegue marcar uma reunião, mas não tem como agir muito... (C4).

São funcionários de outro setor. É difícil o relacionamento entre PS e a UBS (C4).

O I_19 discutiu sobre a triagem e o fluxo de atendimento das urgências e emergências nas US que pode ser o encaixe antes ou depois do período programático, resolução de dor e encaminhamentos, critérios para não transformar a urgência em porta de entrada e não permitir que usuários se inscrevam em várias unidades com protocolos :

Ele vai pra unidade, e aí ele é triado. Verifica-se se realmente é urgência odontológica e ele é encaixado ou ele é atendido no início do período ou ele é atendido no final do período (I_19).

Tem outros municípios que tem fronteira com algumas unidades que têm emergência, então é resolvido o caso de dor dele e encaminhado pra Atenção Básica do Município dele... Aí vai ter que entrar naquela lista lá do começo da conversa... Aí ele vai pra demanda espontânea. “Espontânea”? [Risos]; que é a lista... (I_19).

Tem muito usuário, que devido a essa demanda (que a gente às vezes não consegue estar absorvendo) ele tenta estar entrando nas UBS através do tratamento da urgência. Então a gente tem que ter muito critério, até pra avaliar se é realmente urgência, e levar esse usuário pro procedimento normal, porque como a demanda é muito grande, às vezes os usuários tentam entrar na UBS através da urgência (I_19).

[os usuários] vão colocando o nome deles em todas as UBS, o que chamar primeiro ele tá no lucro, só que ele esquece às vezes de avisar à unidade onde ele deixou o nome, então às vezes acaba acontecendo isso... (I_19).

...mas aí que eu acho que deveria ter um protocolo, porque quando acontecem essas coisas normalmente a gente acaba percebendo, porque a mãe começa a gritar na porta, faz escândalo, cria caso... um horror, é tão desgastante, que a gente acaba atendendo... e daí ela vai fazer isso sempre, ela nunca mais entra no fluxo normal (I_19).

O I_21 disse que a mentalidade popular é lembrar do dentista quando há dor:

...a minha experiência, porque eu faço atendimento ainda. Quarta-feira é o dia que a gente mais atende emergência, porque todo mundo vai ao médico, e é o dia que mais clínica tem, e a pessoa já que está no posto de saúde, já que vai ao médico, vai ao dentista também, e traz os quatro filhos pra passar... Então quarta-feira é um dia que acontece muito isso... Provando mais uma vez, que a prioridade talvez não seja a odontologia, ou então, lembrem da gente só quando tá doendo, ou só quando... A

mentalidade da população é essa: dentista é igual Santa Bárbara, só lembra de Santa Bárbara quando tropeja, só lembram do dentista quando tá doendo... (I_21).

Mas isso é “pseudo-urgência” (I_21).

Tenho uma experiência legal, então tudo caía lá. Tudo era lá, porque tinha o acesso mais fácil. E o dentista, ele não dava conta – isso foi antes das diretrizes. Aí ele, da cabeça dele, ele falou assim: “não, eu tenho que fazer alguma coisa - sei lá!”, então ele chamou essa população de entorno e criou. Ele falou: “eu quero ver o que esse povo tem na boca!”. Então ele começou a fazer assim, porque ele via que ele chamava 100 pessoas, aí via quem tava pior, e começou a limpar, a tirar, o foco de infecção da boca da pessoa. Ele passou seis meses fazendo isso, aí faz um ano mais ou menos que ele contou essa história. Depois disso, essas emergências diminuíram, e isso era a diretriz que a gente tava aplicando na época, fazendo as oficinas. Ele que não conseguia trabalhar absolutamente, porque ele só atendia emergência (I_21).

Chegou lá com dor, tem hemorragia, abscesso, trauma, tem alguns critérios que o balcão já seleciona, mas eu mesmo, além dos meus pacientes agendados da endo, eu atendo urgência, todos lá. Porque é uma procura que você tem que atender, a gente não pode devolver para a UBS, teve uma reunião e falou-se que o CEO não deve atender urgência, não deve atender clínico geral, só que lá a gente por enquanto ainda está atendendo porque provavelmente vão montar um serviço para atender essa demanda, mas agora, atualmente ainda está (I_21).

Tem muita gente fazendo tratamento só na emergência, tem que tomar cuidado. Então está cuidando do dente, está tratando (I_21).

... ela é sim uma porta de entrada, porque alguns pacientes que a gente vê que tem necessidade de tratamento quase imediato, com várias extrações ou vários dentes que precisam, que tem algum abscesso a gente acaba encaixando para o tratamento. É preferível a gente atendê-los agendados do que, porque ele vem na urgência, é bem atendido, ele sabe que vem na urgência outra vez e não vai ser atendido, e está com dor e tal, então a gente prefere em alguns casos estar agendando. A gente procura dificultar isso, explicando para o paciente as regras, que ele não pode faltar, porque normalmente aquele paciente que consegue ser atendido por urgência, é aquele mais folgado entre aspas e não quer seguir as regras e que acha que pode chegar no horário, a hora que quiser e que vai ser atendido. A gente explica de faltas, se faltar vai perder a vaga, porque assim, a gente está abrindo uma exceção (I_21).

Os participantes do **CG** falaram sobre o atendimento de urgência realizado pós-avaliação do profissional, encaminhamentos, imposições de gerentes e de conselheiro, variando de US para US.

O dentista vai avaliar, deu aquele... Aplicou o remédio pra tirar dor, aí vai falar pra ela: “Olha você vai ter que voltar na UBS, no seu bairro e entrar na fila da emergência pra fazer tratamento” (CG).

Chegou com dor você entra, não é mandado embora, a questão não é a ordem da supervisão é a gerente que impôs para a dentista: “Olha, chegou aqui com dor não vai sair” (CG).

Eu acho que varia de unidade pra unidade e de profissional pra profissional (CG).

Olha se a senhora não for atender agora, olha eu não sei... eu vou na Coordenação, na Supervisão, Conselho Municipal eu não sei onde eu vou, mas que senhora vai ter que atender vai” [a criança acidentada] (CG).

- Problemas

Os encaminhamentos por especialidade se esgotam na medida em que há acúmulo de necessidades dos adultos e a contra referência necessita ser melhorada (ou efetivada), uma das **coordenadoras** afirmou ser difícil o hospital fazer essa comunicação.

Foram relacionados os seguintes problemas, de acordo com as falas dos participantes:

a) A contra-referência:

Eu acho que daria, não acho que você daria conta também de uma demanda de adultos que está muito reprimida, que é uma coisa que é histórica, vem vindo? Nós abrimos essa possibilidade de tratamento, mas a gente não está dando conta mesmo, a gente tem essa... falta de profissionais.... (C1).

... a contra-referência ainda eu acredito, isso é uma avaliação minha, pessoal, que ela deveria ser melhorada, da nossa especialidade para a rede básica. O mais complicado é a contra-referência da terciária para a secundária, dos hospitais e o que a gente tem colocado é que os nossos colegas da rede secundária é que não podem perder de vista esse paciente, eles tem que ir atrás (C2).

b) Absorção da demanda reprimida:

Aquela urgência que ele consegue absorver: a do faltoso, a agenda dele está incompleta, tem uma procura do dia que ele resolve. E ao mesmo tempo em que você atender muitas procuras diárias, que às vezes não são urgência, mas que a maioria tem necessidade de tratamento... Para esses usuários, se a gente atender fora do fluxo, às vezes a gente força um fluxo informal do acesso e acaba fazendo uma coisa muito pontual. Então a urgência tem que ser muito bem avaliada e bem orientada (C4).

A maioria das urgências é que já dói de vez em quando, quando eu mastigo dói é uma necessidade que já está acumulada e por falta de acesso a pessoa um dia passou lá e diz: hoje eu quero passar! (C4).

c) Falta rotina de procedimentos:

Falta médico e falta procedimento dentro das Unidades, aparentemente tem unidade que não tem o procedimento. Como deve ser atendido? Quais são as prioridades? Prioridades é gestante ou prioridade é emergência? É Pronto-Socorro ou não é Pronto-Socorro? Qual é? O que deve ser adequado? Agora é o que eu falei: tá faltando um projeto de procedimentos dentro das unidades (CG).

d) Limites na quantidade de instrumental que gera necessidade de avaliar se é realmente uma urgência:

Infelizmente, a gente tem assim uma quantidade de instrumentais que não é suficiente pra todos. Então, vamos supor que você vai fazer uma exodontia nessa criança, que poderia aguardar uma semana, ou de repente esse dentinho ele mordeu uma maçã,

você orienta pra comer coisas duras e o próprio dentinho... Acaba ocorrendo essa esfoliação, e aparecer realmente um paciente com uma dor aguda uma pulpite, alguma coisa que você precise usar uma Seringa Carpule pra fazer anestesia, e você não ter mais porque você usou pra esse outro paciente... Então por isso que tem a necessidade de fazer essa triagem pra saber se realmente é uma urgência... (I_19)

Em alguns locais e dias há apenas um profissional trabalhando então o atendimento das urgências fica bem difícil. Os pacientes são encaixados no decorrer do dia, podendo ser orientados para retornar no dia seguinte por falta de vaga ou por falta de material (ESB).

e) Lotação da agenda pelos pacientes dos grupos de prioridades:

Se for deficiente, se for idoso, se for gestante sim; porque se chegar lá uma jovem ou um rapazinho “vai no dentista particular, a prioridade já está lá!” prioridade é prioridade (CG).

A queixa dos nossos colegas na ponta, eles falam: “Olha, aqui a gente... próximo a nossa unidade, tem essa área que foi invadida e que tem pessoas de outras regiões e que acabam vindo pra unidade com necessidades é... com grandes necessidades de saúde bucal”. Então essas regiões a gente tem bastante urgência (C6).

f) Tentativas de aproximação com a Autarquia:

A gente já tentou nessa administração alguns encontros entre os Serviços de Urgência e Serviço Ambulatorial. Mas como eles são autarquias, fica difícil! Nesse momento acho que está mais difícil essa referência e contra-referência. São instâncias administrativas diferentes, e fica difícil. Alguns plantonistas são mais compromissados do que outros, e mesmo os dentistas das unidades também, então tudo é muito pontual. Embora devesse ser uma coisa assim, tranqüila, uma coisa mesmo de referência, contra-referência, vai muito, passa muito pelo compromisso que cada um tem com o atendimento (C5).

g) Desvalorização da SB:

Eu tenho tentado conhecer porque que a pessoa, porque que quando você está doente, você fala assim: “Puxa, não estou bem de saúde!” Você tem muita chance de morrer dali a cinco anos, e na bucal não é assim, você fala: “ah, minha saúde bucal está péssima”, “não, está ótima”, o dentista vai dizer que está péssima. É totalmente diferente a saúde geral da saúde bucal. A saúde geral, se você fala “eu não estou legal”, você não está legal mesmo! Agora a saúde bucal não, você fala “a minha saúde bucal é boa!”, aí o dentista vai olhar é uma porcaria, é bem diferente, então ele vai ao dentista por conta do trabalho [falta ao trabalho] mesmo.(I_21).

h) Prioridades:

É gestante, é prioridade, é emergência? É Pronto-Socorro ou não é Pronto-Socorro? Qual é? O que deve ser adequado? É o que eu falei - está faltando um projeto de procedimentos dentro das unidades (CG).

• Experiências de Êxito:

Privilégios são oferecidos como: transporte para os traumatizados, priorização aos usuários com risco biológico e social, preenchimento das vagas de faltosos com os que estão com dor:

A gente providencia até transporte, traumatismo, assim: queda, criança que cai de gangorra, quebra, a gente tem a panorâmica no... Têm os pronto-socorros da referência, não são todos... (C3).

Para isso tem a triagem, eu acho que a triagem, pelo menos a gente está tentando fazer lá na minha região, ela tem dado certo. Você tria seleciona e aquela pessoa que está com dor, ela vai... (I_21).

É uma maneira de se evitar vagas ociosas nas agendas e dar atendimento de urgência ao usuário (ESB).

- **Propostas:**

É isso, que ele entre e seja atendido na urgência. Se ele tiver que ser atendido e sentar na cadeira é porque ele já é alto risco. Então ele já tem uma prioridade no agendamento disso, na urgência a gente vai tentar trabalhar com ART, com a adequação de meio... (C3).

Por isso é o diagnóstico, quando você vê no acolhimento é que você vai determinar, eu acho assim, a gente tem critério técnico para isso, se é um abscesso, se é uma pulpite, se não for uma coisa assim tão grave, ah não, aí você tem que esclarecer justamente (C3).

Porque esse é o risco, a população quer fazer disso uma porta de entrada. Então essa é a orientação que nós damos, ele vai entrar, ele vai ser classificado pelo risco dele, ele vai ser agendado por aquele grupo que está marcado na unidade e vai ser o grupo educativo para a triagem de risco. Ele vai ter que entrar no esquema da unidade, por isso que tem que ter um fluxo muito bem definido (C3).

Se a equipe fizesse um protocolo (porque eu acho que o protocolo tem que nascer da base, não de cima - tem que ser da base) e estar atendendo esse protocolo - o que a gente está vivendo no dia-a-dia. Em cima desse protocolo pode gritar, espernear e mesmo que ela fale na ouvidoria, nos podemos obter o respaldo da Secretaria para a gente não engolir seco esse sapo (I_19).

Para isso tem a triagem, eu acho que a triagem, pelo menos a que a gente tá tentando fazer lá na minha região, ela tem dado certo. Você tria e seleciona. Aquela pessoa que está com dor – ela que vai... (I_21).

Alguns pacientes seguem o tratamento após terem entrado pela urgência, porque é preferível que eles sigam os tratamentos agendados, mesmo que por encaixes (ESB).

Agora a gente já teve uma reunião... ...e ela falou que o CEO não deve atender urgência, não deve atender clínico geral. Só que lá a gente, por enquanto, ainda está atendendo porque provavelmente vão montar um serviço para atender essa demanda, mas agora, atualmente ainda está (ESB).

A seguir, apresenta-se o Quadro 25 sintetizando as posturas e percepções sobre o tema Urgência e Emergência.

Quadro 25 – Posturas e percepções sobre Urgência e Emergência no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Mostraram-se críticas.	Atendimento nas US desde que haja condições. Podem-se passar as urgências para o período seguinte, quando não for possível o atendimento no período em que o usuário chegou. Demanda devido a bolsões de invasões de terra: <i>Nessas unidades há muita urgência.</i> <i>Não pode virar um PA.</i> <i>Ver se um caso de urgência realmente é dor, ou se coloca em lista normal.</i> <i>Toda a urgência tem que ser avaliada pelo dentista.</i> Ênfase a humanização, acolhimento e conforto que se deve proporcionar obedecendo ao fluxo de atendimento. Referências e encaminhamentos sob ofícios: dificuldades de relacionamento entre os pronto-socorros e unidades de saúde.	Os encaminhamentos para especialidades se esgotam na medida em que há acúmulo de necessidades dos adultos. A contra referência necessita ser melhorada (ou efetiva).	Privilégios são oferecidos como: transporte para os traumatizados, priorização aos usuários com risco biológico e social e preencher vagas de faltosos com os que estão com dor.	<i>Ele vai ter que entrar no esquema da unidade, por isso que tem que ter um fluxo muito bem definido.</i>
I	Interessados nos casos reais de emergência.	Triagem e fluxo de atendimento das urgências e emergências pode ser o encaixe antes ou depois do período programático, resolução de dor e encaminhamentos, critérios para não transformar a urgência em porta de entrada. Mentalidade popular é lembrar do dentista quando há dor.	<i>A mentalidade da população é de só lembrar do dentista quando há dor (“pseudo-urgência”).</i>	Triagem tem dado certo: <i>Você tria e seleciona aquela pessoa que tá com dor.</i>	<i>Equipe cumpre protocolo (se houver problemas pode-se obter o respaldo da Secretaria).</i>
ESB	Não houve depoimentos.	Há um acolhimento ao “paciente” em situação de urgência. Cumpre-se o protocolo de não recusar emergências, mesmo sendo CEO.	<i>Quando só há um CD trabalhando fica difícil.</i>	<i>Em alguns locais e dias há apenas um profissional trabalhando - atendimento das urgências fica bem difícil.</i> <i>Usuários são encaixados no decorrer do dia, podendo ser orientados para retornar no dia seguinte (falta de vaga ou de material).</i> <i>É uma maneira de se evitar vagas ociosas nas agendas e dar atendimento de urgência ao usuário.</i>	<i>Alguns usuários seguem o tratamento após terem entrado pela urgência, porque é preferível que eles sigam os tratamentos agendados, mesmo que por encaixes.</i>
CG	Denotaram imposições e ameaças. Com frustrações, e descrédito.	Apresentaram idéias das gerentes para agendar urgência.	<i>Chegou com dor você entra !(imposição da gerente da US para o CD)</i>	Não houve depoimentos.	Projeto de procedimentos nas US..

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.4 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Referente ao **Programa Saúde da Família** (PSF) os questionamentos feitos aos sujeitos de pesquisa foram sobre os itens elencados a seguir:

1. *Existe na sua área? Como é a atuação?*
2. *Como é a integração da Unidade de Saúde com o PSF?*
3. *Há unidade de PSF com atendimento à Saúde Bucal?*
4. *Como é a integração da UBS com a equipe de saúde bucal do PSF?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

A **coordenação** teve postura de respeito pelo PSF, porém percebe-se certo distanciamento e desligamento - embora considerasse que o PSF colabora e se integra como demonstra o paradoxo nas frases a seguir:

Tem na região... Eu não trabalho diretamente. Facilita muito o trabalho (C1).

PSF é uma estratégia de operacionalizar a atenção básica, ele não é um programa à parte do município! (C2).

Os **interlocutores** (dos dois grupos) também relevaram a importância do programa, mas um componente relatou:

Não é a oitava maravilha do mundo, nós montamos, a gente fala "nós", mas assim, parceria (I_19).

Um integrante do **I_21** denotou insatisfação com as parcerias e apreço pelo trabalho dos ACS:

Mas eu não vejo com bons olhos muitos parceiros não, [os AC] trazem bastante a comunidade (I_21).

A **ESB** manifestou-se por seus integrantes, denotando certo orgulho dos que são do PSF e críticas dos que não são e um deles disse:

Eu sou PSF! (ESB).

Disse o outro, reclamando e conformedo:

A Unidade continua "inflada" e sem condições. A minha só tem uma vantagem, que eu vejo: o PSF tem a verba deles! (ESB).

E comentaram a respeito das parcerias do PSF com o CEO e UBS:

...e de Unidades mistas embora completamente separadas, PSF não tem parceria com a UBS; tem com o CEO, só com o CEO (ESB).

Na minha região é totalmente separado, existiam mistas... É... Separado! (ESB).

Os **conselheiros** expressaram descrédito e conformismo pelo assunto.

- **Idéias Centrais**

Apresentaram-se as idéias predominantes entre os sujeitos da pesquisa. As coordenadoras emitiram opiniões sobre o PSF e destacaram o Agente Comunitário como um facilitador. A área de abrangência do PSF é menor, há unidades transformadas em PSF e outras que iniciaram como tal.

A política determina que o foco e o norte do Ministério da Saúde seja o PSF. As normas e números de equipes de PSF são determinados pelo ministério e com elas:

É mais fácil operacionalizar as Diretrizes (C2).

O gerenciamento do PSF atua de modo diferente com pessoas e jornada de trabalho. Existe autonomia para contratação de pessoal no PSF. Salientaram a importância do trabalho em SB com critérios de risco. O acesso à SB (PSF) é por micro-áreas e triagem de risco social.

Os interlocutores do grupo **I_19**, também, consideraram que o PSF tem facilitadores para o trabalho, como: os agentes comunitários, a área fechada, cadastro das famílias, a injeção financeira do parceiro, e o grau de comprometimento que é muito diferente (do profissional) devido à possibilidade de ser facilmente dispensável no regime CLT.

Um interlocutor do grupo **I_21** citou a carência de recursos humanos frente à demanda elevada e que as Unidades apresentaram diferenças e mesmo as equipes de PSF estão desfalcadas. Citaram também que o AC tem importante papel preventivo na saúde e administra a demanda quanto ao direcionamento e agendamento das necessidades dos moradores da área adstrita.

Foi considerado um grande avanço o fato de ter um CD em cada equipe de PSF e as diferentes concepções de cada parceiro que encaram à sua maneira a inserção da saúde bucal no PSF:

Nós temos PSF na região e realmente não tem dentista. Foram colocados agora os dentistas que foram contratados, que são da prefeitura, e que fazem 20 h, não 40 h como todos os profissionais de PSF (I_21).

Os aspectos operacionais de organização do serviço foram ressaltados, por uma coordenadora que afirmou:

Onde tem PSF o serviço é muito mais organizado (C5).

Para a **ESB**, o PSF provoca aumento da demanda na SB da UBS quando não tem dentista.

O **CG** considerou que o usuário do PSF é igual ao da UBS, que há falhas de comunicação e integração dos serviços de PSF e SB da UBS (sem visibilidade), interferindo no fluxo da Unidade.

Às vezes, ele interfere na agenda... Eles trazem os cartões e querem agendar as pessoas da área deles na UBS (CG).

Para os interlocutores há vantagens PSF em relação aos ACS, área, cadastro, finanças, pessoas, regime CLT, e trabalho instrumental, material e controle. Mas ainda consideram a entrada do PSF como um ponto positivo:

PSF tem a verba deles, então a gente, a odonto, acabou lucrando (ESB).

O **I_21** mencionou que houve apresentação das diretrizes municipais à ESB do PSF em oficinas.

As interferências que ocorrem na atuação do ACS em relação à SB de certo modo são positivas:

80% trabalham lá há muito tempo, presta atenção à atividade pública, não deixa passar nada (CG).

Tudo é comunicado entre a agente e a gerência do Posto de Saúde (CG).

- **Problemas**

Alguns problemas foram ressaltados pelos sujeitos da pesquisa:

a) O ACS não faz questionamentos sobre a saúde bucal em suas visitas aos domicílios e há interferências do ACS na forma de trabalho da UBS, embora ela deva controlar. Comentaram, também, sobre os prontuários que para a SB é específico:

A preocupação da Saúde Bucal no PSF, aquele questionário que a Agente chega à casa, todo mês, chega lá e pergunta: “Fulano de tal” o dono da casa, aí ela pergunta: “Como é que está sua família?” Mas aí, ela vai e pergunta: o pai diminuiu o sal? O agente comunitário marca lá sua pressão, vem mede e vê se está tudo certinho lá, para que as pessoas vivam um pouco mais... Isso aí é um fato. Saúde bucal não é vista... Agora como a saúde bucal está em foco... Pode ser que vai mudar... Daqui em diante quem vai implantar a saúde bucal, pode ser que vá mudar o funcional, mas até então... (CG).

No cartãozinho elas marcam o horário, criança, em tal data... Tudo isso é separado... O parceiro ele interfere muito na forma de trabalho, exatamente. Mas, quem controla é a própria Unidade, de acordo com a necessidade. ‘Damos o prontuário pro paciente’, acho que isso não existe - o prontuário do dentista é um, o das outras especialidades é outro... (CG).

b) Aumento da demanda sem adequação da infra-estrutura:

Acabou aumentando muito a nossa demanda com a questão do PSF junto e assim para gente não é legal (ESB).

Aumenta a demanda, mas nem sempre aumenta a infra-estrutura para dar suporte ao atendimento e pode trazer verba para a unidade que pode ser bancada pelo parceiro (ESB).

c) Relativos ao espaço físico

Pois há unidades com pouco espaço, principalmente para o trabalho em equipe em SB:

Tem áreas que é muito difícil - unidades básicas que tem pouco espaço físico, porque uma unidade de PSF demanda muito espaço físico pelo RH (C3).

d) O trabalho varia com o local e o perfil da equipe

A situação que se apresenta é, muitas vezes, de transformação de uma unidade tradicional em PSF com adaptação da equipe e isto depende do seu perfil, segundo uma das coordenadoras:

O que existiu foi assim: o PSF chegou em uma Unidade onde já havia dentistas e os dentistas já estavam lá há bastante tempo e de repente mudou o esquema da Unidade e a Unidade virou PSF exclusivo, e os dentistas tiveram aí uma... Alguns se adaptaram super bem, depende da equipe se a equipe teve vontade, foi lá e trabalhou, fez um trabalho legal e as equipes mais complicadas a gente não conseguiu (C4).

e) Pessoas e horas de trabalho

Há variabilidade sobre o horário de trabalho, dependendo da Unidade e do parceiro: É diferente, por exemplo, tem PSF que tem dentistas da prefeitura. Eu acho muito mais difícil trabalhar com esse PSF que tem dentista da prefeitura de quatro horas, do que com os que foram contratados, em função da proposta do PSF. Nós temos essas duas realidades na região. Alguns PSF têm dentistas que já estavam. Todas as Unidades funcionam com PSF. É que dentista fica um pouco à parte, porque ele não é contratado pelo PSF, não tem oito horas - trabalha quatro e acaba não participando de todas as reuniões. Porque o horário dele às vezes não coincide. Temos essas duas realidades na região. Acho que em todas as regiões de São Paulo, não é só a nossa não, as outras também (C1).

f) Os encaminhamentos no PSF

No caso do PSF pode haver encaminhamentos para a SB da UBS quando não há dentista na equipe. Pode também encaminhar do PSF para as especialidades e alta complexidade, o que parece não estar claro. É uma coisa difícil você falar aqui da coordenação. Acho quem está acompanhando de perto, da supervisão, é que pode sentir isso, e talvez não tenha trazido esse problema pra gente. Você diz no sentido da integração da equipe, do encaminhamento, como é que é regulada, a quantidade de vagas, do PSF, pra demanda espontânea dos grupos de triagem? Não é fácil, mas eu acho que depende muito das pessoas. Eu acho que... eu acredito que não é ruim (C5).

g) Carências

Houve o registro de problemas de falta de dinheiro, material, equipamento, de pessoas e da inserção delas no trabalho:

Nas UBS, a prefeitura, tem carência de tudo, desde recursos humanos, equipamentos e dinheiro. Antes era muito freqüente a educação continuada no Programa Saúde da Família, muito freqüente, não só no Programa Saúde da Família, como era estendido aos profissionais da Prefeitura e do Estado. Atualmente não ocorre, de fato, não ocorre! O pessoal do último concurso eles entraram - foram jogados lá... "eu não sei o que você e o que eu tenho que fazer. Eu não sei quem é meu chefe, não sei onde é a secretaria...", não sabe nada - não sabia nem a estrutura! (I_19).

Hoje a gente vê que falta sutura na Unidade, falta máscara na Unidade de PSF, porque municipalizou, exatamente [Risos]. É uma coisa que a prefeitura tem que estar bancando (I_19).

h) Instalações e instrumental

Um **interlocutor** comentou que o investimento necessário é maior do que o realizado:

Ah... Concordo com ela que o investimento é muito maior, nós tivemos aí, você está falando instrumental, nós tivemos o problema de montarmos três Unidades novas, em locais que não existiam consultórios odontológicos (I_19).

i) Capacitações (são pouco freqüentes)

As capacitações não são freqüentes como mostra o depoimento:

Eu estou há dois anos lá na região, e há um ano acompanhando o Programa Saúde da Família, em nenhum momento eles foram tirados, em um ano para estarem sendo capacitados pelo parceiro (I_19).

j) PSF sem SB

Os **interlocutores e a coordenadora** relataram a insuficiência das ESB (no PSF e nas UBS que são referências dos PSF sem SB):

Todas as Unidades têm PSF só que nenhuma delas tem o dentista da saúde bucal, e dessas trinta Unidades, somente catorze tem dentista da prefeitura. Então, quer dizer, muitas passam pela consulta de enfermagem, mas não podem ser encaminhadas porque elas não têm... Eles não dão conta de fazer o atendimento. Mesmo porque essas catorze Unidades são referências pra aquelas outras que não tem dentista. Então essas outras Unidades, aonde a pessoa vem com a queixa, elas são encaminhadas para a Unidade mais próxima com saúde bucal..., então fica difícil; as Unidades são diferentes...; lá na minha região tem Unidades que tem seis enfermeiros (C5).

A gente tem, em algumas supervisões... Eu tenho supervisões que não têm Equipe de Saúde Bucal no PSF nenhuma! Regiões grandes... Vila não tem Equipe de Saúde Bucal, embora tenha a unidade de PSF (C5).

...não consegue funcionar; porque são mil micro-famílias, multiplica por quatro cada... (I_21).

k) O grupo **I_21** falou da falta de prioridade da SB, das dificuldades para montar a SB nas ESB e baixa relação de dentistas por habitante:

É isso que acontece, porque você pode montar e habilitar uma equipe de PSF sem bucal, mas o contrário não. Eu estou com uma Unidade de PSF, para ser inaugurada, que é o Jardim [...] e está toda reformada. Foram feitos três consultórios de dentista tal, mas não! Vai ser inaugurado sem odontologia, sem equipamento, sem profissional... Porque é o corte de verba, vai ser cortado onde? Na área odontológica! Mas a gente montou, inaugurou agora, esse mês (outubro de 2006) uma... Um PSF com três dentistas, três ACD e tem oito equipes, tem oito médicos e três dentistas. Ou seja, eles têm que cobrir (...) as oito equipes. As oito equipes, quer dizer, que não ficou um pra um. Eles falam olha... nem dois pra um... na prática... Dá quase 10 mil pessoas pra um dentista (I_21).

l) Os **interlocutores** comentaram sobre a seleção e a demissão dos profissionais que são funcionários públicos, sugeriram a mudança da lei para trabalhadores:

O cara entra no concurso, depois ele não quer fazer nada, aí fica aquele entrave lá... Manda embora horas! Mas é concursado! [Confusão] então tem que mudar a lei (I_21).

m) Questões de ordem política impedem o crescimento das equipes PSF

É porque, tem PPA anual que a prefeitura faz, que a secretaria faz, “não-sei-o-que”. Eles liberaram 50 equipes para os quatro anos. A gente achou que fossem 50 equipes por ano, seriam 200 equipes nos quatro anos, mas depois aí...”não são 50!” Aí a coordenadora de bucal do município, brigou, brigou, brigou, esse ano conseguiu, foram mais 24 para habilitar. Mas assim, 24, no Município de São Paulo, não significa... É uma pra cada região e olhe lá! (I_21).

n) Conflitos surgem devido a diferentes condutas e tratamentos para as mesmas funções:

Eu sou PSF, mas eu não recebo da parceria, mas eu não sou cadastrada no Ministério como PSF porque a nossa região não compensa. Eu também, minha Unidade é toda PSF e a odonto é inteira “parceria” (I_21).

o) Interferências do trabalho integrado (e varia de lugar para lugar):

Em alguns lugares é uma área de conflito, porque o AC, às vezes, ele interfere na agenda. Eles trazem os cartões e querem agendar as pessoas da área deles na UBS e então o fato da equipe não interferir ao programa em alguns lugares, existe conflito, pois nós não somos do PSF e vamos atender? Em alguns lugares as equipes colaboram, em trabalhar junto (C4).

p) O **CG** conta do agendamento e das dificuldades para o atendimento, pois não há padronização e as equipes fazem o impossível para não gerarem reclamações:

Acho que é o que acontece igual em todo local, o Agente de Saúde vai e fala: “Vai até o Posto no dia e data agendados”. Não tem como os agentes, vamos dizer, programarem ‘pra essa família’, ‘pra aquela família’, isso não existe! Existe a “atenção aos grupos” (de idosos, de gestantes...); o pessoal da Saúde da Família é um usuário comum igual os outros na saúde bucal. Não tem nenhum procedimento, não tem diferenciação de um pro outro na UBS... Muita gente acaba agendando dentro da UBS normal, tem Unidade que faz, mas tem outra que não faz; não tão conseguindo fazer tudo isso aí - porque a demanda não tem jeito. Não tem como o pessoal, a equipe fazer milagre, eles fazem o impossível, pra gente ter pouca reclamação, nós do Conselho temos pouca reclamação (CG).

r) Falta visibilidade à Saúde Bucal (usuários são iguais, do PSF ou de UBS):

O pessoal da Saúde da Família é um usuário comum – igual aos outros, na saúde bucal. A saúde bucal não é vista! (CG).

s) Os conselheiros afirmaram que devido à alta demanda o PSF interfere na forma de trabalho e não é efetivo para a SB:

O parceiro interfere muito na forma de trabalho; há demanda elevada para o PSF; o PSF presta atendimento, mas não é efetivo em relação à saúde bucal. Consideram como problema o fato de: o prontuário do dentista é um, o das outras especialidades é outro (CG).

t) Favorecimento na contratação de pessoal sem concurso e por conhecimento ou parentesco:

Eu acho muito legal a estratégia de Saúde da Família, mas eu não vejo com bons olhos muitos parceiros não, eu já vi muita coisa errada de contratação: “vou colocar meu amigo, meu primo, minha prima, meu sobrinho...”. Sabe, eu sou absolutamente contra a maneira como está se dando, se a minha diretora, me vir falando isso ela me soca! [Risos] porque é muita desonestidade, eu já vi muita desonestidade, nessa coisa de contratação de dentista, THD, eu tô “por aqui com parceiro”... “eu tô por aqui”... “vejo cada coisa do arco da velha”. Sabe, e vejo também contratar médico assim: catou o primeiro que passou. Agora na bucal já é diferente, porque tem muito dentista, aí, a coisa é só por parente, por amigo, por prova, por não-sei-o-que, já vi de tudo. E acho a estratégia maravilhosa, mas essa maneira de contratação eu não acho legal. Acho que devia ser concurso! Honesto... (I_21).

u) Para a **ESB**, o PSF não tem parceria com a UBS:

*Tem com o CEO - só com o CEO (ESB).
Na minha região é totalmente separado, existiam mistas, mas em separado (ESB).*

Em relação à infra-estrutura um representante da ESB disse:

Eu queria colocar odonto em relação a isso, porque a Unidade é mista, a minha é mista, era só Básica e entrou PSF, entrou parceira da..., Entraram mais profissionais, encheu a Unidade e encheu de paciente. Só que a estrutura continua a mesma, a odonto continua a mesmíssima. Então a gente atende paciente no PSF sem ser do PSF, sem ter uma estrutura em relação à estrutura física e até a capacitação, então a gente, complicou, a Unidade continua mesmo inflada e sem condições. A gente acabou aumentando a nossa demanda com a questão do PSF junto e assim para gente não é legal. Mas não tem dentista no PSF (ESB).

- **Experiências de Êxito**

Na contratação (de certa forma agiliza e resolve situações)

Eles se reportam as supervisões com produção, com tipo de trabalho. A gente tem acesso à eles, eles estão fazendo os cursos nossos, mas eles tem uma certa autonomia de contratação. O RH praticamente é dele. Os PSF que tem odontologia fizeram uma seleção e contrataram (C1).

ACS e grupos nas UBS agilizam o serviço e determinam o risco social e biológico e organizam o atendimento:

A diferença é que eles [ACS] têm o acesso à população, eles fazem as visitas, eles participam dos grupos mais intensamente, eles participam da reunião de equipe diária que eles têm. Então, isso, facilita muito o trabalho, e é um trabalho multidisciplinar, é uma proposta muito interessante eu acho. Você percebe que isso na outras unidades fica truncado, até porque é uma proposta diferente, a Unidade Básica tem uma proposta diferente de atuação do PSF. Eles têm o conhecimento da população, eles fazem levantamento, eles vão junto com os Agentes Comunitários trazem pra eles os problemas da região, então isso facilita muito o trabalho (C1).

Normalmente, se prioriza isso no agente comunitário. O PSF já tem essa vantagem, ele trabalha como risco familiar, é uma ótica voltada para o risco familiar. Tem condições de se apurar esse risco mais facilmente, o risco social e biológico. Mas se não tem - ele vai passar por uma triagem através dessa estratégia do PSF. Para dar cobertura, então eles vão cobrindo a área, por exemplo, [...] trabalha assim, numera de um a dez, família de número um a número dez de cada micro-área, e chama naquele dia cinquenta famílias e faz a triagem dessa família em questão de risco de doença bucal. Agora numa Unidade Básica tradicional, como é que a gente está orientando? É o seguinte, vai ter o dia dos grupos de triagem de risco, sempre com a ação educativa (C2).

Oficinas das diretrizes para as ESB (importantes também para que os dentistas se conheçam e troquem opiniões):

Na nossa região, a gente fez apresentação das diretrizes, a gente fez apresentação de como tava a estrutura da nova administração, digamos assim, da nova coordenadoria, supervisão, "pá, pá, pá...". Quando os colegas novos chegaram (do PSF) também houve, porque a gente faz reuniões mensais na região com todos os colegas, então eles foram apresentados, são apresentados, foram apresentados pros dentistas especialistas do CEO, e da Clínica Odontológica que a gente tem de especialidade a COE (I_19).

Transformação de PAC em PSF (define o território e agrega o médico e o dentista):

Tem Unidades básicas que começaram com PAC. Eram equipes que não tinham médicos, tinham enfermeiros e agentes comunitários de saúde, só, que ajudavam a triar a doença. Definiam alguns territórios de alto risco de doença, risco familiar, e mapeavam esses riscos. Para ter um controle maior eles encaminhavam para os médicos da Unidade tradicional, trabalhavam lá no seu consultório, mas não com área definida. As equipes PAC foram transformadas em PSF. Colocou-se um médico específico para aquela área (C3).

Eles têm o conhecimento da população, eles fazem levantamento, eles vão junto com os Agentes Comunitários trazem pra eles os problemas da região, então isso facilita muito o trabalho (C1).

O agente comunitário, no PSF já tem essa vantagem, ele já trabalha com o risco familiar. É uma ótica voltada para o risco familiar. ...Condições de apurar esse risco mais facilmente, o risco social biológico (C3).

Acho que o PSF trabalha com uma população menor na área de abrangência... (C3).

Houve Unidades básicas que se transformaram, há Unidades que já são inauguradas como PSF puro e há algumas que tem os dois (C3).

Recursos financeiros (é fato que a verba do PSF vem agilizando as finanças):

O PSF tem a verba deles, então a gente, a odonto, acabou lucrando alguma coisa com isso, por exemplo, precisava de um armário, o PSF bancou isso, uma pia quebrou, precisa de uma pia (I_21).

O depoimento a seguir dá a perceber que as UBS atendem as urgências sempre, enquanto que as Unidades de PSF nem sempre (CG).

Na medida do possível a gente orienta que: consultas de urgência todo mundo tem que atender - independente de ser ou não PSF. Se for ou não PSF, ele tem que atender. Orientar que ele tem que procurar a Unidade mais próxima da área de residência. São feitas as orientações, só que às vezes isso não acontece, o paciente insiste em querer ser atendido, aí eu acho assim, nas nossas Unidades tradicionais ele é atendido (C6).

Trabalhar com risco já era uma prática do PSF e trabalhar com adequação de meio também:

Desde o começo o PSF trabalhou mais com a questão de critério de risco e de colocar várias, muitas famílias de uma determinada micro-área, fazer os critérios de risco, incluindo-se ao programa conforme o critério, trabalhar com fases de programa. A primeira fase é fazer adequação de meio, etc, para depois numa segunda fase fazer as restaurações definitivas, até porque eles eram em menor número. A parceira não teve um critério único quando começou o programa de saúde da família lá no começo (C2).

Com micro-áreas a integração fica facilitada, mas, não ocorre em todas as Unidades:

Existe alguma integração entre as ESB e as UBS, e o PSF, mas não é unânime entre as Unidades. Algumas têm um relacionamento até muito bom com as ESB e as equipes do PSF, eles fazem triagens, por micro-áreas fazem as visitas, vão às áreas de risco, tem um relacionamento mais estreito com o agente comunitário (C4).

Avanço (um CD para cada ESB do PSF):

No PSF é um enfermeiro por equipe... Antes eram assim, duas equipes de PSF com médico para uma de bucal. Aí conseguiu um para um, foi um grande avanço para a gente, para nossa área odontológica (C4).

Onde há PSF com ESB existe organização e o número de Unidades está aumentando:

Aonde a gente tem, ampliou é [...] que não tinha nada há cinco anos atrás, hoje a gente tem quatro... cinco...seis Unidades...seis equipes, seis Unidades com Equipe de Saúde Bucal de PSF. E na [...] e na [...] também a gente já tinha algumas e continua. Então onde tem PSF o serviço é muito mais organizado (C5).

Interações entre equipes e capacitações (poucas) ajudam na resolutividade:

Algumas por causa das capacitações que a gente fez em que eles se conheceram. O pessoal do PSF o mais antigo teve algumas capacitações que ajudaram a conduzir algumas questões mais problemáticas das Unidades. Então assim: às vezes o profissional do PSF vai e faz as biópsias (porque não tem semiologista) acompanhando o idoso, ou está lá fazendo uma extração...(I_19)

Visitas domiciliares e o acompanhamento do desenvolvimento da criança. As ações ficam acessíveis dentro do esquema do PSF, devido à busca ativa, visitas domiciliares e controle:

Quando se fala no PSF se dá a visita domiciliar. O dentista vai visitar, no meu caso enquanto agente comunitário, eu vou visitar doente acamado, mas eu estou lá mais para orientar e saber o que está acontecendo com este paciente e não para fazer um procedimento a domicílio. A gente não tem essa rotina domiciliar para tratamento e sim, para entender a necessidade do paciente, quando ele está acamado, mas depois quando não está acamado a gente cria alternativas para fazer o tratamento (ESB).

No PSF, no caso deles, eles tem odonto bebê, então todo ano eles vêem as mesmas crianças então eles vão ter esse controle, se aquela criança melhorou, se piorou, então, no caso do PSF a gente tem esse controle, se a gente perde uma criança dá para ir lá atrás e saber (ESB).

O **CG** deu exemplos positivos da aproximação entre UBS e comunidade:

O PSF vai até as casas e o serviço de PSF melhora a expectativa de vida do usuário, pelo controle de doenças crônicas, como a hipertensão. Dá acompanhamento ao desenvolvimento infantil dá evidências ao Controle Social aproxima as UBS com a comunidade organiza o atendimento pelas necessidades locais. A equipe [ESB] faz milagre, eles fazem o impossível (CG).

Para os **interlocutores**, há vantagens do PSF em relação a: AC, área fechada, cadastro, finanças, pessoas, CLT, instrumental, material, controle, comprometimento e cumprimento das DPMSP-SB.

PSF tem suas falhas. Mas ele tem, não sei se posso chamar de estratégia, ele tem algumas coisas a sua disposição para trabalhar que facilita muito o trabalho. Os agentes comunitários, a área fechada, o cadastro das famílias, a injeção financeira do parceiro, que hoje não corre na mesma quantidade da época do Qualis, mas que ainda hoje tem. Recursos humanos? É CLT; com Auxiliar, com THD. Você tem um profissional, que ele foi selecionado...; instrumental não falta [falta sim, não se iluda!, disse outro]. A maior vantagem realmente é a área fechada, você tem o controle, coisa e tal, essa é a maior vantagem, mas assim, eu na minha região, apesar da maioria ser dentistas novos, contratados. Já faz dois anos, mas assim, contratados por concurso tal, eles tem perfil diferenciado. Eu não sei se é, eu ainda não cheguei a conclusão nenhuma, não sei se é o tipo de vínculo trabalhista, que pode ser facilmente dispensado ou não, o grau de comprometimento é muito diferente. Antes era tudo - eles que compravam - não faltava nada, absolutamente nada, tinha-se de tudo nas Unidades (I_19).

- Propostas

Aplicação das diretrizes conforme a **C2** estabeleceu:

Hoje está colocado que: toda equipe de PSF no município [em saúde bucal] tem que seguir a diretriz municipal, planejar ações conforme risco de cárie (C2).

Investimento e incentivos do MS na estratégia PSF, no espaço físico e em pessoas – seguindo as diretrizes do Ministério e do Município incluindo a SB no PSF:

A ótica é que se ampliem as Unidades básicas sempre através da estratégia PSF, por causa dessas vantagens. Então, gradualmente, mas têm áreas que é muito difícil, Unidades básicas que tem pouco espaço físico, porque uma Unidade de PSF demanda muito espaço físico pelo RH, cada equipe tem seis agentes comunitários, mais auxiliar de enfermagem, mais a enfermeira, mais médico, mais dentista, então você imagina o tamanho da Unidade. Tem Unidade que tem mais de trinta agentes comunitários (C3).

Na prática como que funciona: a implementação está saindo mais fácil pelos incentivos do Ministério. O foco do Ministério é a equipe de saúde bucal no Brasil inteiro, tudo o que for se instalar novo é na estratégia de PSF e aí com o enfoque de saúde na família, e tudo isso, equipes, assim, até no Pró Saúde veio o pessoal do Ministério e eles falaram isso, entendeu? É a estratégia PSF - que é o norte do Ministério da saúde, então eles fazem programas de incentivo para isso (C3).

Aguardamos só a saída da publicação de uma portaria de habilitação pelo Ministério. Nós estaremos com quarenta e nove equipes de saúde bucal habilitadas no programa de saúde da família. Elas têm que seguir as Diretrizes para a atenção de saúde bucal do município com a diferença de que para elas é mais fácil operacionalizar as Diretrizes, por quê? Porque eles seguem também as normativas do plano de saúde da família do Ministério, isto é, trabalham com uma população limitada, com uma área de abrangência mais definida, com micro-áreas, tal, então segue as linhas gerais do PSF e em saúde bucal hoje eles devem estar seguindo as mesmas Diretrizes que a gente já conversou (C2).

Cada um deles encara de uma maneira a inserção da saúde bucal no PSF. Um dos parceiros está bem interessado em estar colocando no plano de trabalho dele para o ano seguinte a Saúde Bucal no PSF. Então, inclusive, ele já até pediu pra gente um planejamento de quantas unidades tem espaço físico, pra gente colocar uma sala pra saúde bucal ali, e qual seria nossa previsão de número de profissionais. A outra, o outro parceiro já não, mas mesmo assim, nós mandamos o planejamento pra eles também, entendeu. Então, como na nossa região ainda não tem PSF, então é como eu tinha explicado, as unidades básicas, elas servem como referências pras vizinhas, pras adjacentes (I_21).

A seguir, apresenta-se o Quadro 26 sintetizando as posturas e percepções sobre o Programa Saúde da Família.

Quadro 26 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre o PSF** no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Respeito pelo PSF. Há paradoxo: ora com distanciamento e desligamento, ora com integração.	Destaque dado a ACS. As normas vindas do MS para funcionamento do PSF fazem com que seja mais fácil operacionalizar as Diretrizes. Trabalho em SB com critérios de risco. Acesso à SB (PSF) é por micro-áreas e há triagem de risco social. Aspectos operacionais de organização do serviço foram ressaltados.	UBS com pouco espaço físico, porque uma unidade de PSF demanda muito espaço físico pelo RH. Em alguns locais não foi possível adequar as equipes antigas na Unidade que virou PSF, por falta de cooperação local. Falaram sobre os encaminhamentos do PSF a SB da UBS quando não há dentista: <i>Pode também encaminhar do PSF para as especialidades e alta complexidade, o que parece não estar claro.</i> Sobre problemas de RH: <i>Eu acho muito mais difícil trabalhar com esse PSF que tem dentista da prefeitura de quatro horas, do que com os que foram contratados, em função da proposta do PSF.</i> Relataram a insuficiência das ESB (no PSF e nas UBS que são referências dos PSF sem SB).	Agilidade na contratação de pessoal. <i>O RH praticamente é dele. Os PSF que tem odontologia fizeram uma seleção e contrataram.</i> ACS e grupos nas UBS (agilizam o serviço e determinam o risco social e biológico e organizam o atendimento). Transformação de PAC em PSF (ao definir território e agregar o médico e o dentista): <i>antes eram assim, duas equipes de PSF com médico para uma de bucal. Aí conseguiu um pra um, foi um grande avanço pra gente, pra nossa área odontológica.</i>	Aplicação das diretrizes conforme citado. Hoje está colocado que: toda equipe de PSF no município [em saúde bucal] tem que seguir a diretriz municipal, planejar ações conforme risco de cárie. <i>E a estratégia PSF – que é o norte do MS, então eles fazem programas de incentivo para isso.</i>
I	Relevância do programa: <i>não é a oitava maravilha do mundo, nós montamos, a gente fala “nós”, mas assim, parceria.</i>	Consideraram que o PSF tem facilitadores, como: ACS, a área fechada, cadastro das famílias, a injeção financeira do parceiro, e o comprometimento muito diferente (do profissional) devido à possibilidade de ser dispensável pela CLT.	Carência de RH frente à demanda elevada e que nas US mesmo as equipes de PSF estão desfalcadas, e das diferenças: <i>os dentistas que foram contratados da prefeitura, fazem 20h, não 40h como todos PSF. Nas UBS, a prefeitura, tem carência de tudo, desde RH, equipe e dinheiro. Antes era muito freqüente a educação continuada no PSF, e era estendido aos da Prefeitura e do Estado. Atualmente não ocorre.</i> Falta de prioridade da SB, baixa relação de dentistas por habitante. Conflitos (diferentes condutas e tratamentos nas mesmas funções).	Apreço pelo trabalho dos ACS: <i>[os ACS] trazem bastante a comunidade</i> Avanço no fato de ter um CD em cada equipe de PSF.	<i>Cada um deles encara de uma maneira a inserção da saúde bucal no PSF. Um dos parceiros está bem interessado em colocar no plano de trabalho dele para o ano seguinte a Saúde Bucal no PSF.</i>
ESB	Denotaram orgulho: <i>Eu sou PSF! Mas há críticas: a Unidade continua “inflada.”</i>	O PSF sem SB provoca aumento da demanda na ASB na USB. É totalmente separado.	<i>A Unidade é mista (Básica e PSF), entrou parceira, com mais profissionais, encheu de paciente. Mas a estrutura continua a mesma. Falta estrutura física e capacitação. US continua inflada. Aumentou a demanda (com a questão da junção do PSF) - não tem dentista no PSF.</i>	Visitas domiciliares e o acompanhamento do desenvolvimento da criança. <i>Eles tem odonto bebê, então todo ano eles vêm as mesmas crianças, eles têm controle, se a criança piorou ou melhorou, se a gente perde uma criança dá para ir lá atrás e saber.</i>	Ir atrás do usuário.
CG	Descrédito e conformismo. Percebe-se que as UBS atendem as urgências sempre, enquanto as Unidades de PSF nem sempre.	Usuário do PSF é igual ao da UBS, há falhas de comunicação e integração dos serviços de PSF e SB da UBS interferem no fluxo da Unidade.	O CG conta do agendamento e das dificuldades para o atendimento (pois não há padronização e as equipes fazem o impossível para não gerarem reclamações). Os ACS não fazem busca ativa. Os parceiros interferem na forma de trabalho.	Exemplos da aproximação entre UBS e comunidade: <i>O PSF vai às casas, o serviço melhora a expectativa de vida do usuário, pelo controle de doenças crônicas, do desenvolvimento infantil, dá evidências ao Controle Social aproxima as UBS com a comunidade organiza pelas necessidades locais. A equipe [ESB] faz milagre, eles fazem o impossível.</i>	Todos deveriam atender urgências.

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor. **PSF: Programa Saúde da Família

4.5 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Referente aos **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**, os questionamentos feitos aos sujeitos de pesquisa foram:

- a) *Existem na sua área? Quantos?*
- b) *Estão funcionando? Se sim – como? Se não - por quê?*
- c) *Quais especialidades estão funcionando efetivamente?*
- d) *Como os usuários são encaminhados? Com que critérios?*
- e) *Há um centro de regulação de vagas? Como funciona?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

Com respeito ao CEO, as **coordenadoras** demonstraram nas entrevistas: envolvimento e preocupação, interesse e animação (C2); e empenho e envolvimento (C5), como foi dito:

Problemas de burocracia, eu falei: ‘alguma coisa está errada!’ (C1).

Os **interlocutores** mostraram-se com dificuldades, com a escassez de recursos e número de vagas para as especialidades, como os depoimentos apontam:

Eu não tenho nada, eu fico com as esmolas. Ajuda, esmola não! Porque parece pejorativo, ajuda grande a “grande ajuda”. A gente é sem-teto lá, a gente vai de um lugar pra outro e vai, e lá tem que ser feito um pouco de tudo (I_19).

Um participante do grupo **I_21** comentou:

Eu tive, tive um “problemão” lá no nosso CEO. É assim, endodontista fazia dez dentes por mês o outro cinco, aí, a gente é... Conversamos com ele: em quantas sessões você faz uma endo? A gente viu que no mínimo vinte e cinco pessoas entram para endo... e saem. Dá para ele fazer! Então a gente obrigou mesmo. O Coordenador da Região ficou bravo “pra caramba”. Assim todo endodontista todo mês dá 25 vagas – ele tem que dar! O Perio 25 e o cirurgião oral menor dão 48...” (I_21).

As dificuldades no fluxo de trabalho geram desentendimentos interpessoais e há referências sobre tornar os problemas para si mesmos. Reclamaram do abuso do poder político e da própria impotência para lidar com situações e profissionais:

Essas mesmas coisas (e ainda entre nós)...Tinham nove profissionais e dois foram retirados politicamente. Nós fizemos um relatório que não liberava e o Diário Oficial liberava [Risos]. Umas coisas “super” sabe! A gente se sente muito impotente, porque você nem sabe se vai ficar com o profissional... (I_21).

Os componentes da **ESB** presentes, além de colaborarem com a pesquisa, demonstraram empenho, comprometimento e luta para prestar um bom serviço. Relataram que no CEO:

“a rotina é truncada, porque alguns colegas não seguem o protocolo e os pacientes chegam às especialidades sem estarem prontos” (ESB).

Dos elementos pertencentes ao grupo de **CG**, representantes dos usuários, obtiveram-se os seguintes relatos:

“o CEO é uma porcaria - a gente tem que adular para eles...” (CG).

As pessoas presentes afirmaram descrédito. O **CG** se percebe impotente frente às regras de atendimento, relacionadas com a gravidade dos casos e divisão regional:

Pensei que era na minha região, mas eu acho que é em toda a cidade. Isso é muito forte, porque a passividade... (CG)

O controle social deve garantir a manutenção dos serviços na região.

- **Idéias Centrais**

Evidenciou-se que existem centros de especialidades, além dos CEO:

Tem outra Unidade de especialidades que não é o CEO, porque tem CEO e COE aqui. A gente tem, em todas as especialidades, os que são credenciados têm todas as especialidades: a Prótese, Endo, Semio, Cirurgia e pacientes especiais. Eu tenho três... Não, dois (C1).

Na cidade, temos quatorze centros que são credenciados, temos outros que não são credenciados ainda porque falta algum recurso humano, a gente chama de clínica (C2).

Por outro lado alguns CEO funcionam nas UBS ou em locais que eram UBS e a população ainda não se apropriou da mudança:

É uma característica diferente, é uma Unidade que atende (histórico isso). Difícil fechar o acesso das pessoas que a procura há muito tempo (C4).

Outras **coordenadoras** reclamaram do fato dos CEO serem poucos e salientaram os esforços para produzir com falta de recursos e de organização:

...ter só dois CEO credenciados é muito pouco, você há de convir comigo pela dificuldade de ter pouquíssimos CEO em uma região enorme, imensa, tá difícil a gente fazer uma Central de Regulação de Vagas (C5).

Enquanto a gente não tinha o nosso CEO, o nosso Centro de Especialidades, a gente usava as vagas dos outros CEO da região, então existe o CEO, eles tinham pactuação de porcentagem que era distribuída de acordo com as supervisões. Agora, lá na minha região consegui abrir, só que eu também vou ter que dividir com as outras que precisarem de ajuda. [Risos] - ajuda, continua ajudando, que é pouco, mas é de bom grado... “Olha nós temos “não sei quantas” - mil próteses para a gente poder confeccionar, façam prótese, não sei... quase um milhão de reais, não era?... Você imagina, uma loucura, porque daí não tinha material suficiente, não tinha moldeiras suficientes... não tinha nada! Então veja... uma pequena desorganização...(fala bem baixinho)[Risos]; ah, mas a gente fez o que foi possível também, a gente fez mais de mil pares de próteses...(I_19).

Os interlocutores comentaram sobre as especialidades:

Tem tratamento de canal, tem endodontia, a periodontia (que cuida da parte gengival), tem a cirurgia, tem cirurgia oral menor, tem pacientes especiais, tem semiologia, seria a parte de diagnóstico e a parte de prótese (I_19).

Assim como as **coordenadoras**, **os interlocutores** reclamaram do pequeno número de CEO e que a espera por vagas refletia nas UBS:

...a relação entre o número de Unidades e CEO significativamente pequena, desta forma gerando longa espera para tratamento de endodontia e outros (I_19).

Disseram que em alguns casos a fila de espera era tão longa que os profissionais deixavam de fazer os encaminhamentos e apresentaram os seguintes depoimentos referentes às vagas:

No CEO nós não temos filas de espera, as filas de espera continuam na Unidade, porque as Unidades recebem lá na minha região também não está ainda, é..., na regulação essas vagas... (I_19).

Ele chama o que é mais urgente (I_19).

A **ESB** afirmou que o protocolo não está sendo respeitado nas Unidades, o que atrasa a execução e conclusão do tratamento e pode levar a desistência de alguns clientes, pois a demanda é elevada para as especialidades. Disse também que o cliente tem que estar tratado, (ele não pode chegar lá com cárie); a vaga é assegurada e cada CEO tem a sua característica própria.

O **CG** discutiu a questão da demanda e o fato dos CEO não “darem conta” do atendimento e os diferenciaram da outra instituição que é o CEU (Centro de Educação Unificado).

Não tem como atender... A UBS nem faz esse encaminhamento porque ela já sabe que não dá..., o “CEO é o limite”.

O nosso CEO, lá, é o CEO da saúde bucal, não é o CEU deles que é com outras atividades, com educação tal... No meu tem o CEO, mas tem o espaço só... Falta acesso ao CEO, pela falta de infra-estrutura e pela elevada demanda. O CEO é uma porcaria!

- Problemas

- a) Regulação

Sobre o tema, as **coordenadoras** comentaram sobre a falta de condições e dificuldades para a regulação das vagas na Saúde Bucal:

...tem uma regulação, mas a odonto não tem condições não conseguiu resolver as pendências, principalmente de laboratório, é fundamental! (C1).

Há também várias opiniões dos outros sujeitos a respeito da regulação, como assegurar a vaga, onde referenciar, supervisionar o cliente enquanto espera a vaga e a de que o CEO é que dá as vagas disponíveis:

...a vaga é assegurada [para os pacientes que voltam à Unidade para completar o tratamento antes de serem atendidos no CEO] (ESB).

“Meu Deus onde o que eu vou fazer?” hoje a gente tem [semiologia] para onde referenciar, antes não! (C6)

...se você se mantém num lugar só, vem uma multidão batendo na porta, quando você joga cada um pra sua Unidade, você tira a força do usuário (I_21).

...agora na nossa região..., o paciente fica, digamos, fica supervisionado enquanto aguarda esta vaga, pela Atenção Básica, porque a gente entende que a responsabilidade dele, neste paciente é da Atenção Básica... Eu acho assim, a gente acredita que na..., a pulverização pode ter tido esse resultado também, mas assim, a idéia inicial não foi essa, foi manter o paciente vinculado ao seu dentista básico... (I_19).

...então o próprio CEO é que faz a regulação dessas vagas. Ele faz a distribuição das Unidades, de acordo com a..., se tem uma Unidade que tem duas cadeiras e seis profissionais, então para essa Unidade ele vai dar um pouco mais de vagas do que para uma outra Unidade que tem uma cadeira e dois profissionais. Então a gente pede essa distribuição de forma mais ou menos proporcional e o dentista da Atenção Básica é que vai saber qual é o paciente dele que está com maior necessidade para ir para o CEO... (I_19).

- b) Integração

Sobre essa questão houve comentário de uma **coordenadora** para integrar a SB a todas as áreas:

Eu que acho que a gente precisa estar integrada com tudo. Aquela idéia - “A odonto está separada”, a gente não pode manter. Eu estou tentando integrar a odonto com tudo (C6).

Um elemento do **CG** afirmou que ainda não há atenção integral nas especialidades odontológicas:

A gente percebe que os trabalhos foram implantados, mas só fantasia... O trabalho foi implantado, mas 95% é fantasia. Lá quem são os pacientes de prioridade: gestante,

idoso, deficiente, deficiente físico e mental. O dentista, dentro da Unidade - tem dois dentistas, no CEO tem quatro dentistas, só que os dentistas do CEO estão fazendo só o canal, porque material pra fazer a prótese nunca chegou... (CG).

O **CG** também não compreendeu a hierarquia dos encaminhamentos para média e alta complexidade diante das distâncias:

Se você leva um tiro, você não pode chamar o médico, mesmo se o atendimento for por lá, não pode chamar o médico da Unidade. Então eles questionam muito isso aí, por quê? É alto risco, paciente de alto risco, na hora que pede o endereço não interessa o médico está do lado de você, e autorizou... Autorizou pra fazer o encaminhamento e nem o Pronto Socorro está equipado pra atender, a não ser um 'belo' Pronto Socorro... (há um questionamento sobre o papel do posto de saúde dentro da comunidade, nas regiões de periferia, onde os hospitais estão mais distantes, os casos graves não podem receber um tratamento de emergência, mesmo havendo a presença de um médico no posto) (CG).

Com referência aos encaminhamentos e regionalização do atendimento que ainda são vistos como barreiras:

Todo mundo vai lá... Agora com alguma determinação, porque muitas meninas grávidas, meninas de outros bairros e vão lá, agora por alguma determinação, tem que ir com alguma coisa de UBS ou AMA porque muitas vezes as meninas "ah eu moro em tal lugar, presta de conta para eu me matricular vão aos lugares",... Agora é o começo, Agora tem que ser do bairro, tem que comprovar endereço, não adianta você encaminhar pra lá (CG).

c) Protocolos e encaminhamentos

Como as diretrizes municipais preconizaram regulação e protocolos de encaminhamento, surgiram exposições dos participantes da pesquisa evidenciando que estão em processo de preparação para a implantação:

Tem o protocolo, é a Unidade Básica que recebe o paciente e que faz o encaminhamento e mandar para o CEO, aí dependendo do CEO, tem CEO que coloca o prazo da... (inaudível) lista enorme na porta, eu parei de fazer encaminhamento aí; são quatro, dois credenciados, a gente colocou novamente estes dois CEO na regulação. A preocupação do nosso funcionário que lida com regulação é: Protocolos de Encaminhamento - "Vamos respeitar o protocolo de encaminhamento". Então, ele me pediu todos os Protocolos para serem enviados para todas as supervisões, a regulação de cada supervisão (C6).

...tem os protocolos que são os das diretrizes e que estão naqueles documentos da secretaria e que são os protocolos comuns a todos os CEO... (C3).

*O nível terciário é o grande problema! O que a gente tem colocado é assim: nós temos duas Universidades na região. - Eu acho que é uma falha a gente não ter essa Atenção Terciária afirmada (C1).
...ele chama o que é mais urgente (I_19).*

Teoricamente, o paciente deveria vir preparado só para moldar e colocar a prótese (ESB).

Para as especialidades, existe um protocolo que deve ser cumprido na UBS, antes de chegar para gente no CEO, só que às vezes esse protocolo não é cumprido (ESB).

d) Recursos (materiais e pessoas) impedem o funcionamento dos CEO

Falta de recursos financeiros (liberação de verbas):

...a Secretaria tem que liberar essa verba, que é um problema mais de verba, para estar chamando para completar esses CEO (C1).

RH (quadros incompletos, principalmente, relativos a auxiliares e especialistas):

...você precisa ter o RH completo, e às vezes você não tem... Falta principalmente ACD, dentista todos eles estão completos. E você tem que começar a atingir determinadas metas para você poder credenciar. Tem que ter os equipamentos certinhos, tudo certinho, e muitas vezes... (C1).

Nem todos os nossos estomatologistas são especialistas. A Faculdade tem feito um trabalho muito bom, são nossas parceiras há muito tempo, de assim, dar o respaldo, na hora que aquele profissional por ele não ser um especialista, ele não conseguir dar o tratamento adequado, então ele caminha para Universidade, a Universidade está aberta, ela atende (C1).

e) Credenciamento

Ao ser abordado o tema as **coordenadoras** deram opiniões sobre os incentivos financeiros para implantação, custeio e contratações de pessoas:

...é só o recurso financeiro que não vem do Ministério. Porque o Ministério da Saúde através do centro de especialidade odontológica, que faz parte lá do Brasil Sorridente, ele criou incentivos financeiros para os municípios começarem a implementar “melhor” as especialidades. O incentivo de implantação que vem numa única vez para material permanente, reformas, etc, e depois o custeio, o dinheiro de custeio, ele mais ou menos cobriria (dependendo do lugar), cerca de um terço das necessidades, por aí (C2).

Uma **coordenadora** afirmou que em sua região não conseguiu estruturar a referência:

O CEO, credenciado pelo Ministério, é só um. A proposta é que outros se tornem CEO, mas ainda não foi possível, por falta de RH. A gente tá tropeçando ainda, não conseguimos estruturar a referência (C3).

f) Políticas

Os sujeitos da pesquisa afirmaram que algumas políticas adotadas, com metas, devem ser cumpridas e as dificuldades impedem:

As metas do ministério, do atendimento, não são nem nossas muitas vezes - têm que cumprir - de produção (C3).

Aonde você não consegue credenciar o município não ganha simplesmente isso. Entendeu? Mas ele faz as ações.. (C2).

...isso cria uma expectativa muito grande por parte da população, porque aparece na mídia que o CEO existe, e o Brasil Sorridente. E a gente fica numa dificuldade grande de dar conta dessa demanda que aparece, e que acaba caindo até na ouvidoria, porque a gente não tem capacidade (C5).

Olha... é difícil porque você não tem outra saída...Devido a grande necessidade de Prótese Total há centros de referencia que constituem válvulas de escape, a gente tem essa válvula de escape aí, mas é uma coisa informal (C5).

Complementando o que ele tá falando, tem o jogo político também... O CEO é um programa do Ministério, é Federal, Lula... Brasil Sorridente. E aqui constava como Serra – PSDB, então, o CEO inaugurado em 2004, ele recebeu instrumento, recebeu equipamento, recebeu instrumental, verba... Quer dizer: saiu rapidinho, e ainda era o final da “Gestão Marta...” Era o finalzinho...; e aí... a hora que entrou o PSDB, aí as verbas começaram a minguar... aí a dificuldade porque a Secretaria começou a bancar com verba própria pra comprar...é, então algumas coisas acabam não saindo, fica atravancando. Aí começam a cobrar, o Ministério começa a cobrar... é do outro... é política “Olha, vai descredenciar se não fizer isso... vai descredenciar!” na outra hora não - pega menos...; fica tudo jogo político (I_21).

g) Demanda

Este assunto surgiu na discussão dos CEO de modo enfático, pois há necessidades acumuladas de difícil cobertura:

A faixa de trinta e cinco a quarenta anos já tem necessidade de prótese, total ou parcial, muito grande (C5).

...tem tratamento de canal, tem endodontia, a periodontia que é que cuida da parte gengival, tem a cirurgia, tem... cirurgia oral menor tem pacientes especiais, tem semiologia, (seria a parte de diagnóstico) e a parte de prótese. A gente tem na Clínica de Especialidade, na Cidade, no Município de São Paulo só existem dois locais que fazem ortodontia. É feita só a parte preventiva, não dá pra fazer ortodontia preventiva, praticamente faz a interceptativa. Então assim, você imagina a demanda enorme,... Pouquíssimos profissionais trabalhando com isso, mas é uma das que tem a especialidade de ortodontia, então além destas outras..., é um “pseudo” CEO (I_19).

...tem assim, só um , vamos dizer tem dezoito Unidades e uma Unidade é o CEO, então é essa diferença, todas 17... Não dá conta, porque tem muito paciente que precisa de canal, tem muito paciente especial, tem uma lista de espera; é uma loucura a prótese; a nossa “IP” (Indicação para Prótese) está acabando e a fila está aumentando - realmente tem lista de espera (I_19).

A gente tem uma pessoa da perio, na nossa Unidade a lista de espera é para dois anos, desde que começou o CEO tem gente na lista para periodontia, não dá. A demanda é muito grande. Você tem um profissional, não sei quantos perio tem..., casos de perio, o protocolo tem que ser seguido, e mesmo assim a gente tem uma lista de dois anos de periodontia (ESB).

O **CG** lembrou que a SB faz parte da integralidade do ser, da importância da organização dos serviços e da participação social:

Se alguém faz esse questionamento referente à saúde bucal, e seria o mais viável - ‘a saúde começa pela boca’, a mastigação correta, só que não tem condições deles começarem por aí, porque não dá, não tem como - para tratar todo mundo. Lá é dada

atenção assim aos idosos (terceira idade), programa de prótese. Agora, eu acho assim, que se chegar lá essa demanda toda através de PSF e for atender e olhar todo mundo, não vai ter condições de atender todo mundo, acho que é por isso mesmo que todo mundo fica calado, porque não tem como atender a comunidade... é! (é importante a participação da comunidade). O paciente é abordado pela emergência, então o paciente chega com dor, ou infeccionado, passa na emergência e dali eles encaminham, mas a demora é muito grande, entendeu? A demora é muito grande, quando quebra um equipamento daquele fica dois anos pra arrumar, entendeu? - Dois anos (CG).

h) Problemas Operacionais

As faltas de material e de pessoal para credenciar os CEO se refletem nas operações, com certa confusão entre o que é CEO e o que é clínica de especialidade odontológica, como enfatizam as **coordenadoras**:

...ainda não tem diferença como funciona o COE e como funciona o CEO (C4).

...porque os laboratórios não foram ativados por conta de protético, por conta da própria estrutura física (C5).

...é ruim, eu acho, deveria ter um dispositivo, ah, de ter automaticamente renovação das Atas. Eu sei que uma Ata, ela pode ser renovável uma vez só (C6).

Na questão “fila para as especialidades”, os **interlocutores** disseram ter dificuldades com a operacionalização e com o instrumental, existe desencontro de registros e é preciso recorrer a velhos métodos:

...as filas ainda são grandes para as especialidades, é utilizado o artifício de manter a lista de espera nas Unidades; a gente trabalha de porta fechada, porque às vezes chega emergência lá, chega pra radiografar... Então são oito dentistas, um tá de licença, e a gente teve problema de, por exemplo - os mapas de produção da Prefeitura são diferentes das cogitações do Ministério da Saúde, então eles podiam descredenciar, por causa do desencontro de informação. Fazia o procedimento, mas não preenchia, não computava, pra o Ministério da Saúde, não computava, a gente recebeu uma justificção pra descredenciamento de CEO por causa disso! Ai, tiveram que..., a gente adaptou o mapa da especialidade, marcou os procedimentos que eles, que o Ministério da Saúde contemplava, pra eles poderem anotar certinho. Teve problemas também com instrumental, que eles queriam fazer junto o critério; o problema grande é que a gente tem muitas micro-regiões (I_21).

É importante ressaltar problemas que os especialistas enfrentam por não conseguir operacionalizar o que as metas das diretrizes propõem e os coordenadores impõem (número mínimo de tratamentos em especialidades):

Eu tive, tive um problema lá no nosso..., quando eu fui lá pra..., é assim, um endodontista fazia 10 dentes por mês, o outro 5, aí a gente é..., conversamos com ele “Quantas endo... quantas sessões você faz numa endo uni-radicular?”... “Ah... tantas...” “E o bi, e o tri, dentes com três, quatro?” que são a dificuldade maior, então a gente viu que: no mínimo 25 pessoas entram pra endo com o endodontista e saem, dá pra ele

fazer. Então a gente obrigou, foi obrigado mesmo, o Coordenador da Região lá ficou bravo 'pra caramba', e assim, lá eles, todo endodontista, todo mês, ele dá 25 vagas, ele tem que dar! O periodontista dá 25, o cirurgião oral menor dá 48 (I_21).

Casos em que as Unidades não se sentem capacitadas nem tem espaço adequado e não podem comprometer os demais atendimentos; como o dos clientes especiais:

Na UBS geralmente não querem atender um "PC" (generalizando: uma pessoa que tem problema de sistema nervoso central, uma pessoa tem Síndrome de Down, uma pessoa que é hiper-ativa). Outro depoente do grupo comentou: eu acho assim, que nem, na minha Unidade, no COE, o nosso CEO, ele é uma estrutura à parte, é uma Unidade só de especialidades. Então o hipertenso, o diabético, como é que ele [o dentista] vai poder atender se não tem nenhum médico... É a gente até colocou num mapinha, uma hora lá que a gente teve consulta que é uma hora em que teoricamente, todo mundo que está na Unidade - não só o dentista, mas os outros também, né - que poderia ter uma dúvida, chamar o colega lá, discutir o caso, sei lá, pra ter mais segurança. Porque na UBS ela pode trabalhar com este profissional, ela tem médico, tem enfermeiro, tem dentista e... (I_21).

A **ESB** afirmou dificuldades operacionais quando o usuário não chega adequadamente preparado para receber a atenção especializada, o que evolui para desistências:

...acontece (de o paciente ser encaminhado para a especialidade sem estar pronto para isto) aí manda de volta para o próprio posto e pede extrações, extrai tal dente aí depois que extrai volta; os pacientes às vezes desistem, minha pasta está cheia de pacientes desistentes, porque às vezes, eu aviso você vai ter que voltar três vezes, e eles acham que em uma sessão vai resolver; mas se o paciente desistiu do tratamento, ele também desistiu do tratamento da especialidade, e assim, se a gente não termina o paciente, a gente não manda, tem que terminar com a gente. Saindo na lista ele é tratado com a gente. Se ele não terminar com a gente, ele não entra na lista; se o paciente desistiu do tratamento, ele também desistiu do tratamento da especialidade; os pacientes às vezes desistem, minha pasta está cheia de pacientes desistentes (ESB).

Para o **CG** a imagem negativa das Unidades se reflete em outros programas, bem como no CEO e no PSF; gerando a impressão de engodo:

...a falta de infra-estrutura completa acarreta o descrédito nos programas especializados e sua ineficácia; demanda elevada gera uma longa fila de espera; as vagas são destinadas prioritariamente aos grupos de idosos, gestantes e deficientes, lotando as agendas; é um descrédito, é isso? Como ela falou, quando eles têm câncer, problema de câncer, quando se têm manda passar em um lugar, e de lá engaveta a fichinha, não sei o que acontece...É só fantasia! (CG).

O **CG** também abordou a questão da organização dos serviços que parece incipiente e gera o desânimo:

Eles estão se estruturando agora, então tem alguns trabalhos, mas é assim: tudo precário - gente, tudo! Eu sou conselheira há 10 anos, comecei com o Conselho Popular, aliás, eu comecei com a Pastoral da Saúde, visita religiosa, aí eu fui me envolvendo, fui para o Conselho Popular e depois vieram os gestores, fui indicada para ir pro Gestor. Olha eu sou sincera, é de desanimar a situação; realmente a demora é grande, a espera

é de dois meses pra mais, pelo menos na minha Unidade, são duas dentistas, geralmente uma entra de férias fica só uma, sai de licença, fica só uma. Então não tem como estar tirando essa fila de espera. Com relação à prótese, não tenho conhecimento de prótese na minha Unidade. É só mesmo a cárie, coisas básicas mesmo – tratamento dentário (CG).

- **Experiências de Êxito**

As **coordenadoras** relataram alguns casos (flexibilidade de especialistas, estímulo às especialidades e regulação das vagas):

...não tinha pacientes especiais, mas uma das pessoas que fazia semio, ele tem certa habilidade, ele que está se propondo a fazer. Porque a Semio, ela não tem um fluxo muito constante, e a gente vê que isso ajuda bastante, porque a região não tinha, e tava superlotando a região de pacientes especiais... (C1).

Em relação aos CEO um ponto positivo foi que com a criação deles se estimulou (porque os incentivos do ministério são importantes), aos municípios implementarem mais as especialidades (C2).

...por supervisão de saúde, então são oferecidas essas vagas, a demanda fica na Unidade básica, porque aí o profissional da Unidade básica, ele sabe identificar qual é a mais urgente (C3).

...a gente está fazendo essa regulação agora (C4).

Um integrante do grupo de **interlocutores** falou sobre a importância de fazer acordos e ajustes nos protocolos para realizar os encaminhamentos:

...na primeira campanha de prótese, a gente fez um mutirão de prótese lá; a gente tem que estar em condições em cima do protocolo, discutido com a equipe do CEO, na especialidade, com os dentistas da Atenção Básica, então foi feito um “pacto”, nós até alteramos algumas coisinhas no protocolo em função dessa discussão. Senão fica humanamente impossível o CEO, estar recebendo esse paciente (I_19).

Os componentes do **I_21** relataram as experiências que tiveram em relação ao CEO, aos registros de informações e a capacitação das equipes com vistas à semiologia:

...a gente adaptou o mapa da especialidade, marcou os procedimentos que eles, que o Ministério da Saúde contemplava, para eles poderem anotar certinho. Teve problemas também com instrumental... (I_21).

Ah sabe que o meu semiologista, ele está fazendo capacitação, com todos..., todas as equipes de PSF, inclusive agentes comunitários, enfermeiros, todo mundo...; está capacitando para fazer busca ativa; “é legal”, porque o meu semiologista ele tá ocioso...; porque realmente ele fica ocioso, então ele tá fazendo isso, “eu to achando legal” (I_21).

A **ESB** confirmou a importância do protocolo cumprido para os encaminhamentos:

...eu faço endo (o protocolo, é claro na Unidade) o paciente, por exemplo, vai lá com dor, tem que ser sanada a dor na Unidade, tem que ser removido e feito um curativo, para depois ele ser encaminhado para fazer a endo, só que as vezes a gente recebe lá - o paciente que foi a Unidade e não foi submetido a nenhum procedimento e é só encaminhado para o CEO, depois de uma semana, duas semanas, e com dor. É o protocolo que não está sendo respeitado nas Unidades. É claro que tem pacientes que a gente recebe direitinho, com o protocolo cumprido, com a adequação do meio realizada só que realmente tem alguns pacientes que não são atendidos na Unidade assim. A orientação que a gente recebe é: - devolve o paciente senão o colega nunca vai cumprir o protocolo, só que o paciente não tem culpa também, então vira e mexe, eu faço esse procedimento no CEO, só que também é uma consulta a mais que a gente perde porque tem que fazer esse procedimento básico, então se o canal levaria duas sessões, a gente já ia levar três, entendeu? Porque a demanda é muito grande, inclusive o protocolo diz que será repassado para as Unidades, para todos os colegas cumprirem o protocolo, igual ao caso da prótese, se a boca não tiver pronta não adianta levar lá para o protesista, é se tem raiz residual para remover, se tem carie para tratar, é um tempo perdido e que desloca, porque a nossa Unidade atende as UBS da região, então ele tem que tomar condução, perde tempo, então tudo isso onera também, é uma consulta que foi perdida, é um paciente que fica irritado então tem tudo isso. Eu acho assim, que a inclusão, o Centro Especializado Odontológico ajudou bastante, acho que ainda tem uma sobrecarga, mas acho que foi um ganho enorme, muitos dos dentes que eu acabava extraíndo a gente não tinha condições de fazer a periodontia e hoje eu vejo que eu consigo salvar dentes que antes não salvava ainda - a prótese - eu não estou vendo resultados; eu acho só que teria que ter o quadro completo dos CEO, porque não estão completos, então o que acontece: as vagas vem muito pouco para as Unidades básicas, e a opção é pequena, as vezes o paciente não pode vir de tarde ou de manhã, as vezes a opção dele seria o terceiro período, mas não tem dentista no terceiro período, então não tem vaga para esse período. Na minha Unidade, só para finalizar, de três dentistas, dois vão para o CEO, quer dizer, vai ter um desfalque enorme e não tem essa reposição de profissional (ESB).

No meu..., tem quatro vagas de endo para gente, a gente manda os quatro pacientes, não interessa qual dente seja, a gente manda, aí assim, eles vão resolver o problema lá, aí vai demorar as três sessões, ou uma sessão só. Volta para gente para gente restaurar, entendeu? Mas a gente não escolhe um dente que tem que ir primeiro (ESB).

Periodontia tem retorno rápido, o paciente consegue a vaga rápido, mas... se o paciente desistiu do tratamento, ele também desistiu do tratamento da especialidade. Na nossa Unidade a lista de espera é para dois anos, desde que começou o CEO tem gente na lista para periodontia, não dá, a demanda é muito grande, você tem um profissional, não sei quantos perio tem..., casos de perio, protocolo tem que ser seguido, e mesmo assim a gente tem uma lista de dois anos de periodontia; claro que tem pacientes que a gente recebe direitinho, com o protocolo cumprido, com a adequação (ESB).

Um participante do **CG** mencionou que eles possuem equipamento de primeiro mundo funcionando dentro de uma Unidade Básica e que há a execução de programas preventivos em escolas e creches:

Até agora não colocaram no patrimônio, mas tá lá! Isso foi um projeto de construção da população, dos conselhos reunidos; então a prevenção começa lá, na creche, na escola de ensino fundamental. E nós temos isso tudo registrado em fotos, entrevista, em dados das dentistas porque elas vão de sala em sala de aula, um momento, depois vai pro escovódromo, e assim isso é um trabalho de prevenção, isso é um trabalho de verdade. Há um depoimento sobre um projeto implantado com sucesso (Cárie Zero); a escola doou o equipamento zerado para a Unidade. Em contrapartida a Unidade Básica, através do Conselho Gestor se comprometeu com o projeto, de sair uma vez duas vezes por mês duas dentistas, e iriam fazer a questão da prevenção na escola, como a triagem, fazer palestra, desde 2003 está acontecendo isso, com crianças da 1ª à 8ª série. O que já preveniu até agora e ampliou ainda mais, a creche fazendo 'odonto-bebê' e o equipamento está sendo usado pra toda comunidade (CG).

- **Propostas**

As **coordenadoras** fizeram propostas para formalizar acordos para atendimentos, contratos de manutenção de equipamentos, negociações com cotas para as próteses ou para ter laboratórios próprios e organizar a demanda:

...o paciente nunca ficou sem o tratamento; é informal -via contatos que você tem, aos acessos que você tem - eu acho que precisaria de uma formalidade maior, da própria... Secretaria fazer os acordo e já afirmar. "Eu tenho tantas vagas pra tal região" (C1).

...mas isso está agora vai ter que ser resolvido, porque o município vai fazer um contrato de manutenção para tudo, mas a gente queria fazer um diferenciado para os CEO, mas isso ainda está complicado (C2).

...também a gente fez entre nós aqui uma troca de cotas - então fizemos esse entendimento entre nós aqui para conseguir referenciar melhor esses pacientes (C4).

...eu acho que a gente deveria mesmo é ter os nossos laboratórios, ou então, a possibilidade de terceirizar o serviço, que fosse uma coisa mais constante... Não sei como fazer... (C5).

...a demanda reprimida, o absenteísmo, que a gente vai começar a medir isso, em qual região que o paciente tá faltando mais. Pra gente aproveitar melhor estes dados aí; é ruim, eu acho que deveria ter um dispositivo, ah, de ter automaticamente renovação das Atas (C6).

O **I_19** fez uma proposta de união até que cada região tenha seu CEO para espalhar a demanda:

...e aí tem que compartilhar com todo mundo! Até que todo mundo tenha, a proposta é até que todas tenham, (que todas as regiões tenham uma Unidade de CEO). Centralizam, e assim a demanda de cada Unidade Básica fica na sua Unidade Básica, com o intuito de que seja, que dê o suporte pra aquele usuário (até...), enquanto sai a vaga dele. Ela regula, ela espalha a demanda. Cada um numa Unidade eles não vão me azucrinar, a não ser que eles se unam, se eles se unissem eles conseguiriam, pensa bem... (I_19).

O **I_21** se reportou à atuação dos ACS para dar mais agilidade desde que esteja capacitado para a SB:

...AC, ele que entra na casa de todas as famílias, ele vai poder estar orientando, verificando! Se relatar que tem ferida já marca o paciente pra tá indo pra consulta. Capacitar o AC para a saúde bucal (I_21).

Um integrante da **ESB** se referiu aos encaminhamentos:

A gente já fala assim procura outro serviço, faculdade, porque a lista não adianta ficar aqui atrás da periodontia. O que acontece é que às vezes em duas sessões ele desiste do tratamento, e aí eu faço assim, eu vou ligar para ele porque o nome dele está na lista, eu ligo! Está dando certo, está tendo uma fila de espera muito grande agora para endo, acho que pelo número de pacientes, a periodontia tem um retorno rápido, o paciente consegue a vaga rápido, a prótese deu uma parada. Primeiro falaram que eu podia encaminhar (mas eu não vi nenhum paciente meu retornando), inclusive vários falaram que não foram chamados, aí eu parei de encaminhar e parece que agora a gente pode encaminhar de novo, talvez possa ser pela verba que você disse. A prótese e a semiologia, a gente está sem e a gente procura fazer as biopsias lá mesmo. Lá, o meu paciente, eu seguro a vaga, aí eu mando o encaminhamento para quem mandou ele para mim; se ele não terminar com a gente, ele não entra na lista [referindo-se a regulação] (ESB).

Um membro do **CG** referiu-se ao atendimento odontológico em US:

...tanto para os casos de dor aguda, quanto nos casos de tratamento integrado, nas equipes de saúde da família é garantido - construído com a comunidade com Conselho Gestor, então assim, tem manutenção de agenda aberta, pra servir prioridade, há agendamento familiar... A manutenção do atendimento, semiologia, prevenção do câncer bucal, e assim. E também um programa de visita domiciliar odontológico e atendimento de anestesia de cirurgia à pacientes especiais...É um trabalho que já é feito pelo programa saúde da família... (CG).

A seguir, apresenta-se o Quadro 27 sintetizando as posturas e percepções a respeito dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Quadro 27 - Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre CEO** no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas		Experiências de Êxito	Propostas
C	Envolvimento Preocupação. Burocracia. <i>‘Alguma coisa está errada!’</i> Interesse, Animação, Empenho, Envolvimento.	CEO funcionam em UBS ou em locais que eram UBS [poucos]. Produzir sem recursos e sem organização. População não se apropriou das mudanças das clínicas de especialidades que têm <i>características diferentes, que atendem historicamente. Difícil fechar o acesso das pessoas que as procuram a tempo.</i>	Regulação: Faltam condições. Dificuldades para a regulação de vagas e integrar SB às áreas. Protocolos de encaminhamentos Falta de recursos impede funcionamento. Credenciamento. Incentivos financeiros, para implantação, custeio e contratações de pessoas: Política/ Metas/ Demanda	Operacionais. Pendências dos laboratórios. Os recursos financeiros cobrem apenas um terço das necessidades.	Flexibilidade Estímulo às especialidades. Regulação das vagas.	Formalizar acordos para atendimentos, contratos de manutenção de equipamentos. Negociações com cotas para as próteses ou ter laboratórios próprios e organizar a demanda. Integração. Metas devem ser cumpridas.
I	Dificuldades, escassez de recursos e número de vagas para especialidades. <i>No mínimo vinte cinco pessoas entram para endo e saem... Dá para fazer! A gente obrigou mesmo. O coordenador da região ficou bravo “pra caramba”. Endo dá 25 vagas por mês.</i>	<i>Não tinha material suficiente, não tinha moldeiras, não tinha nada!</i> Pequeno número de CEO. Espera por vagas que se reflete nas UBS: a fila de espera é tão longa que profissionais deixam de fazer encaminhamentos.	<i>Quando joga cada um pra sua unidade, você tira a força do usuário. O paciente fica supervisionado enquanto aguarda vaga O CEO faz a regulação dessas vagas. Ele faz a distribuição...</i>	Não conseguir operacionalizar o que as metas das diretrizes propõem e os coordenadores impõem. US não se sentem capacitadas, não tem espaço adequado e não podem comprometer os demais atendimentos.	Ajustes e acordos nos protocolos para encaminhamentos, registros de informações e capacitação das equipes com vistas à semiologia.	Obrigaram a fazer cirurgia. Metas de produção. O paciente fica supervisionada enquanto aguarda a vaga.
ESB	Empenho. Comprometimento Luta para prestar um bom serviço. Relataram que no CEO <i>“a rotina é truncada, porque alguns colegas não seguem o protocolo”</i> .	Demanda elevada para especialidades. O cliente tem que estar tratado, (ele não pode chegar lá com cárie). A vaga é assegurada e cada CEO tem característica própria.	<i>A lista de espera é para dois anos para Perio.</i> Os CDs de UBS estão indo para o CEO.	Usuário não é preparado para receber a especialidade e desiste. Imagem negativa das US reflete-se em outros programas, no CEO e PSF, dando impressão de engodo.	<i>Devolver o paciente senão o colega nunca vai cumprir o protocolo, só que o paciente não tem culpa.</i>	<i>“Mando o encaminhamento para quem mandou ele para mim; se ele não terminar com a gente, ele não entra na lista”.</i>
CG	<i>“O CEO é uma porcaria - a gente tem que adular para eles...”</i> . Descrédito. Impotência frente às regras de atendimento, gravidade dos casos e divisão regional. Não compreende a hierarquia e regionalização.	Discutiu a questão da demanda e o fato dos CEO não darem conta do atendimento.	Não há atenção integral nas especialidades odontológicas: questões hierárquicas dos encaminhamentos para média e alta complexidade, distâncias e regionalização do atendimento são barreiras. SB e integralidade do ser. Importante: organização dos serviços e participação social.	Organização dos serviços parece incipiente e gera o desânimo.	Equipamento de primeiro mundo funcionando dentro de uma UBS. Execução de programas preventivos em escolas e creches.	ACS dá agilidade desde que esteja capacitado para a SB: <i>tratamento integrado, nas equipes de saúde da família é garantido, construído com a comunidade com CG e tem manutenção de agenda aberta.</i>

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor. **CEO: Centros de Especialidades Odontológicas.

4.6 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Os questionamentos referentes ao tema **Sistemas de Informação** aos sujeitos de pesquisa foram:

- a) *É utilizado algum sistema de informação em SB na sua Unidade de Saúde (U.S.)?*
- b) *Qual ou quais? Para que serve(m)?*
- c) *Há registros dos procedimentos realizados?* d) *Quais são e para que servem?*
- f) *Há retorno de envio desses registros? Como?*
- g) *Com que frequência?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

As **coordenadoras** disseram acreditar na melhoria dos sistemas de informação com as modificações que estão sendo implantadas.

O **I_19** fez considerações sobre as informações coletadas, os aspectos qualitativos positivos que não seriam reportados para a ouvidoria e que quando há queda no número de atendimentos, estes podem, através dos mapas que apresentam o total de atendimentos, serem confirmados e justificados.

O **I_21** mostrou desânimo e ironia à respeito do tema com risadas coletivas. Todos foram irônicos:

É pra não chorar... Tem que rir pra não chorar... .

Para a **ESB**, os sistemas de informação constituem-se numa imposição: *É uma obrigação! - A gente tem que fazer mapa!*

A **ESB** denotou sentimentos de incompetência, obediência e compromisso e enfatizou que o preenchimento dos mapas de atendimentos é obrigatório. Porém, não há um entendimento claro de como fazê-lo, devido a sua complexidade, gerando sentimento de incompetência no funcionário e perda de qualidade nos resultados.

Comentaram, também, que não havia retorno das informações preenchidas e que os funcionários da ESB gostariam de conhecer a estatística do atendimento da sua região e outros resultados. Disseram que o PSF tem seu cadastro reconhecido como eficaz.

O **CG** abordou o tema com ironia, risos e descréditos.

- **Idéias Centrais**

As coordenadoras confirmam a existência de um sistema de informações e se apropriaram dele dizendo:

Nós temos o CEInfo, que é um Centro de Informações nosso !

Uma **coordenadora** considerou que o sistema é para rastrear o trabalho:

Rastrear todos os trabalhos que estão sendo feitos. Informação é para ser avaliada, não é pra guardar na gaveta [Risos], a gente espera que não seja! (C1).

Outra **coordenadora** falou sobre o SIA:

O sistema é o Sistema de Informação Ambulatorial é o SIA, esse é o sistema que a odontologia usa. O SIA, ele coleta todos os procedimentos da atenção básica especializada. O município é obrigado a alimentar esse sistema, ele corre o risco de não receber o PAB, se ele não alimentar esse sistema (C2).

E uma outra **coordenadora** explicou que os mapas foram elaborados pela área técnica e que a Coordenação está com dificuldades para sistematizar, pois são grandes e complicados, porém considerou ser bom para ter dados.

São os sistemas da Secretaria, são os mapas elaborados pela Área Técnica e que a gente ainda tá apanhando um pouco para sistematizar bem, para seguir o fluxo. Porque são complicados, mapas grandes que a gente tem que preencher por Unidade, por dentistas. Para os dentistas foi difícil mudar o sistema que eles utilizavam, mas eu achei que foi bom, porque assim a gente começou a coletar dados que a gente não tinha (C4).

Outra participante afirmou que houve a necessidade de um sistema mais detalhado para obter dados mais concretos:

Há dois sistemas de informações - tem o VPA [?], então eles vão... é através do PRO [?] são coletadas todas as informações da Coordenadoria toda, todas as unidades; a gente começou a discutir o sistema de informação mais minucioso, que nos fornecesse um dado mais substancial, mais concreto enfim (C5).

E ainda, outra **coordenadora** explicou:

As pessoas não tinham idéia o que era SISOs [?] do sistema de informação, pra que serviam esses dados que eu preenchi. Muita gente não tinha idéia porque que era preciso fazer esse mapa, esse dado serve pra que? (C6).

O **I-19** comentou que existe o SIA/SUS do PA instalado hoje, as informações estão sendo disponibilizadas para acessos pelo MSP e ESP.

O **I_19** afirmou que neste sistema estão contidos mapas para os lançamentos de produção, embora não contemple todos os procedimentos, ele contribui para a execução do planejamento, para a supervisão, pedido de

suprimentos, e acompanhamento das diretrizes. Para que o atendimento seja pelo número de agendamentos ou procedimentos e que os dados obtidos fossem informados ao grupo mensalmente a fim de contribuir no planejamento. E assim se pode inferir a qualidade do serviço:

“a qualidade pode ser medida através de alguns cálculos com base nesses números” (I_19).

O **I_21** revelou que há divergências no preenchimento dos mapas e resistência em disponibilizar tempo para a execução desta tarefa.

A **ESB** discutiu essa questão afirmando que há rotina no processo e que os registros são encaminhados para os níveis tático e estratégico; que existem divergências nas anotações que conduzem a distorções; e, ainda que há necessidade de uma calibração. Falou também sobre como os dados eram divulgados:

É meio organizado isso, em cada região o posto de saúde atende a sua região. PSF é cadastramento fechadinho. Tem a ficha clínica do paciente que fica dentro do prontuário dele e fora isso a gente tem o diário da gente que é colocado no mapa e mensalmente a gente entrega para o expediente que vai colocar no sistema, vai passar para a coordenação e supervisores. Por exemplo, eu coloco cinco procedimentos, porque se seria quatro mãos, cinco procedimentos no paciente, e tem gente colocando quarenta e oito procedimentos, aí eu falei, ou você trabalha muito ou eu estou uma lesma - não trabalho! A gente não entrou num consenso! (ESB).

A **ESB** afirmou que havia um mural e uma reunião anual para discutir o resultado dos trabalhos de todos da região, mas acabou. Atualmente (devido à implantação de novo mapa) há demora e resultados fictícios:

Antigamente tinha um mural lá, eles faziam um condensado de todas as Unidades, não sei se ainda tem, mas pelo menos antigamente tinha. Os funcionários têm como rotina o preenchimento dos dados de um mapa de atendimento, porém há dúvidas e demora no preenchimento, gerando um resultado fictício. ...a gente às vezes até tem acesso ao trabalho com a comunidade. Mas tem um certo, teve uma época que a gente fazia um condensado anual, e aí no final do condensado anual a gente se juntava para dizer como é que foi o ano, o que a gente conseguiu, o que não conseguiu, mas aí com a municipalização houve uma certa distância com a parceira e daí acabou isso (ESB).

O **CG** colocou-se reativo, afirmando falta de informações para ele como se observa nas afirmações:

*A informação é... Zero - É zero... Para todo mundo? Não a informação é... [Confusão].
Reclama direto, é só (o que) se vê...*

Eu estou vendo vários rostos fazendo assim... [Risos]

Só reclamação - informação não... (CG)

As **coordenadoras** consideram que houve uma evolução na Saúde Bucal se referindo a ela com o termo “odonto”, indicando que houve mudanças, e que as informações tem um fluxo que se dirige a um painel detalhado, com dois caminhos (um para o CEInfo e outro para o BPA-Boletim de Produção Ambulatorial) até chegar nas coordenações.

A odonto, ela vem tentando se aprimorar um pouco. Ano passado foi bastante complicado nós tivemos muitas mudanças de mapas na Secretaria (C1).

A Unidade faz o registro no mapa. Ela tem o mapa próprio. Existem dois caminhos da informação, um – a informação vai pro BPA, que a gente chama Boletim Ambulatorial, e vai pra CEInfo, são aqueles dados que tem no painel, tem um painel de monitoramento na Secretaria, são dos dados macro, são as informações maiores. Existe outro fluxo que é via Supervisão pra Coordenadoria, que é pra nós avaliarmos, então todos os procedimentos, o que fez, o que não fez, ele é bem detalhado, bem esmiuçado. O mapa é da Supervisão, mas ela tem essa relação Unidade por Unidade. No final a gente acaba recebendo essa informação mais detalhada pra gente poder avaliar, o que aconteceu na região, se faltou instrumental, se faltou material... O dentista, ele faz, às vezes a ACD, isso a gente sabe que depende do dentista. A ACD passa pra o pessoal da Unidade que digita normalmente, e aí eles passam pra Supervisão e são dois fluxos, ou vai pra CEInfo, ou o BPA vai pra CEInfo, e os nossos mapas condensados vão pra Supervisão e depois vem condensados pra gente (C1).

Sobre o retorno dos registros:

Tem região que já está começando a fazer isso há algum tempo assim, mas eu acho isso que tem que ser mais, digamos, mais formal. Toda reunião você passa, ou a cada duas, três reuniões você passa essa informação, pra... até eles entenderem porque eles estão fazendo o mapa, na verdade o dentista acaba não entendendo porque ele faz, é mais um papel pra anotar... isso é uma coisa que a gente [risos] quando a gente tava na ponta a gente pensava um pouco assim também [risos]... não é ? (C1).

Erros de registros levam a confusão devido à falta de atenção, entendimentos diferentes. O município necessita de dados mais pormenorizados para acompanhar o programa. O retorno dos dados para quem registrou foi considerado como necessário. Há mudanças constantes, porém nota-se que as informações são fundamentais para a gestão:

Nós levantamos e tinha um problema seriíssimo no sistema de informação, a pessoa da Unidade que alimenta, como ela alimenta para todos, todas as áreas, ela não prestava maior atenção, e muitos procedimentos não estavam entrando. Fiz reunião com todos os especialistas aqui no primeiro e segundo período. Os entendimentos foram os mais diversos possíveis no próprio preenchimento do relatório. A gente está implantando na prefeitura um complementar, os dados básicos maiores, todos são iguais aos do ministério, porque a gente tem que..., mas nós precisamos de dados a mais do que aqueles que vão para o ministério, aqueles para nós não é suficiente para acompanhar o nosso programa (C2).

Em primeiro lugar que: Quem tem que dar um retorno mais imediato são as próprias regiões porque eles também têm condições como a gente discutiu alguns indicadores e tal, então eles próprios têm que dar esse retorno. Quando a gente faz uma avaliação a

gente manda para as regionais. Elas deveriam estar repassando, por exemplo: fizemos a campanha do câncer, fizemos um relatório e mandamos, chegou na rede, precisa chegar porque eu não mando daqui direto para o posto de saúde entendeu? A gente manda para a região, a região tem interlocução, a interlocução que tem que mandar para a Unidade de saúde, então é importante esse retorno para os profissionais, esse é o norte nosso (C2).

Outra **coordenadora** confirma as mudanças:

...o sistema de informação a gente teve mudança, tanto do ministério que mudou os procedimentos coletivos então demandou, a gente teve mudança até do sistema da Secretaria também. Acrescentou, critério raça-cor, acrescentou procedimentos que o ministério está discutindo em relação à saúde bucal (C3).

Outra entrevistada comenta o resultado da implantação do sistema de informações:

Então..., sei lá! Você analisa os mapas das Unidades e você consegue saber onde o sistema está sendo mais resolutivo ou não. Se estiver tendo uma produtividade boa o que está ficando de fora. Se a Unidade já está fazendo PC (procedimentos coletivos) se não está. Acho que é uma fotografia que você tem do teu serviço. Se você não coletar isso você nunca vai saber como está funcionando o teu serviço. Então a proposta é que a supervisão tenha na mão deles os dados das unidades para poder... Porque eles tão mais em contato, eles fazem visitas nas Unidades, participam das reuniões de chefia e então eles desenvolvem esses dados. A gente trabalha com esses dados, apesar de a gente estar com dificuldades de sistematizar a gente tem trabalhado com isso (C4).

Foi perguntado à mesma **coordenadora**: “E lá na ponta eles recebem retorno?”. Obteve-se como resposta da mesma que os profissionais acham que o relatório complica a vida deles e que foram explicadas as razões desse instrumento que é para dar conhecimento ao Ministério:

Ainda não! A proposta é que a gente faça isso, a gente tenta fazer, pra que a gente consiga dar esse retorno para o dentista e pro chefe... Por isso que nós procuramos... A gente procurou treinamento, enfatizar isso, a importância do dado, por que você está coletando, para não ficar uma só... Porque como complica a vida, você tem uma porção de coisas pra preencher e porque precisa disso e porque precisa daquilo. Nós explicamos que algumas coisas são decorrências do ministério e porque o Ministério precisa conhecer. O Ministério paga e paga por faixa etária, então nós temos que ir por faixa etária, não dá pra gente impor (C4).

Uma outra **coordenadora** falou do trabalho integrado com o CEInfo para implementar o sistema de informações e que já está tudo informatizado e que cabe ao CD, ACD e THD preencher manualmente os mapas que o consolidado é automático:

A gente fez junto com o pessoal do CEInfo que trabalha junto, ainda bem, tem um bom entrosamento. A gente conseguiu jogar, na rede toda, esse novo sistema de informação, esses novos mapas, inclusive das especialidades. E a gente tem assim, uma informação mais correta, que possibilita uma análise melhor, do que está ocorrendo com relação a saúde bucal. E isso daí está informatizado aqui, agora... Teve muita luta, muita briga,

porque os mapas...tudo que é novo, você sabe, demora um pouquinho pra sedimentar e a gente conseguir ver a informação ali. Mas a gente conseguiu, inclusive, informatizar, todas as nossas Supervisões. O CEInfo e as Supervisões colocaram o Sistema nas Unidades. Então o dentista, a equipe de saúde bucal, ele só tem que preencher manualmente o Mapa Ambulatorial Diário, tanto do dentista, quanto da ACD, quanto da THD, e o consolidado já está no sistema (C6).

Quanto ao retorno à mesma **coordenadora** diz que há resistência ao preenchimento por parte da ESB e que a coordenação não está conseguindo dar o retorno:

É isso que eu estou falando, vamos 'dar a mão a palmatória' que a gente não tá conseguindo dar esse retorno, embora a gente... ah...eu tenho que dizer que há uma... não é dificuldade, eu diria resistência, por parte dos nossos colegas, a grande maioria tem muita dificuldade assim para entender que isso é importante e preencher... (C6).

Um dos integrantes do grupo dos **interlocutores** falou sobre o SIA/SUS e que nem sempre a falta de reclamação indica que esteja tudo bem e nem todas as reclamações procedem:

Existe o SIA /SUS do PA instalado hoje... A qualidade normalmente é mensurada através da figura do gerente, ele também tem esse papel o gerente, ele vê, ele está ali... Comentaram sobre: o grau de satisfação do usuário... É isso que eu ia falar se não existe reclamação, se não existe ouvidoria, é porque está indo tudo muito bem... Não necessariamente o usuário tem razão, não necessariamente (I_19).

Os componentes do grupo **I_21** discutiram o tema comentando sobre registros irreais e afirmando que a informação não significa só verificar se os profissionais estão trabalhando:

Eu não sei como que era antes, mas a gente andou olhando os mapas, eles falaram que não tinha super-notificação, cada um fala uma coisa, e agora que as coisas estão... Era um mapa que tinha poucos procedimentos... (I_21).

Não tinha por faixa etária, não tinha nada! ...eles falaram que assim, a administração chegou a dizer que eles tiraram procedimentos porque o dentista ia "canetar", então não vamos pôr. Falei! Gente vocês estão doidos Ah, não vamos colocar esse procedimento aqui porque o dentista vai colocar e não é... (I_21).

Falaram isso para mim, sabe... ah não acredito isso ...falaram isso para mim, sabe eu achei, eu fiquei tão ofendida! Fiquei muito ofendida porque tudo bem que tem profissional que "caneta" mesmo, ele não faz e bota lá que fez, sabe, mas nesse caso não dá pra nivelar por baixo, você tem que colocar os procedimentos direito..., e outra gente, Sistema de Informação não é só para você ver se o dentista está trabalhando..., ou não?! – Não. É informação! (I_21).

Disseram que o retorno está previsto e que havia agendamento de uma reunião para isso, além de que os registros são importantes para manter o credenciamento do MS:

A gente só faz baseado no que eles informam então você sempre retorna pra eles. Mas assim, sempre faz baseado no que eles informam, é uma maneira de dizer, porque dia

27 agora vai ser a primeira vez que a gente vai retornar para os dentistas, como é que tá. Eu acho que tinha que ser sempre assim, mas não dá, ainda não deu para fazer, eu ainda não consegui... (I_21).

Procedimentos? Ah mensal! Mensal! Tudo que faz tem que registrar! - tudo, tudo! É diário, depois vem pra gente mensal; o Conselho dá... - se não registrar descredencia! (I_21).

A **ESB**, nesta discussão, mencionou o fato do PSF ser fechado e atender só a sua região e haver necessidade de preencher os mapas:

Só as emergências que vem assim de fora que você tem que atender, mas só tratamento mesmo é cadastrado ao PSF que é região fechada. A gente tem que fazer mapa. Tem registro diário, prontuário. Tem a ficha clínica do paciente que fica dentro do prontuário dele e fora isso a gente tem o diário da gente que é colocado no mapa e mensalmente a gente entrega para o expediente que vai colocar no sistema, vai passar para a coordenação, e supervisores (ESB).

Com relação aos novos mapas, disseram que eles representam o que a Unidade é e seu fluxo:

Eu acho que dá um mapa do que a Unidade está fazendo, o perfil... Quantas pessoas estão atendendo, quantos pacientes estão precisando, precisaram de um tratamento de endodontia, várias especialidades porque inclusive os mapas contêm idade, cor (que dificulta muito para a gente - às vezes a pessoa não está perto, a gente não lembra porque eles pedem a cor do paciente) e assim não é, como que era: Porque o mapa mudou recentemente não é isso? A gente está com um mapa novo, tem o manual, mas assim eu não tive acesso ainda ao manual. Acho que na realidade o mapa precisaria de uma, como a gente chama, acho que primeiro conversar, existe um manual! Tem que preencher o mapa mesmo não conhecendo o manual, entendeu, então se tem esse problema. Eu, quatorze anos de Prefeitura e eu nunca fiz mapa de ACD e aí chega o mapa e você tem que fazer, a gente vai ! Eu acho que... esse consenso faltou comunicação. Se é o manual, mudou o mapa, vamos todo mundo conhecer o mapa? Com uma reunião. Mas a gente nunca teve o mapa, chegou agora e nem a doutora sabia explicar. Ainda não chegou o mapa para ACD ainda. Existe uma compilação desses dados e é passado na reunião de gerência, que eu saiba por que a minha gerente estava com um papel com todos esses dados de todas as Unidades da minha região. - Mas para gente não. - Essa informação não chega esse retorno, não chega. - Na verdade também, quando chega, vai passando por todo mundo (ESB).

Um componente da **ESB** comentou que só em uma reunião em nível central é que ele viu para onde foram os dados:

A gente só vê quando a coordenadora de SMS faz uma reunião lá e faz a apresentação numérica dela, só aí que a gente sabe onde foram parar todos esses dados. No nosso caso existem dentistas (parceiros) que aproveitam para utilizar esses dados, não só do SIAB e muitas vezes esses dados servem para fazer trabalhos científicos, mas não tem retorno na minha Unidade (ESB).

O depoimento da **ESB** mostrou a situação:

Eu tenho porque a gente às vezes até tem acesso ao trabalho com a comunidade, mas tem um certo, teve uma época que a gente fazia um condensado anual, e aí no final do condensado anual a gente se juntava para dizer como é que foi o ano, o que a gente conseguiu, o que não conseguiu, mas aí com a municipalização houve uma certa distância com a parceira e daí acabou isso. Antigamente tinha um mural lá, eles faziam

um condensado de todas as Unidades, não sei se ainda tem, mas pelo menos antigamente tinha (ESB).

O **CG** manifestou-se, veementemente:

“É uma coisa interessante, porque eu acho que a comunicação é a alma do negócio” (CG).

- Problemas

Os principais problemas apontados pelas **coordenadoras** foram de que o sistema é conflituoso e há demora em chegar às coordenadorias e às Unidades a divulgação dos resultados:

O SIA, ele é um sistema um pouco complicado e o ministério estava revendo, mas não chegou, sei lá, não mudou ainda, então assim, tem problemas às vezes de não, que varia desde o sistema de informação que nós implantamos e que a gente divulga para as regiões, mas que demora para chegar na Unidade (C1).

Outra **coordenadora** dá exemplos e se queixa da falta de adequação dos instrumentos de coleta antigos e da provável mudança, outra vez. Ela disse que o SIA não permite visualizar indicadores, apenas procedimentos. Para os preenchimentos dos dados cada coordenadoria fazia os registros diários a seu modo, além das mudanças relativas aos PC e outras que virão:

Eu preciso, por exemplo, quero saber quantos tratamentos iniciados eu fiz, quantos eu concluí, do SIA você não tira. Porque o SIA-SUS ele foi feito com outra lógica, é um sistema de procedimentos. Então nós temos ainda muita dificuldade no município e não é só com o CEO não, é com toda a nossa rede, num preenchimento correto do Sistema, em obtermos todos os dados que a gente quer. Isso aqui estava muito confuso, toda a rede, o mapa de registro diário do dentista, cada região usava um diferente, e além do mais, ano passado houve mudanças, mudança também na tabela do SIA, mudança de procedimentos coletivos, tal que também causou certo problema para a gente. Porque a gente já tinha imaginado uns mapas, depois tivemos que rever, então eu acredito que só este ano é que a gente vai conseguir melhorar isso e parece que vem aí uma nova mudança do Ministério e a gente vai ter que ter outro período de adaptação aos novos mapas, então isso tudo é complicado. Muito complicado (C2).

Uma das **coordenadoras** criticou o sistema antigo e enfatiza a necessidade de se estabelecer um fluxo contínuo para as informações, com agilidade:

Tinham dados que a gente não conseguia obter só com a informação dos códigos SIA. As coisas hoje com o ser humano é resistência à mudança. Fizeram alguns ajustes no mapa, então a gente poderia até dizer que está em construção, mas sempre seguindo os códigos do ministério, só que o sistema de informação ele é muito desprezado pelos próprios profissionais, eles não tem a consciência de quanto isso é importante. Eles vêm como um instrumento quase que de tortura, de cobrança, embora eles tenham tempo

para preencher aquilo. O administrativo da unidade, que não entendia nada de odonto, digitava aquilo que o sistema não aceitava e ia para o espaço, ele não discutia com a saúde bucal, do que significava aquilo que não estava entrando, porque ele tem o mapa da enfermeira, do médico, e não sei o que, não sei o que lá, ele não vai perder tempo... Sabe o que eu identifico fluxo para essa informação, porque a informação está lá, e às vezes para você resolver um problema você precisa dessa agilidade da informação porque dois meses depois aquele problema pode até estar diferente já. Então quando você espera a nível gerencial, ou na secretaria, ao nível de coordenação, que a coisa já esteja acontecendo, porque faz mais de um mês que você falou aquilo, quando você vai ver ainda está chegando, entendeu. E não é culpa do profissional, é culpa de você não estabelecer um fluxo ágil (C3).

A SB não lida só com o SI, é complexa e tem que ser abastecida também por outro sistema em implantação:

É tudo um processo e aí nesses fóruns o que foi falado, do problema dos mapas, do problema do CEINFO, porque a bucal é complexa, não tem só isso, tem toda a questão do abastecimento, do almoxarifado, e graças a Deus... (C3).

Há um sistema informatizado de abastecimento na Secretaria, que é automático, pela informatização das unidades, elas informam o consumo médio mensal e estoque. Tá em implantação, mas você percebe..., quem vai cruzar e quem vai analisar é a supervisão e eu. Já está sendo analisado porque a gente tem que ajustar, e fala, como vai consumir três mil guardanapos por mês, quantos pacientes você atende? (C3).

Com relação aos mapas do pessoal auxiliar, notou-se que há resistências ao preenchimento e como há um reduzido número de auxiliares o trabalho deles fica prejudicado:

Como nós temos muito pouco pessoal auxiliar. Elas não tão preenchendo não. Tem até uma planilha pra elas. Tem a planilha da ACD e da THD (C4).

Uma das dificuldades é a digitação dos dados, que era realizada pelos contratados a implantar o sistema, e agora é realizado pelo pessoal da unidade de saúde:

Aí alguém lá da Saúde Bucal acompanha o digitador da unidade, essa é a maior dificuldade, a pessoa que lança no computador os dados,... Porque mudou muito, tinha um pessoal contratado que fazia isso na unidade, só trabalhava com os dados, da digitação... Esse pessoal... terminou o contrato, então agora, as unidades tem que se virar com os seus funcionários mesmos, e aí a dificuldade (C5).

Outro problema: as pessoas, o seu comprometimento e seus erros (quando há muitos itens para preencher a margem de erros aumenta e dificulta o entendimento e leva à indicadores incorretos):

...você faz treinamento, treinamento, treinamento, sensibiliza, ah, faz oficina, fala como deve ser preenchido, mas vem lá, tanta informação... Número de atendimento, procedimento ainda vem certo, mas quando bate naquela avaliação de Recursos Humanos, quando bate nas horas trabalhadas e nos grupos... Isso vem faltando, ou vem errado, eu não consigo entender por que, às vezes eu acho que eu falo grego, ou que as pessoas, a nível também local, falam grego, nas Supervisões... os interlocutores. Mas

não é, acho que é uma dificuldade mesmo das pessoas... É difícil, tem resistência, tem muitos que marcam errado, É um trabalho insano e importantíssimo... Como você vai tirar indicador correto, como você vai avaliar e planejar? (C5).

Relacionado ao retorno dos dados uma outra **coordenadora** afirmou que pretende fazer isso para os produtores dos serviços, e disse que houve um trabalho de orientação para preencher os mapas, Unidade por Unidade, pois os colegas não viam a importância disso:

...mas a gente ainda não fez isso, de retorno, com os outros dados do mapa, mas é uma coisa que a gente pretende fazer. A gente pretende mesmo fazer, até com o pessoal da informação daqui. Por exemplo, a gente viu no painel de monitoramento do desse ultimo trimestre passado que, em primeiras consultas caíram, principalmente aqui. Mas a gente viu, avaliou que, a gente fez implantação dos mapas novos, o quê? Ano passado, então, vários, é o que eu falei pra você, muito profissionais, muitos colegas não davam a menor importância pra esses dados, colocavam, ah.. do jeito... mas aí a gente começou a orientar. Quando a gente implantou, cada interlocutor foi, alguns foram em cada unidade básica, porque a necessidade era muito grande porque o colega não via importância de preencher o mapa...(C6).

O **I_19** comentou que o mapa é bom, mas extenso e a letra muito pequena (com 6 folhas):

...se fizeram grupos, se não fizeram, ele dá uma orientação, mas assim, como é um papel... ele é extenso, mas ele tá bom. (I_19)

E o **I_21** também comentou o tamanho (grande) do mapa e da letra (pequeno):

Tem seis folhas, uma letrinha deste tamanho, todo mundo xingando, mas a gente está tentando aumentar... Aumentar a letra! A letra! [Risos] ou aumentar o número de folhas... Aumentar o número de folhas... (I_21).

Foi também ressaltada a resistência por parte dos funcionários antigos e a falta de colaboração da gestão de algumas Unidades de saúde em enviar os dados, e que muitos ainda fazem associação da informação aos repasses de dinheiro:

...a gente já citou também, que os funcionários são antigos... [Confusão] e o chefe também... Na verdade assim, as informações elas são digitadas pela equipe que é responsável pela informação na unidade, que gera o SIA. Agora, algumas, lá na minha região, por exemplo, algumas Unidades me mandavam o mapa no papel, o resultado da produção do mês dele. Agora, não eram todas as Unidades, então a minha dificuldade maior é assim, tem gerente que se compromete mais, em estar enviando os dados, além daquele que ele já manda mensalmente através do SIA, então para o interlocutor de Saúde Bucal. Então, eu estou tentando fazer um fluxo lá na minha região com o CEInfo, para o dia que eles entregarem a estatística deles, eles já trazerem em disquete este mapa junto. E aí eu fazer, daí a partir disso eu fazer um condensado de todas as Unidades. Mas mesmo assim, eu tentei o mês passado, mesmo assim, todos entregaram o disquete do CEInfo, e alguns não trouxeram de Saúde Bucal ainda. Mesmo mandando memorando e solicitando em reunião de gerência, entendeu? é muito difícil eles priorizarem isso. Então o sistema de informações ainda não está bem... Sabe

porque também, eles tem aquela idéia do sistema, é porque associam muito com pagamento. Tem que mudar um pouco isso... Associar a informação ao dinheiro... (I_21).

Destacaram a necessidade de considerar o valor dos profissionais e a dificuldade do preenchimento entrou na rotina:

...valoração, a valoração do profissional, com tudo... Porque acho que é uma coisa importante..., a informação, agora ainda tem muito essa coisa de ser para. É igual aquela coisa da cultura... o profissional está ali, ele fala: Porque que eu vou preencher isso todo dia? Ah, chega no último dia eu preencho! ...de qualquer jeito!... Eu não preencho o diário porque não dá tempo! Só que no último dia ele não tem tempo suficiente pra preencher o de 30 dias... (I_21).

Os componentes da **ESB** se referiram aos problemas com os mapas anteriores e dificuldades com os atuais, pois antes faltavam espaços e agora têm muitos e sem o manual nem a chefia sabe explicar:

...você simplesmente não conseguia registrar quatro casos que você fazia então o procedimento não constava, agora é o contrário, tem tanta coisa que não dá, agora você nem consegue harmonizar, fica uma loucura; tem que preencher o mapa mesmo não conhecendo o manual, entendeu, então se tem esse problema; mas a gente nunca teve o mapa, chegou agora e nem a doutora ... sabia explicar (ESB).

Uma ACD da **ESB** complementou que está a quatorze anos na PMSP e nunca preencheu mapa e que agora terá que fazê-lo sem um manual:

Eu também, quatorze anos de Prefeitura e eu nunca fiz mapa de ACD e aí chega o mapa e você tem que fazer, a gente vai e... Então desta vez o mapa está imenso! Tem cinco páginas. O mapa mudou recentemente não é isso? A gente está com um mapa novo, tem o manual, mas assim eu não tive acesso ainda ao manual. Tem que preencher o mapa mesmo não conhecendo o manual, entendeu? Então se tem esse problema. Eu nunca fiz mapa de ACD e aí chega o mapa e você tem que fazer, a gente vai e... (ESB).

Um participante da **ESB** ao falar sobre o retorno dos dados, disse que já viu nas reuniões das chefias, mas para a equipe essa informação nunca retornou:

Existe uma compilação desses dados e é passado na reunião de gerência, que eu saiba por que a minha gerente estava com um papel com todos esses dados de todas as Unidades da minha região. Mas para gente não! Essa informação não chega. Esse retorno não chega. Na verdade também, vai passando por todo mundo. Acho só vê onde é preciso, quando a coordenadora geral faz uma reunião lá e apresenta, faz apresentação numérica dela, só aí que a gente sabe onde foram parar todos esses dados (ESB).

O **CG** falou sobre a comunicação, que seria o ideal para resolver muitos problemas: “é zero!”. Além disso, ninguém lê os avisos e estes não são atualizados, mas que os conselheiros devem verificar isso e corrigir:

O problema realmente é que boa parte da comunicação é zero. E quando tem aviso ninguém olha também... a população não olha nada.... Às vezes tem-se até o quadro,

mas ninguém atualiza... Uma das coisas como conselheira, eu faço questão de chegar lá e ver se as informações não são passadas, se tá lá correto, se tirou, se não tirou, se tem data errada, eu faço questão de corrigir... (CG).

Os **conselheiros** entenderam a questão do sistema de informações como comunicação e afloraram para eles lembranças da censura pela qual passaram e necessitaram comentar:

Bom, nós tivemos certa dificuldade no processo de eleição, justamente por causa da comunicação. Porque nós estávamos proibidos de colocar os informativos nas unidades referentes ao Sistema Único de Saúde, então a Coordenação estava perseguindo, pra poder colocar o informativo nas Unidades, nós íamos, assim, na Unidade e ela falava: “olha você deixa o cartaz aí que eu vou consultar a Supervisão, para Supervisão consultar a Coordenação para ver”. Então eu falei: “Mas o que é isso minha senhora?” Nós somos democratas, nós não vamos trazer qualquer tipo de informação aqui, como tem algumas informações que não pode ter de Plano de Saúde daquele tipo que a gente não pode, mas a informação, nós do Conselho Gestor nós somos conscientes daquilo que a gente entende como necessidade da população. E onde eu tive que falar com o chefe de gabinete da Secretária, pra falar com a Coordenadora da minha região, pra poder ela liberar as informações. Então quer dizer, chegou no limite, no limite olha só que coisa, de dar censura, então não permitindo..., então nós vivemos essa dificuldade. Teve que vir de cima pra baixo... (CG).

Comentaram as dificuldades do público por não ter informações, pois têm dificuldades para ler:

Mas acontece que o problema é com o pessoal novo, da diretriz, não é? A pessoa está marcando consulta, mas às vezes a pessoa não lê. O público acaba não tendo acesso por diversos motivos, é, seja pela desatualização, seja por... Dificuldade de ler mesmo...(CG)

A seguir, note-se que a coordenadora da reunião do GF do **CG** insistiu em obter informações mais consistentes à respeito do SI ao que os membros responderam nada saber. Falou-se, também, que a SB não entra em pauta nas reuniões do Conselho Gestor, nem na mídia e na comunidade esse enfoque não têm importância :

Com relação à saúde bucal, que é o tema da pesquisa... Com relação à saúde bucal, vocês sabem se existe algum Sistema de Informação onde a saúde bucal, ela precisa ser anotada, vocês tem acesso? Ou, o profissional tem acesso, vocês sabem de algo nesse sentido, um sistema de informação pra saúde bucal especialmente? Ao que eles responderam: Não, não, não... É tem Cartaz... Só cartaz...[Confusão] Escuta no Conselho Gestor do ... o que menos entra em pauta é assunto da saúde bucal, não tem mesmo...; porque se trataram mal as pessoas, porque se não tem médico de coração, se tem gente morrendo lá e ele não atende, mas nunca escutei um papo sobre isso - saúde bucal. A saúde bucal não aparece. Não aparece, parece que o programa de saúde bucal, é uma questão de ... Hierarquia. A população não está acostumada a lidar com a saúde bucal, ela não teve acesso, ela não sabe conversar. Não se fala muito, na própria mídia não se fala em saúde bucal... A própria comunidade tem medo de chegar no dentista... Não tem esse enfoque como importância... [Confusão] (CG).

- Experiências de Êxito

Uma das **coordenadoras** afirmou:

O que está bom não vai para ouvidoria, por ser bom, ninguém quer promover (C6).

- Propostas

A **coordenadora** refere-se às dificuldades dos CD devido ser um sistema em implantação, mas há facilidades por ser um sistema integrado e que deverá fornecer dados antes não obtidos:

O que ficou mais difícil para o dentista, o seu mapinha diário teve mais coisas para ele preencher, e eles não gostam disso. Mas ao alimentar o sistema do SIA, esse programa Excel ele é integrado, eu não sei, da parte da informática quem desenvolveu isso foi uma pessoa da secretaria e é um sistema integrado então você não tem que digitar duas vezes, você entendeu? Os dados que vão para o SIA já vão para a nossa planilha, só acrescentar para ela especificamente alguns outros a mais e isso foi colocado recentemente na rede, uns dois, três meses, então só depois disso que eu vou ter - tratamento iniciado, tratamento completado, coisas que o SIA não dá (C2).

Outra **coordenadora** afirmou que em outras áreas já funcionou, mas que na SB sempre ocorreu a discussão de que é difícil:

Doenças de notificação, tudo isso é rápido, você trabalha com vigilância a saúde, por que lá funciona e por que para a gente não funciona? Entendeu? A gente começou a trabalhar em cima, aí a gente fez reunião... é sempre a mesma discussão, ah a odonto é tão difícil, a bucal é tão difícil, não... (C3).

Outra se referiu à entrega dos relatórios preenchidos em tempo hábil e que é preciso controlar:

Então a gente sempre recebe atrasado, as Supervisões mandam atrasados, mas eu acho que teve uma avanço. Está vindo, embora atrasado, está vindo. A gente fez um sistema aqui de ter... controle de entrega. Então a gente sempre assim um controle de entrega, de quem mandou, quem não mandou, porque não mandou, e cobra, vai atrás... mas é...está difícil ainda... (C5).

Houve uma proposta para a organização da rotina do atendimento deixando espaço para fazer os registros, pois são importantes para avaliação do serviço e recebimento das verbas:

Então ele tem que organizar, ele tem que planejar o atendimento, prevendo o tempo pra preenchimento de mapa. E... ele viu que é importante, o município pode deixar de receber verba por conta desse mal preenchimento dele e a gente avaliar o serviço, pelo mal preenchimento... (C6).

A **ESB** falou da falta de comunicação, consenso, de tempo para o preenchimento e de informações sobre o sistema e seus resultados, com o

manual à mão e propõem reunião. Há necessidade de um mapa possível de ser preenchido pelo CD trabalhando sozinho fornecendo informações suficientes:

Eu acho que esse consenso faltou na comunicação sem o manual, mudou o mapa, vamos todo mundo conhecer o mapa? Com uma reunião! Acho que na realidade o mapa precisaria de uma, como a gente chama, acho que primeiro conversar, existe um manual!! Eu queria fazer uma UBServiço com relação aos mapas que é o seguinte: deveriam ser simples o suficiente para que o dentista trabalhando sozinho conseguisse ter tempo de atender e depois preenchê-los, mas ele também precisa ter informações suficientes para que se façam estatísticas, então não é possível que se façam estatísticas. Então não é possível fazer tudo isso ao mesmo tempo, então desta vez o mapa está imenso. Tem cinco páginas.(ESB)

Transparece nas falas um reconhecimento da importância de um sistema de informações eficiente e confiável, mediante um processo mais prático e viável de recolhimento de dados, que pudesse ser preenchido por todos os integrantes da ESB e sugere que estes dados serviriam como uma referência do desempenho das Unidades e setores.

O **CG** propôs a necessidade de informação e comunicação para os conselhos, mas que não existe nem um canal. Sugeriram colocar uma caixinha para os usuários colocarem sugestão em local visível e pela TV. O serviço respondeu que isso aumentaria a demanda e não dariam conta e que a cultura popular não iria dar atenção a esse tipo de programa pela TV:

Então, uma boa informação, uma boa comunicação entre o sistema e as Unidades, muitos problemas seriam resolvidos, não teria tanta briga, tanto embate, falta muito isso - informar... e eu , e eu, na semana passada, eu acho que isso até começou querer surgir ... mas, essa coisa de informação parece que não é importante, na UBS ai, eu como Conselheiro Gestor da minha coordenadoria, eu tinha feito a sugestão pra Coordenadoria colocar em cada Unidade um Kit de informação. Que seria o que: um grande quadro, que nem onde... Ah tem um quadro que nem com martelo você consegue colocar com prego de tão ruim que é a madeira. Então colocar um quadro decente de cortiça, e manter aquilo atualizado de informação, os programas, as campanhas, as mudanças do dia-a-dia, informar para o público, porque às vezes não fica. Aí coloca esse quadro com informações sempre atualizadas e do lado do quadro colocar uma caixinha de sugestão e uma caneta preta, pra pessoa escrever. Escreve e coloca lá, tudo no mural da Unidade, olhem e veja, leiam e falem. Mas pra isso precisa ter alguém que atualize o quadro, porque se você coloca o aviso na Unidade, às vezes passa 1 mês, 2 meses e passa daquilo, e ainda está lá o quadro, não tem ninguém que atualiza nada...(CG)

Lá na nossa região a gente deu a sugestão pra supervisão que as informações fossem passadas pela televisão, através de vários canais de televisão porque quando acontece uma coisa ruim, os repórteres repetem milhões de vezes ...aconteceu isso ruim. Então que todas as informações da saúde fossem passadas pela televisão. Sabe o que a

supervisão nos respondeu, pro gestor ? Que não tinha condições de fazer isso porque não tinha recursos pra cobrir todas as demandas. Então supondo que se você falar que em tal lugar tem um dentista, vai todo mundo! Tal lugar tem isso, vai todo mundo pra lá... Se falar que o Cária Zero funciona então... [Risos]. Foi isso que eles responderam pra gente... [Confusão], mas isso é cultura popular... A cultura do povo é a cultura de esquina, quer dizer, se você colocar na televisão num horário que está passando no canal a política pra discutir, e a novela no outro canal, vai todo mundo pra novela. Está vendo, é a cultura do nosso povo. Para você ter a garantia que a população vai observar isso, vai ver isso, vai ter que toda a televisão colocar no mesmo horário, na novela, nos reclames da novela. E muitas vezes (CG).

É preciso ter um órgão superior que olhe, observe e analise, diz a coordenadora:

Quando você mostra que tem alguém que está olhando, observando, analisando, ele já começa a pensar, não, peraí, tem alguém olhando, e é o meu CRO lá, e é assim que eu converso. Eu falo: 'Gente, a gente tem que ter uma responsabilidade pelo serviço que a gente faz, é o nosso CRO que está lá', então a gente tem que cuidar dele com carinho, é nesse sentido... (C3).

Devido à falta de fiscalização, livre e soltos e assim, a gente tem esse critério lá, o almoxarifado desperdiça material que vence, não tem fluxo, o dentista não sabe quanto tem no estoque, não usa o que está para vencer primeiro, pede uma quantidade absurda porque tem medo que falte (C3).

Pelo tipo de procedimento realizado se estabelece uma coerência entre atendimentos programáticos e de urgência:

A gente fez algumas visitas, então às queixas: Ah, eu tenho muitas queixas por dia. Tá vamos pegar o mapa, vamos ver como é que é: um, dois...Cadê o cheio de urgência? Ah, mas é que eu não marquei! Ah, mas como assim? Você tem que marcar, porque eu vou medir o serviço, o teu trabalho também pelo mapa, pelos dados que você coloca ali. E se você faz atendimento de urgências, existem procedimento de urgência, verdade! Ah, quantas "exos", quantas é...consulta de...não só consultas, mas assim... alguns procedimentos maiores. Ah...curetagem, e outros procedimentos, mas que a gente consegue medir, o quanto de urgência você tá tendo, quantos procedimentos de urgência você tá fazendo? Aí não tem nenhuma "exo", não tem nada... Como assim? Então o que está acontecendo? Aí que eles viram: Nossa importante, é... Porque quando acaba aquela consulta de urgência - pronto! Aí eles também viram essa importância do atendimento... no preenchimento dos mapas e dos dados pra gente. É um trabalho que a gente ainda precisa continuar a ver, porque a região é muito grande... (C6).

Cabe a população fazer valer seus direitos:

Muitas coisas não têm uma prática por parte dos governos, mas muitas coisas cabem a nós população de ocupar o nosso tempo...(CG).

A seguir, apresenta-se o Quadro 28 sintetizando os resultados obtidos a respeito dos Sistemas de Informação.

Quadro 28 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre SI no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.**

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	E. Êxito	Propostas
C	Acreditam na melhoria do sistema de informações com as modificações implantadas.	Centro de Informações próprio. O sistema rastreia o trabalho. Outra citou o SAI. Mapas foram elaborados pela área técnica e está difícil para a Coordenação/SMS sistematizá-los (grandes e complicados) e bons para obter dados, numa evolução para a SB. Painel detalhado, com dois caminhos (CEInfo e BPA) até chegar nas coordenações. O retorno dos registros <i>tem que ser mais formal</i> . Erros levam a confusão e entendimentos diferentes. O MSP requer dados detalhados para acompanhar o programa. Mudanças são constantes e as informações, fundamentais para a gestão. <i>Análise dos mapas permite saber onde o sistema está mais resolutivo e a produtividade. Dificuldades de sistematizar. CD acham que o relatório complica. Foram explicadas razões do instrumento (para o ministério ter conhecimento), num trabalho integrado ao CEInfo para implementar o SI. Cabe ao CD, ACD e THD preencher manualmente os mapas, consolidados em automático. Resistência da ESB para preencher. Coordenação não dá retorno.</i>	Sistema conflituoso. Resultados demoram a chegar às coordenadorias, unidades. Inadequação de instrumentos de coleta antigos e prováveis novas mudanças. SIA não permite visualizar indicadores, só procedimentos. Preenchimentos dos dados: cada coordenadoria fazia registros diários a seu modo, mudanças relativas aos PC e outras que virão. Críticas ao sistema antigo e fluxo não contínuo das informações - agilidade. SB não lida só com o SI, é complexa e deve ter outro sistema (em implantação). Há resistências ao preenchimento dos mapas, como há um reduzido número de auxiliares o trabalho deles fica prejudicado. A digitação é realizada pelo pessoal da US. Conforme o maior número de itens para preencher a margem de erros aumenta, dificulta o entendimento e leva a indicadores incorretos. Orientação para preencher os mapas.	<i>O que tá bom não vai pra ouvidoria, por ser bom, porque ninguém quer promover.</i>	SI em implantação, com a facilidade de ser integrado e fornecer dados (funcionou, em outras áreas), na SB sempre se achou difícil. É preciso controlar a entrega dos relatórios preenchidos em tempo hábil. Controlar e organizar a rotina do atendimento, deixando espaço para fazer os registros, importantes para avaliar o serviço e o recebimento de verbas: <i>É preciso um órgão que olhe, observe e analise!</i> Pelo tipo de procedimento realizado se estabelece uma coerência entre atendimentos programáticos e de urgência.
I	Aspectos positivos não são reportados a ouvidoria. Queda no atendimento justifica-se pelos mapas (apresentam a quantidade de atendimentos). Desânimo e ironia.	Mapa para lançar a produção, mas não contempla todos os procedimentos. Contribui para planejar, supervisionar, acompanhar as diretrizes. Para atender pelo nº de agendamentos/procedimentos, dados devem ser informados mensalmente. Infere-se a qualidade do serviço. Divergência e resistência no preenchimento dos mapas. SAI/SVS: nem sempre a falta de reclamação indica que está tudo bem, nem todas as reclamações procedem. Registros irreais (retorno e reunião). Registros: manter credenciamento MS.	Tamanho (grande) do mapa e (pequeno) da letra. Resistência por parte dos funcionários antigos. Sem colaboração da gestão da US e da associação dos relatórios aos repasses de dinheiro. Considerar o valor dos profissionais e a dificuldade do preenchimento. Problemas com mapas anteriores e dificuldades com os atuais, antes faltavam espaços e agora têm muitos (sem manual nem a chefia sabe explicar). I.	Não houve depoimento	Não houve depoimentos
ESB	Imposição (mapas) Obediência, compromisso. Não entendimento e complexidade (sentimento de incompetência e desqualificação) Gostariam de conhecer estatística do atendimento.	Rotina no processo e os registros vão para o nível tático e estratégico. Divergências nas anotações levam a distorções. Antes, dados divulgados em mural e reunião anual para discutir o resultado. Atualmente (devido à implantação de novo mapa) há demora e resultados fictícios. O PSF é fechado, atende só a região e preenche os mapas. Novos mapas representam a US e seu fluxo. Em reunião central se viu para onde foram os dados: <i>em uma época fazia-se um condensado anual “UBServação”- suficiente para que o dentista trabalhando sozinho tivesse tempo de atender e depois preenchê-los. O mapa está imenso.</i>	Sobre o retorno dos dados, um participante disse que já viu com as chefias para as reuniões deles, mas para a equipe essa informação nunca retornou. Falta padronizar registro. Falta divulgação.	Não houve depoimento	Reunião para resolução de problemas. Mapa possível de ser preenchido pelo CD trabalhando sozinho, com informações suficientes. SI eficiente e confiável, processo mais prático e viável de recolhimento de dados, que possa ser preenchido por todos os integrantes da ESB e com dados do desempenho das unidades e dos setores.
CG	O CG abordou o tema com ironia, risos e descréditos.	Os CG colocaram-se reativos afirmando haver falta de informações que é: <i>a alma do negócio!</i> SB não é pauta de reunião.	Não há comunicação, não lêem os avisos (desatualizados): CG devem verificar e corrigir. Vêem SI como comunicação – censura. Negaram receber informações do SI. SB não é discutido nas reuniões do CG, mídia ou comunidade.	Não houve depoimento	Informação e comunicação para os CG. Caixa de sugestões em local visível: maior demanda, cultura popular rejeitaria.

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor. SI: Sistemas de Informação.

4.7 RELAÇÕES COM OUTRAS SECRETARIAS

Os questionamentos referentes ao tema **Relações com outras Secretarias**, realizados com os sujeitos da pesquisa foram:

- a) São levados em consideração temas à respeito da Saúde, incluindo a Saúde Bucal no projeto pedagógico escolar?
- b) São levadas em consideração sugestões sobre Saúde Bucal para a qualidade da merenda escolar? Isso está sendo trabalhado?
- c) São realizadas ações coletivas para a Saúde Bucal em escolas da região? Quais? Como? Qual o número de crianças cobertas pelas atividades?
- d) Há acordos de encaminhamento dos escolares para atendimento? Para onde? Com que critérios?

- **Posturas dos sujeitos da pesquisa**

As **coordenadoras** denotaram ter relacionamentos com outras secretarias.

Os **interlocutores** do grupo **I_19** mostraram angústia:

“Há uma cobrança por parte das secretarias para a execução de ações nas escolas, porém não há co-responsabilidade” (I_19).

O grupo **I_21** mostrou que se empenha em atender as determinações, mas há desestímulo pela falta de material e do descrédito das escolas.

Os profissionais são considerados intrusos por “atrapalharem” o programa das aulas, são levados à exaustão por não terem suporte logístico (de locomoção e para carregar o material que levam) e de controle sobre os alunos, o que os leva a perder o estímulo, como as frases a seguir mostram:

Não existe co-responsabilidade da parte; eu acho, da educação, dos professores...; é insano... são crianças que não tem limite nenhum.

Tem horas que eu me sinto tão angustiada, porque parece o “Samba do Crioulo Doido” - a Administração Pública da Cidade de São Paulo...

Eles querem tudo assim, quando acontece o pedido, tudo é pra ontem, parece que a gente está sempre reativo...

...sempre correndo atrás, sempre atrasado – eu me sinto correndo atrás do rabo! (I_19).

Da **ESB**, uns gostam outros não gostam do relacionamento com a Secretaria da Educação, como se pode perceber a seguir:

...Eu não, eu até o ano passado não participava, não gosto, mas aí foi imposto que a gente tem que fazer; a gente não tem recurso e eu por conta própria porque gosto da coisa (ESB).

Notaram-se imposições sem discussões com a **ESB** que afirmou que os espaços escolares sentem-se invadidos, que os faz procurar horários menos conflituosos:

“A hora que eu vou a diretora não está - é isso que eu estou te falando, a gente não tem espaço” (ESB).

A **ESB** mostrou boa vontade e esgotamento, com sobrecargas sem assessoria, como as frases apresentam:

Tem que estar todo mundo junto e a gente está aqui em baixo, então tem que comunicar aqui direitinho, uma comunicação em todas as áreas (ESB).

Representante do **CG** afirmou que há diferenças entre as secretarias, e existe um sentimento de inferioridade entre **SMS** e a **SME**.

- **Idéias Centrais**

As **coordenadoras** têm algumas idéias a respeito dos relacionamentos entre as secretarias, referindo-se a um bom relacionamento, embora estejam um pouco isolados e com o apoio da alta direção e do agente de saúde da escola:

A gente tem um acesso bom na Secretaria de Educação, mas eu acho assim, particularmente nessa administração, eu acho que as coisas estão um pouco ‘isoladas’ (C1).

Agora a gente tem o apoio das instâncias superiores deles lá, Coordenadorias Regionais, é... Aí a gente faz uma reunião prévia, antes do início do ano, e eles dão apoio, tem um agente de saúde por escola, melhorou nesse aspecto (C5).

O **I_19** afirmou que entre as secretarias, a maior parceria é da “Educação”, embora haja dificuldades com a SEMAB, há experiências desestimulantes:

A maior parceria é com a educação, embora haja elevada dificuldade de acesso aos alunos pela falta de empenho das escolas em abrir espaço aos profissionais da ESB, e a falta de material de treinamento (escovas) que sempre chega com atraso nas unidades, furando o planejamento das equipes. As escolas de educação infantil são mais acessíveis, segundo a ESB, é pouca a parceria da ESB com a SEMAB, as experiências obtidas são desestimulantes, já que são servidos alimentos inadequados e excessivamente doces, anulando a orientação dos procedimentos coletivos da ES. (I_19).

O **I_21** disse que parece que agora as escolas querem a participação da saúde, porém a falta de material está prejudicando a execução dos planos conjuntos:

Parecia que a saúde estava querendo entrar na escola, e agora com isso daí, agora a escola chamou a saúde; os planos de ação projetados são prejudicados pela falta de material de apoio como escovas e pastas (I_21).

A **ESB** mencionou a história da SB na escola, o acolhimento da direção, o número elevado de crianças por profissional e a triagem de risco, mediante um componente que disse:

No começo do ano (2006) acho que o Pinotti, não é? Houve um documento sobre a educação e a SB; sempre houve um trabalho da educação com a saúde bucal na escola. A gente não tem recurso, a Secretaria só dá as escovas. Não tem capacitação pedagógica. O que define que escola que a gente vai escolher é aquela que acolhe melhor a idéia, é isso. É uma questão do acolhimento da direção; depende do recurso físico da escola, que às vezes não tem condição alguma, tem muito a ver com a empatia das pessoas que recebem e a postura, gostar ou não de dar aula, de fazer atividade com a criança. Seiscentas crianças cadastradas por profissional. A partir daí, a triagem varia de cada local, em cada série. Na unidade que eu estou, aonde eu cheguei, era bem diferente do que agora que estou lá, os colegas já faziam essa atividade na escola e continuam fazendo com o paciente de risco da escola [triagem que determina o risco] (ESB).

Os **conselheiros** não identificaram parcerias com outras secretarias e comentaram:

Não há indicação de parcerias, somente alguns eventos; eles [SME] interferem pedindo que a gente faça alguma coisa na saúde; a diferença que eu vejo da educação é a do acesso... Não há uma estratégia para utilização de parcerias (CG).

Uma das **coordenadoras** afirmou que não há uma integração entre saúde e educação e que faz falta um bom relacionamento:

Eu acho que as coisas ficam muito só em função de Secretaria, a Coordenadoria realmente não tem uma... Um viés interessante com a Secretaria de Educação. As Supervisões eles tentam fazer essa ponte, por conta das Ações Coletivas, então eu percebo que a gente acaba tendo que ter... Mas ficou muito em função da Secretaria. A Secretaria que coordena, que faz esse relacionamento, e faz falta viu (C1).

Falou também do projeto ambicioso, da insuficiência de recursos, da interferência do PAS [que não deu continuidade ao projeto preventivo anterior] e da briga com SEMAB, da incapacidade de dar cobertura mais ampla, com motivação:

A gente não conseguiu ter todas as escolas, até porque a gente não tem dentistas suficientes que isso é uma coisa que você não tem pra dar pra essa demanda toda, mas eu acho que é um projeto ambicioso, e que a gente tá conseguindo um. O que eu acho é que nunca deveria ter parado, porque já existiu. Eles tinham o Projeto IEB, há muitos anos atrás, davam conta e faziam os Procedimentos Coletivos, com financiamento do

Ministério de Estados, isso foi um projeto que se perdeu realmente na época do PAS. Porque pra mim, a hora que você pára de fazer prevenção, você volta atrás, não tem jeito. Você nunca pode parar de fazer prevenção, eu acho que prevenção é básico. Mas acho que a cobertura tá assim, muito maior do que era antes. Nas outras escolas o acesso é via Unidade de Saúde, sendo o encaminhamento feito pelos pais. O ideal seria realmente, se você parar pra pensar, você fazer todas as escolas (C1).

Ah, isso é uma briga. Isso é uma briga histórica, nossa com a Secretaria de Abastecimento. Assim, porque tem épocas que a merenda é um pouco menos cariogênica, e tem épocas que a merenda é totalmente cariogênica. Então, eu acho que isso é uma coisa que tem que ser realmente discutida mais profundamente. A gente fazia semana de Saúde Bucal, então esse processo todo era gostoso, eles faziam cartazes... Era uma coisa assim de motivar a escola toda (C1).

Outra **coordenadora** enfatizou o entrelaçamento de SMS com SME:

“Já falei: nós temos a parceria da escola promotora de saúde, e isso é formalizado” (C2).

E ao ser perguntado sobre o projeto pedagógico e se a coordenação dá alguma opinião, a mesma respondeu:

“Não, projetos pedagógicos dela não... eles não nos chamam, o movimento é a gente propor” (C2).

Disse ser preciso obedecer às leis, há muitas outras coisas a fazer e a merenda está ligada à outra secretaria:

Estão colocadas as ações com a educação dentro da escola promotora de saúde e a gente faz ação educativa e preventiva nas escolas, está certo? A lei municipal, além de ter o SUS nós temos que dar assistência às crianças. Porque existe lei municipal, o projeto pedagógico a gente não conseguiu nesses dois anos parar para discutir mais profundamente isso, porque a gente tinha que tocar outras coisas. A questão da merenda está afeita a outra secretaria. Nem o grupo da escola promotora discute muito, a questão da merenda. A nossa meta é atingir seiscentas mil crianças, de zero a quatorze anos, que foram cadastradas no ano passado (mais ou menos umas quinhentas a quinhentas e trinta mil), tivemos problemas de insumos e não conseguimos fazer as ações que prevíamos para todo mundo, então esse ano a gente acha que isso vai ser regularizado (C2).

A **C3** disse que o projeto com as escolas está implantado, embora tenha falhado no que diz respeito aos suprimentos:

Já se trabalha a escola promotora da saúde, é um projeto, e... (você quer que eu vá falando?) então a escola promotora começou no ano passado, em maio, se articulou mais no fim do ano, nós fizemos um projeto, teve falhas. O que falhou foi o suprimento das escovas e cremes dentais, que a educação ia comprar e falhou... Tanto o nosso almoxarifado quanto a educação, então nós ficamos sem um pouco de suprimento, que era fundamental, mas no resto a gente fez conversas regionais de cada supervisão com a educação e oficinas com o pessoal da educação, diretores, orientadores, como se diz: coordenadores pedagógicos das escolas. Foi chamada uma reunião, mostramos o que a saúde bucal ia fazer na escola (C3).

Outra **coordenadora** afirmou que estavam retomando as ações coletivas e que não tinha contato com SEMAB, só com a SME:

Aqui na região a gente fez um relacionamento bom com a Educação. O ano passado a gente procurou, com aquelas oficinas que a Secretaria propôs, pra começar os procedimentos coletivos, a gente procurou a Coordenadoria da Educação, são três que pegam a região, e nós procuramos e sentamos com as Coordenadorias, as interlocutoras regionais e eu. E a gente fez uma reunião com todo mundo, pra explicar, porque os procedimentos coletivos, que a gente tava retomando esse programa, tal... e aí a gente fez as oficinas regionais, junto com os dentistas. Com abastecimento não! A gente não tem nenhum contato, nunca fizemos. Tem? É! Com a educação tem, eu vejo na área da bucal, a Secretaria da Educação é a que está mais próxima (C4).

Outras **coordenadoras** falaram das dificuldades com os insumos e com a alta administração, mas também de discussões e tentativas de acordos e realizações de capacitações:

Embora o ano passado a gente tenha tido dificuldades, se conversou tanto, se articulou tanto, e aí a gente teve problemas com a falta de insumos. A gente 'deu a cara a bater' assim literalmente, nós fomos a todas as Coordenadorias Regionais, fizemos encontros, e aí, lá encima, a coisa não aconteceu, não veio, e a gente ficou prejudicada nesse aspecto (C5).

Ah sim! A gente fez as capacitações o ano passado com todas as Coordenadorias da nossa Região (C6).

O **I_19** achou que a Educação é a maior parceira, porém citam algumas ocorrências como, apoio e bloqueio de diretores de escolas e emitem idéias de que seria um problema político mais amplo, pois do contrário o trabalho seria pontual e desarticulado:

Acho que a maior parceria é a, com a educação, com esses procedimentos coletivos - que as diretrizes preconizam. Mas um deles disse: não, eu tive parceria da coordenação da educação? Não tive parceria... Tive parceria de alguns diretores, mas eu não tive... eu tive diretor que solicitou ofício pra deixar entrar...(I_19).

Esse trabalho entre secretarias é um problema ministerial, não é idéia de nenhum gerente nenhum dentista da Unidade; exatamente assim, existe, mas é muito pontual, então existem locais, desde a direção até o auxiliar, até o professor, ele ajuda, ele pede fita educativa, ele ajuda. Agora tem outros detalhes que são à parte, e... sabe, já aconteceu isso comigo, a direção não gostava que atrapalhasse o horário de aula, você tinha que ir no banheiro fazer escovação, se quisesse! (I_19).

É uma judiação, a gente fazer procedimento coletivo, fazer uma orientação de educação em saúde bucal, e assim, saí depois à merenda. A merenda é aquela coisa... goiabinha - tudo que é coisa doce, grudenta, mas assim eu acho que é uma judiação, tanto que eu tive dentistas em algumas unidades que ficaram tão chocados: "Poxa, a gente faz os procedimentos coletivos e olha a merenda o jeito que tá? Tem como a gente influenciar?" Mas, a gente não tem governabilidade pra isso. Então é uma judiação essa parte sim, eu tive dentistas que chegaram pra mim... "A gente tá fazendo procedimentos coletivos, mas não é servido um lanche, uma maçã..." Não tem nada saudável? Não tem planejamento nenhum na saúde, acho que é um setor que eu posso falar, os demais a gente deduz, não tem planejamento nenhum, não tem uma estrutura sólida e nem séria.

Eu acredito, e quero continuar acreditando que tem profissionais maravilhosos com bastante vontade de fazer acontecer, tem cabeças muito inteligentes, com bastante conhecimento pra fazer isso. Mas infelizmente a vontade política maior, acaba com tudo isso. Enquanto todo o sistema ficar a mercê da política, existe essa política entre aspas (I_19).

O **I_21** citou que o projeto começou nas escolas e que foi elaborado um manual dos procedimentos coletivos, mas faltavam insumos:

Agora começou... Um projeto. Entrou uma lei municipal... na pratica tá assim, porque é... a gente fez lá, inclusive quando a gente foi iniciar o programa nas escolas, a gente fez com as interlocutoras da Educação, pra estar chamando as diretoras e os responsáveis pela saúde nas escolas, pra gente fazer uma reunião e explicar todo o nosso projeto dentro da escola naquele ano. Então a gente entregou inclusive, um “manualzinho” de todos os procedimentos coletivos que a gente ia desenvolver na escola naquele ano. Os dentistas ficaram desacreditados na escola, porque iam lá não tinha insumo pra fazer escovação... (I_21).

A **ESB** expressou-se também dizendo que sempre houve atividades na escola, mas que há um documento em que houve imposição para cumpri-lo e a equipe (como intrusa) teria que se adaptar à situação e realizar cadastros, ações educativas, tratamentos atrapalhando a rotina da UBS. Apontaram dificuldades de comunicação e ações conjuntas, e expressaram a educação como um ente superior e distante:

No começo do ano acho que o Pinotti houve um documento sobre a educação, mas sempre houve um trabalho da educação com a saúde bucal na escola; eu até o ano passado não participava, não gosto, mas aí foi imposto que a gente tem que fazer, mas aí você chega na escola - Ah vocês conhecem o documento parceria saúde bucal e educação, e não. Quer dizer, foi imposto a nós e você que se vire, a Secretaria só da escovas e você que se vire com material, uma fitinha lá do “doutor dentuço” para criança do terceiro, quarto ano e você que se vire. Se você quiser se capacitar, não tem capacitação pedagógica. O cirurgião dentista é um intruso, e na minha região a gente faz esse trabalho há muito tempo e o que define que escola que a gente vai escolher é aquela que acolhe melhor a idéia é isso (ESB).

Houve o pedido de a gente estar indo nas escolas para pegar o número de crianças para começar ações educativas e tratamento, inclusive foi imposto que independente ou não de ter cadastro. Mas isso ainda não aconteceu, nós temos a lista, mas não, até porque agora teve férias, mas foi uma coisa imposta, vocês têm que ir a escola e têm que atender tantos pacientes por dentista, atrapalhando a nossa rotina que são dezesseis mil pessoas (ESB).

Não bastasse a questão que ela levantou a gente não tem recurso, e eu por conta própria, porque gosto da coisa. Adquiri há muitos anos projetor de slides, coisas que me ajudam a realizar essa tarefa, ainda que a gente tivesse a obrigação de fazer o cadastro e pelo menos eu fiquei correndo semanas atrás do impresso para fazer esse cadastro, no final das contas eu tive que improvisar e depois chegou um outro cadastro definitivo, quando o trabalho já estava muito avançado, então quem é que vai se dispor a transcrever seiscientos ou mil e duzentos nomes no cadastro, então, sabe, uma coisa bastante empurrada, desorganizada e a gente sob pressão, a gente já tem que dar conta, se a gente sai da unidade o paciente que chega com dor, o usuário que chega

com dor e a gente com aquela pressão de ter que fazer o trabalho na escola. É bastante complicado administrar isso (ESB).

Acho que a questão tem que ser conjunta, educação e saúde, e quando eu falo em conjunta, sempre só a educação lá em cima, mas tem coordenação e supervisão, então tem que estar todo mundo junto, e a gente está aqui em baixo, então tem que comunicar aqui direitinho, uma comunicação, em todas as áreas - de emergência, de triagem, de tudo. Eu estou aqui na base, eu e a supervisão - vamos conversar com a coordenação, senão chega o mapa, eu vejo que fica muito longe, a distância fica muito grande (ESB).

A população pede ao **CG** que interfira para integrar o trabalho nas escolas com as Universidades e Educação:

Não, eles interferem pedindo que a gente faça alguma coisa na saúde para integrar o trabalho nas escolas com as Universidades e a Educação; eu vejo projetos que vêm de faculdades... Assim, que faz essa relação, vem para a Unidade, a Unidade trabalha nas escolas. São projetos com formandos, são alunos que vêm fazer trabalhos, de matérias e também alguns trabalhos de faculdades (CG).

Não acessa porque a Educação ela se sente superior, porque não existe um conselho deliberativo de população, ele não é normativo, diferente da saúde. Então o que acontece? Porque nós da Saúde temos o direito de deliberar a Comunidade, Conselhos Gestores, Conselho Municipal. Na educação é diferente: eles não aceitam interferência externa de quem quer que seja, qualquer Secretaria, é aquela norma que vale, diário oficial e acabou, de vez em quando fazem isso (sobre um acordo entre os diretores de escola e a UBS) (CG).

- **Problemas**

As **coordenadoras** citaram os problemas com a merenda cariogênica, com a quebra do programa pelo PAS e a falta de insumos:

Então a gente teve muita... Ah, o pessoal da Educação falou muito isso pra gente: "Não, porque a merenda é cariogênica, porque tem..." Eles colocam muito isso, a gente até ficou de fazer esse contato, mas não fizemos, com o departamento da merenda, porque eles falaram que tem um departamento específico (C4).

É, teve essa quebra, num período de uns 5 anos, que não tínhamos o SUS na cidade de São Paulo, então houve a quebra [PAS]. Agora nós estamos retomando nesses dois anos, tivemos problemas no ano passado pela falta de insumos (C5).

A Educação tinha assumido todos esses insumos, e na verdade também deu problema na... no pregão, na licitação... E aí a gente teve um atraso muito grande. Tanto que a gente não recebeu as escovas da Educação, então a gente fez com o que? Com o da Saúde. Com o que a gente tinha da Saúde, mas a Saúde também teve problemas de compras e tal, e a gente recebeu atrasado (C6).

Os **interlocutores** do grupo **I_19**, também se referiram à falta de material (escova e creme dental); nem para o "Dia da Criança":

Então aí vem... janeiro, fevereiro, março, abril... nós estamos em outubro, aí eu brigo, porque o dia das crianças já passou, porque você podia dar de presente pra criança uma escova de dente. Não chegou ainda... Aí a Secretaria, também, por sua vez: "Cadastrem as escolas estaduais!", porque a Educação ia dar escova de dente pras escolas

Municipais, mas nos foi dito: “Cadastrem as escolas estaduais também, vocês podem cadastrar essas escolas também, e a Secretaria Municipal de Saúde é que vai, é quem vai estar fornecendo as escovas”, janeiro, fevereiro, março...as escovas chegaram agora também, do Municipal. Então como é que você pode estimular o teu profissional também, a ir lá, e a fazer, desenvolver o trabalho?... Não dá. O meu profissional falou o seguinte: “eu tenho vergonha de ir pra escola, porque eu vou lá a diretora vai me cobrar as escovas, eu não tenho!” Se for a escola Municipal, você ainda pode jogar, falar assim, “A Educação não comprou...” agora a Estadual, aí você não tem. E já é tão difícil para abrirem-se as portas, porque assim creche e fundamental tudo bem, mas assim, vai tirar da rotina e tal... Eu falei assim: olha, você vai juntando todo mês até dar a quantidade, e devolve pra creche, com que cara ela vai falar, sendo que ela continua indo até hoje. Então assim, foi uma coisa que parece uma piada, a gente dá risada, mas assim uma saia justa, porque assim todo dia a diretora fala “Mas escuta não chegou ainda?... não chegou ainda?” E ela assim “-Tem hora que eu não quero ir mais pra creche!” (I_19).

Outros participantes do I_19 contaram que as crianças são indisciplinadas e que os professores não querem ajudar e reclamam da situação deles:

E outro detalhe a criança maior, você já tentou fazer uma ação educativa numa classe com 45 alunos, com 12 anos de idade, que sobem em cima da carteira? Eu tentei, mas aí virei pra professora e falei assim: “Sinto muito, estou indo embora!”, ela falou “Sorte sua, que você pode ir embora, eu tenho que ficar aqui” (I_19).

Eu ouvi de professor de escola que ele tinha vergonha de ser professor, e você vai lá, tenta acolher e fala “não, veja bem...”, e ele?... “Não a educação não tem mais jeito, e a saúde também não”. Daí você fica... É cômico, pra não dizer trágico... Aí você fala assim “Não porque vão chegar as escovas....” Fevereiro, março, abril, maio... junho... julho! outubro? Dia das crianças já passou... (I_19).

O I_21 afirmou a falta de entendimento para adequar à merenda, pessoas em cargos que queiram se projetar, acordos que não são cumpridos, e acolhimento da alta direção das secretarias de educação e abastecimento:

Só que ninguém, consegue entender, entendeu? Os pais não se convencem, nem o próprio pessoal da educação consegue entender... Porque quando a gente veio fazer aquela sensibilização, os dentistas chamaram também os pais dos alunos, pediram uma autorização por escrito para estar inserindo a criança naquele programa, e ninguém relatou... Não há nenhuma consulta... o cardápio é da própria escola, é à base de carboidratos, de goiabinha tal, mas não tem nenhuma consulta... Não tem! (I_21).

É não tem... [Confusão] nenhuma. Tanto é que, o leite em pó, ele já vem com recomendação pra ser adoçado, já vem... Sem consulta, ou seja, sem discutir com vocês, sem consulta, sem instrução, sem nada. O nosso secretário educação, esses tempos atrás aí, ele queria até colocar o nome dele na escova, no material dentário pra dentro da escola, teve que segurar o homem, senão o material de prevenção dentro da escola aí, mas aí então ele queria ajudar, então, eles se propuseram a comprar material de prevenção para os dentistas usarem na escola. Esse processo... de compra, licitação, não-sei-o-quê, não-sei-o-quê: está na Educação até hoje. A gente vai lá, a gente tem ido lá, pra pegar o processo debaixo do braço e levar de uma mesa pra outra, sabe assim, pra as pessoas assinarem, e não saiu até agora. Então agora, até agora, a gente

aumentou a compra de escovas de dente, pela própria Secretaria da Saúde... pra suprir a questão da Educação (I_21).

A Nestlé fornece a merenda: o todinho, a bolacha recheada, esse negócio aí, a papinha com creme. Eu creio que deve ser difícil, você administrar essas multinacionais aí da merenda escolar. Eu sei que as reuniões acabaram, e eu tenho certeza que não incluíram fruta na merenda das crianças... (I_21).

Em 2005, a gente começou a participar de uma reunião de comida na SEMAB. Pra mudar a merenda, pra colocar uma fruta não-sei-o-que tal. Fomos a duas reuniões, quando bateu na lista deles... “peraí, essa lista aqui dá trabalho!”. Dá pra aumentar um pouquinho mais... e eu não sei, porque assim, nunca mais chamaram a gente! [Risos]... (I_21).

Um interlocutor do **I_21** disse que não vale a pena só palestra, pois é preciso levar a criança que precisa para a UBS e não se consegue dar cobertura completa:

Mas, por outro lado, quando há vaga e o dentista vai na escola, ele tria essa criança, pra ver que necessidades essa criança tem e vem pra unidade... Pega essa criança que precisa da cadeira [cadeira odontológica], vai formando um grupo “PC”, agora vai na escola pra não fazer nada, vai ficar dando palestrinha pra criança lá, traz pra tratar, é o que a gente está tentando fazer. Ações coletivas nas escolas - sim, a gente consegue fazer! Mas não consegue cobrir a escola inteira (I_21)

A falta de RH limita o número de crianças a cadastrar e as que não entram (da mesma escola) entram em conflitos com questionamentos:

Pela falta de recursos humanos, a gente tem, por exemplo: dentista que tem uma limitação do número de cadastros que ele pode fazer, de crianças (que ele pode fazer cobertura) - tem unidade que tem apenas um dentista, e na região dele tem uma escola com mil alunos, não é isso? Ele vai lá e só faz em alguns alunos e os outros ficam sem cobertura, então eles ficam lá só assim “porque que comigo... eu não posso ter acesso a dentista se eu estudo na mesma escola, eu não posso estar sendo coberto por esses procedimentos coletivos”, Entendeu? Então surge este conflito, pela falta de recursos humanos, dentro de uma mesma escola... (I_21).

Para a **ESB**, faz falta também as escovas, bem como fica difícil invadir o espaço escolar devido a imposições:

Nós entramos na escola, fizemos tudo o que dizem as diretrizes, na hora da escova, aí você pára, e desculpa parece que a escova não chegou, parece que a Educação que ia dar e agora é o município e aí depois de dois meses você volta, volta porque a escova está aqui. Tem essas questões, como organizar o programa direitinho... o mapa, tem seiscentas crianças, mas e a escova? A gente até tem acesso se quiser falar com a supervisão, mas a gente não tem tempo que é uma correria, e às vezes você liga e a pessoa não pode atender, ou não está na supervisão, está fazendo trabalho de campo, então é difícil, realmente o pessoal tem que ajudar. Mas foi uma coisa imposta, vocês têm que ir a escola e você tem que atender tantos pacientes por dentista, inclusive atrapalhando a nossa rotina que são dezesseis mil pessoas (ESB).

A **ESB**, também criticou a merenda e a impossibilidade de intervir:

A merenda constitui-se de biscoito e achocolatado. Você pode conversar, enquanto tecnicamente, vamos mudar o horário, não dá na hora do lanche porque na hora do lanche não vai ter escova, não que as escolas tenham escovas para fazer, mas a

interferência não dá, de você dizer assim, não pode comprar isso a prefeitura, mas dá para melhorar o horário de dar esse alimento cariogênico, não sei, até que ponto eu possa interferir na merenda que já vem pronto eu não posso, mas negociar. No momento certo a gente pode, mas a gente não tem esse espaço (ESB).

- **Experiências de Êxito**

As **coordenadoras** falaram sobre o diagnóstico do risco de cárie:

Quando se faz o rastreamento nas escolas já se faz um rastreamento de risco de cárie (C2).

Eu acho que os dentistas saíram pra ir pros espaços, a triagem de risco foi realizada, aconteceu, e a orientação pros de alto risco irem pras unidades, também aconteceu, senão em todos os espaço cadastrados, mas na grande maioria deles aqui na região (C5).

Um componente do **I_19** afirmou que as escolas de educação infantil são mais acessíveis.

Como êxito os **conselheiros** também citaram projetos das faculdades que aproximam as US das escolas e parcerias em ações conjuntas.

- **Propostas**

A **ESB** propôs um trabalho que pode ser realizado, mas não teve a adesão da comunidade, pois marcavam 32 crianças, e compareciam oito mesmo com o acesso garantido:

É isso que eu estou te falando, a gente não tem espaço. Eles abrem a unidade nos sábados, quatro sábados, então a gente abre a unidade, e a gente pegava os pacientes com risco, então doutora aqueles vinte pacientes, de oito até as duas da tarde, entendeu, mas sabe o que aconteceu muito. É exatamente o que a gente vê, as faltas, a gente abriu a unidade para fazer atendimento preferencial para o escolar, uma lista no colégio que fez trinta e duas crianças para atendimento de sábado, vinha oito, entendeu, então a gente assim, provavelmente não vai fazer isso porque a resposta não é boa, não foi boa, nos três primeiros sábados foi bom, mas no último, acho que eles tem acesso, está garantido, porque não tem que entrar na fila de madrugada, já passou pela triagem de risco, quando a gente fez avaliação do risco, a gente encaminhava (ESB).

O **CG** afirmou não haver aproximação entre secretarias para desenvolvimento de um plano com a saúde bucal.

A seguir, apresenta-se o Quadro 29 sintetizando os resultados obtidos a respeito de Relações com outras Secretarias.

Quadro 29 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre Relações com outras Secretarias no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Têm relacionamentos com outras secretarias. Bom relacionamento, embora um pouco isolado.	Apoio da direção e do agente de saúde na escola. Não há integração entre saúde e educação (com viés). Projeto ambicioso. Insuficiência de recursos. Interferência do PAS – não deu continuidade ao projeto preventivo anterior. Briga com SEMAB. Incapacidade de dar cobertura ampla. Motivação. Entrelaçamento de SMS com SME. Precisa obedecer às leis, há muitas coisas a fazer. Merenda está ligada à outra secretaria. Parceria com a escola promotora de saúde (formalizada).	Com merenda cariogênica, com a quebra ocasionada pelo PAS e a atual falta de insumos.	Exaltaram o diagnóstico do risco de cárie. Escola promotora de saúde.	Não houve respostas.
I	Cobrança por parte das secretarias da execução. Empenho em atender as determinações. Desestímulo (falta de material e descrédito das escolas). Profissionais intrusos por “atrapalharem” o programa das aulas, levados à exaustão por não terem suporte logístico (locomção e transporte do material). Dificuldades ao controlar os alunos.	A maior parceira é a Educação. Há dificuldades com a SEMAB (experiências desestimulantes). As escolas querem a participação da saúde e a falta de material prejudica a execução dos planos conjuntos.	Falta material (escova e creme dental). Indisciplina das crianças. Falta de colaboração dos professores [reclamam da situação deles]. Falta de entendimento para adequar à merenda. Pessoas em cargos para se projetar Acordos não são cumpridos. Falta acolhimento da alta direção das secretarias de educação e de gestão (programa de merenda escolar). Levar a criança que precisa para a UBS. Não se consegue dar cobertura completa. Falta de RH limita o nº de crianças a cadastrar. As não incluídas entram em conflitos e questionamentos.	Não houve respostas.	Não houve respostas.
ESB	Uns gostam do relacionamento com a SE outros não. Há imposições sem discussões com a ESB. Espaços escolares sentem-se invadidos e faz procurar horários menos conflituosos. Equipe mostrou boa vontade. Esgotamento com sobrecargas sem assessoria.	Falta de acolhimento da direção, o número elevado de crianças por profissional e a triagem de risco, mediante um componente que disse: <i>sempre houve um trabalho da educação com a saúde bucal na escola. A gente não tem recurso, a secretaria só dá as escovas. Sem capacitação pedagógica.</i> Define-se a escola pela que acolhe melhor a idéia. Depende da área física da escola, da empatia e postura das pessoas. 600 crianças cadastradas por profissional. Triagem varia em cada local e série.	As escovas fazem falta. Fica difícil invadir o espaço escolar devido às imposições. Criticaram a merenda e a impossibilidade de intervir. Cadastramentos como sobrecarga. Sem capacitação pedagógica.	As escolas de educação infantil são mais acessíveis. Iniciativas pessoais.	Trabalho pode ser realizado, mas sem a adesão da comunidade [marcavam 32 crianças, e compareciam oito]. <i>Tem que estar todo mundo junto. Tem que ter comunicação em todas as áreas...</i>
CG	Há diferenças entre as secretarias. Sentimento de inferioridade entre SMS e a SME.	Não identificaram parcerias com outras secretarias. <i>Somente alguns eventos... Não há estratégia para utilizar parcerias.</i>	Não houve respostas.	Projetos de IES aproximam US das escolas. Parcerias em ações conjuntas.	Sem aproximação entre secretarias para desenvolver plano com a saúde bucal.

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.8 PARCERIAS

Referente ao tema **Parcerias** os questionamentos feitos aos sujeitos de pesquisa foram:

- a. *Operadoras de Planos de Saúde? Como são?*
- b. *Organizações Sociais? Como são?*
- c. *Instituição de Ensino? Como são?*
- d. *Outras Entidades? Como são?*

• Posturas dos Sujeitos da Pesquisa

Este tema provocou nas **coordenadoras**, entusiasmo e proximidade:

...que a universidade tem muito interesse, a campanha [da prevenção do câncer de boca] pra eles é ótima! Porque se eles têm um volume de pacientes que chega lá muito grande, pro estudo, pra Pós-graduação, pra algumas cirurgias que eles têm que fazer, inclusive, e a gente não tem condições de fazer numa unidade... (C1).

Então a gente tem essa coisa de trabalhar muito com as universidades (C2).

...tem um monte de universidades parceiras, estágios, a gente não está querendo, em contrapartida, em bens materiais e sim por serviços, a gente já conseguiu equipar a unidade básica com parceria, onde vai ter estagiário, a gente está com o Pró Saúde. O Ministério esteve lá, a gente está trabalhando nesse sentindo, de alinhamento. Eu não tenho odonto... Fiquei com um dó de não ter uma faculdade de odonto no Pró Saúde lá. O Pró Saúde é um projeto do Ministério (C3).

E outra **coordenadora** com muitas dúvidas e inseguranças relata:

...[são duas parceiras]... que mais... Acho que só!...e tem mais algumas outras... mas eu não sei te dizer... Mas a principal é a que tem mais unidades, a parceira..., mas Ah, de odonto não... Tem o... Não. Não temos nada formal. Não temos nenhum relacionamento. Acho que até tem, nas unidades o pessoal faz esse relacionamento. Eu não.. Assim, a gente não tem um... Eu sei que existem nas unidades, nas áreas de abrangência tem algumas entidades que lidam com crianças, e que o pessoal tem uma... Acaba indo... Além de ir às escolas acaba indo nessas entidades (C4).

Outra confunde parceria com PSF, CEO e Universidade:

Os parceiros, a gente tem... Tinha, até a semana passada o parceiro, não sabemos agora quem vai pegar a região... Além disso,... Parceria com universidade... a gente tem... Ah, os estagiários da... (...), que orienta aquele serviço do CEO de pacientes especiais... Então é a única parceria que a gente tem. E agora nos cursos de capacitação que a gente vai ter as [duas] parceiras pra fazer capacitação, as duas... (C5).

- **Idéias Centrais**

E a **C6** conta um pouco da história da ocorrência de parcerias:

...eles têm nove anos na região... Foi uma continuidade do trabalho, municipalizou. E aí eu acho que por conta já dessa história toda. Eu não sei se foi isso mesmo, mas eu entendo que como eles já tinham o domínio da região, o conhecimento, o trabalho, historicamente falando... (C6).

Sobre o tema os **interlocutores** dos dois grupos apresentaram posturas paradoxais onde um grupo considera que:

Estas parcerias são muito legais (I_19).

Mas em outro momento afirma sobre o assunto:

Como que a gente se preocupa, olha, eu aí fico com as minhas dores de estômago...Arrancar os cabelos... E só com “chororó” você consegue construir alguma coisa... (I_19).

O outro integrante do **I_21** diz, em tom irônico:

OOOHHHH! Eles têm rixa! Isto! [Risos e Confusão]. Ciumenta, ego... o que menos importa é o paciente. (I_21)

A **ESB** afirma que não há formalidade nas parcerias entre as universidades e as UBS:

A gente até pede para o paciente ir lá. A gente não pode entregar o encaminhamento para universidade tal, a gente pode dizer que lá tem esse trabalho (ESB).

Demonstram em suas falas sentimentos de impotência, angústia apropriação dos problemas (meu, minha) e também indignação. E se referem à parceria com PSF:

Eu não estou em nenhuma dessas condições ... Que existe uma questão financeira aí ... então tem diferença, o dinheiro também é importante. Eu não estou em nenhuma dessas parcerias, mas eu sei claramente que todos esses parceiros que se unem à prefeitura têm uma questão de salário diferente e de carga horária (ESB).

Mostraram descontentamento pelo favorecimento de alguns setores e de profissionais com os recursos que vem da parceria (PSF).

O **CG** apresentou-se nesta questão com ironia, risos e descrédito.

Os **interlocutores** destacaram que as parcerias têm relevância na instalação dos equipamentos e criticaram o fato de que em alguns locais são promovidos cursos de capacitação. O outro grupo declara que há parcerias

com escolas e faculdades, convênio e entidades e que a atuação do parceiro fica sob suspeita, devido à autonomia dada à parceria.

A **ESB** confirmou que há algumas parcerias em funcionamento. Não identificaram a atuação de convênios e disseram:

A gente tem uma lista de todas elas [associações, IES] (ESB).

Para a **ESB**, a conjugação de serviços da prefeitura do MSP com parcerias pode causar reflexos positivos e negativos, tal como a vinda de verba extra para cobertura de suprimentos e manutenção de equipamentos, contratação de mais profissionais e incremento na prestação de serviços. Contudo, em alguns casos relatados ocorreu uma diferenciação de provimentos de recursos entre os serviços de uma mesma unidade, com diferenças salariais entre profissionais que executam a mesma função.

O **CG** manifestou que:

“Não há uma estratégia para utilização de parcerias” (CG).

- **Problemas**

A **coordenadora C1** relatou como problema o seu esforço para estabelecer contato com uma Instituição de Ensino Superior:

Eu já fiz o contato com a Universidade porque não tinha pra onde mandar mesmo, não tinha CEO, não tinha nada! Dá um desespero, você levanta o caso e não tem o que fazer com ele, existia o... mas é longe ... Pra gente é, é um parceiro interessante, ele é da Prefeitura, mas ele é longe, o paciente às vezes não vai pra lá, isso é uma coisa que preocupa a gente, o paciente não chega lá, ele não sabe...[chegar corretamente em outro bairro] (C1).

Os **interlocutores** destacaram o problema de não terem referências para encaminhamentos de média e alta complexidade:

...mandou, se não me falha a memória ... alguns endereços, que todos que eu tentei, nenhum eu consegui (I_19).

Embora o PSF tenha sido abordado de modo específico, ele é considerado uma parceria e também foi citado o problema de falta de capacitação das equipes.

... eu estou há dois anos lá na região, e há um ano acompanhando o Programa Saúde da Família, em nenhum momento eles foram tirados, em um ano, para estarem sendo capacitados pelo parceiro (I_19).

O outro grupo de **interlocutores** comentou que:

...a bucal de PSF é uma coisa, a bucal da prefeitura é outra, não é? Não tem região que é assim? E o Interlocutor de Bucal do PSF não conversa com Interlocutor de Bucal da Prefeitura... Culpa dessas falcatruas, desses tipos de coisas que (outro participante) tá colocando, é da Administração Pública, na verdade é culpa nossa enquanto prefeitura, por quê? Porque nós que repassamos a verba pra eles, e nós somos incumbidos de fazer auditorias não é? Não é porque ele é parceiro que nós vamos dar um mês pra ele e deixar fazer do jeito que ele quer. Eu acho que as diretrizes têm que sair da prefeitura “Olha, você é meu parceiro, eu vou te repassar a verba, só que eu quero participar do processo de escolha, como é que vai fazer... eu quero que seja concursado... eu quero que seja assim... mas eu acho que a gente é que tem que passar as diretrizes. Enquanto for deixar tudo na mão dele, com confiabilidade só do parceiro. Pode começar a acontecer esse tipo de coisa. É eu acho que está certo... Mas você tem essa abertura? Não! (I_21)”.

...a gente, na nossa governabilidade a gente não tem essa abertura, mas tem que ter uma coisa lá em cima, pois é o dinheiro público, tem que prestar... [contas] (I_21).

A **ESB** citou acordos informais, falta de integração, de pessoal auxiliar, de isonomia salarial, de suprimentos, de infra-estrutura e de capacitações.

O **CG** relatou a falta de participação e de projetos:

Participação? Projeto?... Projeto é muito bonito. Ah! Projeto (maneia a cabeça negativamente) (CG).

Quando se trabalhou o tema das parcerias houve outras observações, bastante enfáticas, por parte dos **interlocutores** a respeito da Campanha de Prevenção do Câncer Bucal que não tinha locais oficiais para dar retaguarda:

Nós tivemos a campanha de prevenção do câncer bucal para o paciente idoso, a gente fez é, nós tínhamos pontos de referência para fazer biópsia e um dos pontos era também a parceira, a cadeira de estomatologia, aí foram diagnosticados três casos de câncer na região, três casos, liga a professora/mestra da parceira, “- Mas então a gente diagnosticou tal, pra onde que encaminha seu paciente?” Hã? [Risos]. Aí você liga pra secretaria. “-olha eu tenho um caso positivo e agora pra onde eu encaminho?” “Ah, encaminha pro lugar tal”, aí [para] resumir, o paciente vai pra um, pra dois, pra três, não consegue o paciente tá cansado de ir pra vários lugares, [e receber a instrução para] “chega cedo que vão te arrumar vaga”. A própria parceira conseguiu, por intermédio dessa professora, titular da cadeira, conseguiu vaga direto com o HC. Como é que você dispara uma campanha, levanta a necessidade, e você faz o que com o paciente? Eu sabia que eles já tinham feito essa campanha, eu falei assim: “- O que vocês costumam fazer nesses casos”, aí ela falou assim [sobre o encaminhamento] “- Pra quem?”. “Ah, acho que pro cabeça e pescoço, você tem senha aí?” Já gritei no telefone mesmo... Cabeça e pescoço? “Tem?”, “quero uma”. “-Ah, mas você deu sorte, no seu período tava distribuindo senha...”. Você acha que isso tá certo? Não tá certo, deu sorte mesmo. Mas eu liguei pra lá perguntei, ele falou “tá bom... eu falo o dia que eu tô aqui eu dou uma olhada”... Não é um caminho oficial, é oficioso (I_19).

Os outros **interlocutores** abordaram a questão do tempo de trabalho efetivo dos profissionais, que segundo eles é menor do que o contratado e resulta em necessidade de atendimentos de urgência:

...se o dentista não ficasse duas horas e meia na unidade, eu tenho unidade que tem dentista que fica duas horas e meia, então chega a urgência odontológica lá, não tem dentista, o cara já foi. Aí talvez não houvesse um campo tão favorável pra AMA, porque AMA não é saúde. AMA não é saúde! [Confusão], mas o AMA está aí para resgate..., o AMA está aí para resgatar o agendamento, aquela urgência que chegou e o médico encaminha... (I_21).

- **Experiências de Êxito**

A **C1** contou que os pactos informais com as universidades acabam sendo acolhidos e o importante é o atendimento ser resolutivo:

...pra Universidade isso foi uma coisa interessante, agora isso tem sido acordado, há anos. O diretor já deu carta branca pra gente estar usando, eu vou conversar com os professores de novo. E a gente acaba fazendo esse 'pacto informal', mas ao mesmo tempo é formalizado, quer dizer, com os diretores, eles acolhem. Os dados também são oficiais, a gente manda tanto para a Universidade tanto pra Secretaria, ela sabe das parcerias tudo e muitos casos são tratados lá mesmo, a gente não tem condições de tratar na rede. Pra gente o importante acho é que o paciente está sendo atendido, se as parcerias são feitas e tá dando certo, você não pode deixar o paciente sem atendimento, que é a nossa preocupação (C1).

E a **C3** relatou sobre modificações de currículos de faculdades para trabalho multidisciplinar e parcerias com organizações sociais e universidades:

Só as [faculdades] públicas que tiveram o projeto aprovado. Vai ter mudança de currículo - é muito rico - mudança curricular na medicina e na enfermagem. E eles vão ter que trabalhar juntos, porque eles também não trabalhavam juntos. Acrescentou sobre parcerias com organizações sociais e fui à enfermagem e falei: "- gente, eu quero vocês estagiando na minha unidade não para odonto, eu quero que vocês entendam [o] que é promoção de saúde, que a odonto faz parte, mas que vocês, como enfermeiros, têm que saber de tudo, o que é promoção de saúde numa unidade e como é que você tem que fazer um grupo educativo e promover saúde". Então não importa que seja um estagiário de enfermagem que vai ajudar um dentista lá a fazer um grupo educativo em saúde bucal, não tem problema, porque eles têm que ter esse conceito tem que trabalhar assim, então a gente trabalha isso, os estagiários vão e participam, estagiário de nutrição vai na Dengue, entendeu? A gente tem essa coisa de trabalhar muito com as universidades (C3).

Com as parcerias os **interlocutores** relataram que os parceiros compraram o instrumental necessário:

Há carência "muito grande" de instrumental. "Façam um levantamento dos instrumentais que vocês estão precisando". Compraram os instrumentais todos, chegaram agora, essa semana (I_19).

Outra colocação foi a respeito da manutenção, que com a parceria fica facilitado, como afirmaram:...Não o parceiro tem a verba de manutenção, ele não tem verba de aquisição, é que ele usa para manutenção (I_19).

Um grupo de **interlocutores** considerou como positivo o fato de um CD doar uma cadeira odontológica:

Um dentista ia trocar a cadeira, fez doação para a prefeitura (I_21).

Outro é a presença de uma escola técnica, com formação de protéticos e que é parceira em uma região:

Ela manda os alunos que fazem aula de prótese, que vão ser protéticos - a gente integra os dentistas da nossa unidade e o paciente daquela região. Eles dão todo material. As empresas conveniadas com a escola, com o Ministério da Saúde dão o material, e a gente dá a mão-de-obra e o paciente. Ai é como estávamos colocando né... Acho que até agora deu 45 próteses totais, que estão fazendo e algumas removíveis que eles estão fazendo por conta deles mesmos... (I_21)

A **ESB** mencionou: utilização de recursos dos parceiros, ampliação da cobertura, aproximação com a comunidade, com as instituições de ensino e associações e o **CG** disse:

“tem a Fundação... foi citada como parceira anteriormente”.

- **Propostas de Estágios e Promoção de Saúde**

O Ministério da Saúde agora quer, e é junto com o Ministério da Educação, então essa coisa de parceiros nesse sentido é isso, estagiários, o estagiário a gente quer que ele ajude a fazer a capacitação da promoção em saúde porque o estagiário que vai lá (C1).

Na enfermagem, então eu falei: ‘gente, eu quero vocês estagiando na minha unidade não para odonto, eu quero que vocês entendam que é promoção de saúde, que a odonto faz parte, mas que vocês como enfermeiros têm que saber de tudo (C3).

A **ESB** comentou que pede ao usuário que vá às instituições que podem oferecer o trabalho do qual ele necessita:

A gente até pede para o paciente ir lá. A gente não pode entregar o encaminhamento para universidade. A gente pode dizer que lá tem esse trabalho. A gente tem uma lista de todas elas e o que cada uma fornece aí a gente fala em tal universidade, em tal associação, tem tal serviço, então lá eles tentam se encaixar.

O **CG** afirmou que “o melhor plano de saúde só precisa ser colocado em prática, que é o SUS”.

“a Santa Casa é uma mãe, pega todo mundo”, aí eu peguei e falei: “e o pai é o SUS que manda o dinheiro. Paga a conta. (CG).

A seguir, apresenta-se o Quadro 30 sintetizando os resultados obtidos a respeito de Parcerias.

Quadro 30 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre Parcerias no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Entusiasmo. Proximidade. Dúvidas. Insegurança. Universidades: interesse por casos cirúrgicos e estágios. MS apóia as parcerias.	A coordenadora contou a história das parcerias (há nove anos).	Dificuldades de estabelecer contatos, não ter para onde encaminhar.	Pactos informais para atendimentos mais resolutivos. Modificações nos currículos das faculdades para trabalho multidisciplinar atendendo as parcerias.	Estágios, promoção e educação em saúde. Capacitações.
I	Paradoxos (para uns é “bacana” e relevante e outros têm “dores de estômago”, “arrancam cabelos”, “chororó”, rixa (o que menos importa é o [cliente] e não há capacitação.	Relevância na instalação de equipamentos e cursos de capacitação. Atuação do parceiro sob suspeita, pois eles têm muita autonomia.	Não há conversa entre PSF e SMS. Não se faz auditorias. Não se cobra o cumprimento das diretrizes por eles. Tudo nas mãos deles... Falta parcerias para média e alta complexidade.	Os parceiros compram o instrumental. Escolas para Técnicos em Prótese em parcerias.	Não houve depoimentos.-
ESB	Manifestou-se com angústia, impotência, apropriação, indignação e descontentamento.	Há parceiros, mas não conheciam convênios (só com ensino e associações). Pontos positivos: verbas extras. Pontos negativos: diferenças de salários e recursos.	Acordos informais. Falta de integração e de isonomia salarial. Dificuldades com a infra-estrutura e capacitação.	Ampliação da cobertura.	Pedir ao usuário que vá a IES para conseguir o tratamento.
CG	Ironia e risos de descrédito.	Não há estratégia para utilização das parcerias.	Não há estratégia para utilização de parcerias.	Não houve depoimentos.	O melhor plano de saúde é o SUS (é preciso colocar em prática) e a Santa Casa é a mãe (pega todo mundo).

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.9 PROGRAMAS ESPECIAIS

Para os **Programas Especiais** as questões abordaram: Mãe Paulistana, DST/AIDS, População indígena, Quilombolas, ou outros grupos.

a) Existem? b) Quais são? c) Como funcionam?

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

A percepção das coordenadoras com respeito ao assunto foi de des controle dado o desconhecimento parcial levando a dúvida ou confusão inicialmente até posteriormente ao envolvimento e animação.

Os interlocutores apresentaram-se com flexibilidade e acolhimento ao assunto.

A ESB denotou desinteresse e desconhecimento dos programas, ao responder com o questionamento:

Programa especial, como assim?

E o CG mostrou desconhecimento:

Existem programas especiais de saúde bucal? - Não, não conheço [Confusão] DST... No... é o único lugar. Eu já vi programa, que você pega voluntário pra vacina da AIDS (CG).

- **Idéias Centrais**

As coordenadoras citaram vários programas, entre eles: Mãe Paulistana, vigilância à saúde, para os indígenas, e para a população negra. Uma delas se referiu às dificuldades de percepções dos profissionais devido à formação deles, mencionou o PSF como programa especial e em algumas áreas a falta de local adequado para funcionar a SB integrada; e outra coordenadora afirmou que não há nada de diferente na região dela.

Mãe Paulistana ela está sendo agora, veio pra odonto, como uma proposta (C1).

Existe um programa especial para população indígena, mas ele não está na área técnica de saúde bucal (C2).

O "Mãe Paulistana", na verdade, nas diretrizes, prevê as ações tanto educativas como assistenciais à gestante um pouco mais detalhadamente e nós iremos contemplar as crianças até 5 anos incluindo a reabilitação neuro-oclusal (C2).

...tem o da área de contaminação da..., a única coisa assim mais, então está se instalando um PSF por causa disso que a gente está implementando. Porque o problema é esse, você tem a área, normalmente é uma favela, uma área assim e você não tem um imóvel lá que possa servir, não tem um terreno que seja público para construir, e aí você tem que adequar um imóvel para o atendimento e nesse imóvel não cabe saúde bucal, então nessas áreas, a gente está implementando no plano para 2007 as áreas em volta porque é todo um olhar a vigilância a saúde. Dentista, não percebe, as vezes entra na vigilância a saúde, até de formação eu acho, que passa por formação do profissional, a nossa formação tem que mudar também (C3).

São todos os programas da secretaria, que a gente tem, não tem nada diferente na região (C4).

Agora tem a universalização do serviço, mas eles têm um dentista que é contratado do parceiro da unidade, que atende só a aldeia indígena, e assim, os outros, a THD dessa unidade ela vai até a aldeia indígena também, ela faz os 'teatrinhos', faz toda a parte educativa, a parte de orientação de escovação (C5).

...o pessoal da Área Técnica da População Negra tem. A gente... implantou unidades de referência ...para poder estar atendendo. Fez uma capacitação com os dentistas com relação à anemia falciforme... Com relação a essa população a gente teve esse cuidado (C6).

Os integrantes do grupo **I_19** comentaram que o atendimento básico pode ser feito nas UBS, não ignoraram os grupos especiais, apenas não se referiram aos programas especiais, embora tenham mencionado a existência de cadernos com orientações ao atendimento para grupos de gestantes, diabéticos, e de hipertensão.

Nos centros de referência para DST há um profissional dentista para fazer o atendimento básico. Os encaminhamentos vão para o CEO e lá não tem nenhum programa especializado para estes grupos. Um dos integrantes do **I_19** disse que o acesso é para todos:

É preconizado o acesso universal via Unidade Básica...(I_19).

Mas os integrantes do grupo **I_21** disseram que os programas especiais constituem prioridade:

Os programas especiais ocupam um espaço prioritário para a direção das unidades, onde a odontologia ocupa um lugar secundário.

Os componentes da **ESB** não identificaram o que e quais são os programas especiais e identificaram estes como sendo os grupos especiais, onde o atendimento básico pode ser feito nas Unidades.

O **CG** mostrou desconhecimento e apontou falha na divulgação.

Os comentários a respeito do assunto foram na maioria os das **coordenadoras** que citaram os programas especiais que a SMS desenvolve, e o entrosamento ou não da SB neles.

Uma das coordenadoras citou o programa “Mãe Paulistana” que está interligado ao Projeto Cárie Zero, para atender a gestante e o bebê, citou também a campanha de vacinação dos idosos com os exames para diagnóstico de lesões neoplásicas, programas ligados aos ciclos de vida, os das populações indígenas, para DST e AIDS e os de álcool e drogas:

Na verdade a gente sempre atendeu a gestante, o bebê não. O bebê é um pouco mais complicado, tem que ter certa sensibilização pra avaliar. Olhar, pelo menos o atendimento básico, acho que não um atendimento especializado. Acho que o atendimento básico dá pra ser feito. Citou a Campanha de Câncer: é uma coisa que mobiliza muito os dentistas. São 15 dias de campanha, e isso gera demanda para o resto do ano, para as Unidades, para o CEO, então tem todo esse fluxo. Vai para unidades fazer triagem, vai para o CEO para fazer biópsia. Do CEO para Universidade se for o caso, se for terciário, no caso de ter uma biópsia positiva. Tem os programas para todas as faixas etárias, a gente não tá mais falando, é o ciclo de vida. Não tem muitos programas específicos, está atuando em todos os ciclos de vida... Para populações indígenas: Ah, a gente tem índios na região sim. As tribos que tem, elas já tem a USP, que toma conta, elas tem uma parceria, eu acho que é com FUNAI. Tem os Centros de Referências, DST/AIDS, com dentistas e Centros de Álcool e Drogas, sem dentistas (C1).

Outra das **coordenadoras** expressou que:

Existe um programa especial para população indígena, mas ele não está na área técnica de saúde bucal, existe na secretaria uma área específica da saúde dos povos indígenas que é muito pequena aqui no município, é essa área que atende.. que inclusive, por curiosidade, é coordenada por uma dentista, mas ela não coordena a saúde bucal, ela coordena o projeto inteiro de saúde para essa população. O “Mãe Paulistana”, nas diretrizes de saúde bucal, ela prevê que se atenda toda a faixa da população, e inclui a gestante, inclui as crianças a partir do 0 anos, inclui adulto, inclui todo mundo e o “Mãe Paulistana” é um projeto especial da secretaria, o componente saúde bucal seria atenção a saúde bucal, a criança e a gestante. O componente da saúde bucal da “Mãe Paulistana” prevê as ações tanto educativas como assistenciais a gestante, um pouco mais detalhadamente, porque isso já faz parte das diretrizes, volto a repetir: na criança nós iremos contemplar as crianças até 5 anos incluindo a reabilitação neuro-clusal, é o que tem de diferente: é a inclusão da reabilitação neuro-clusal, e para isso nós fizemos a capacitação de alguns profissionais da rede que num primeiro momento vão servir de referência para essa reabilitação (C2).

E continuou falando também sobre o diagnóstico de câncer nos idosos, das ações coletivas (projeto “escola promotora de saúde”, tratamento restaurador atraumático em larga escala e cárie zero):

Tem o projeto de diagnóstico precoce de prevenção ao câncer bucal. Tem as ações coletivas, apesar de serem rotina a gente, chama um pouco de especial porque elas integram a escola promotora de saúde que é uma parceria da secretaria de saúde com a educação, municipal de educação, e além de elas fazerem parte da rotina todo ano

existe uma semana específica que é chamada de Semana de Saúde nas Escolas, que também é um projeto especial em parceria com a educação e os mutirões. Ao invés de mutirão eu prefiro chamar de “tratamento restaurador atraumático em larga escala” que nós fizemos um piloto ano passado em... e este ano pretendemos expandir para cem mil crianças, que são identificadas como médio e alto risco de cárie já nas ações coletivas. No município todo também, apelidamos um pouco de “Cárie Zero”, que é para tentar trabalhar bastante as ações educativas, preventivas a partir de creches e da própria unidade de saúde, para que a gente tenha um menor índice de caries aos cinco anos (C2).

Outra afirmou que em sua região realizam atenção à população indígena, aos bolivianos, aos moradores de rua, e aos imigrantes negros e que algumas UBS têm relações com entidades assistenciais:

Tem um pessoal... Tem a população indígena. Tem... os bolivianos... Tem população de rua, e algumas unidades trabalham com população de rua; tem... um nicho dos imigrantes negros. Tem algumas unidades que tem relacionamento com entidades assistenciais (C4).

Outra participante falou da tendência de implantar a universalização embora haja programação específica para índios:

Universalização do serviço, aí de acordo com a... o local, as necessidades locais a gente tem, por exemplo, ...tem aldeia indígena, então existe um atendimento na UBS lá onde tem a área deles ali, ...que é..., então ali eles fazem o atendimento do indígena (C6).

A **coordenadora (C5)** falou sobre o Programa Mãe Paulistana, e dos grupos que as UBS desenvolvem o Programa Cárie Zero e o DST-AIDS:

Ah, sim, tem o componente de Saúde Bucal no Mãe Paulistana, aí a gente, como é que a gente se integra nesses grupos? Nos grupos das unidades, ...os grupos de gestantes, agora a gente tem o Cárie Zero, que no Cárie Zero, a gente também faz a orientação tanto pra gestante quanto pra criança, pro recém nascido, já durante a gestação. Ah, nos DST/AIDS também a gente se insere, não só nas unidades de atenção à AIDS mesmo, mas em todas as unidades, quando aparece alguma coisa, eles são inseridos nos grupos, eles são atendidos também... (C5).

E acrescentou que seria desejável que os portadores de necessidades especiais fossem atendidos no CEO: A gente tem dentro de UBS,... tem serviço de especialidades, mas é nos CEO, que eu esqueci de citar, em ...a gente tem o CEO especializado em pacientes especiais ...(C5).

A **coordenadora (C6)** falou de programa para população negra, com capacitação dos profissionais para o atendimento e do projeto “nascendo e crescendo com SB”, grupos de gestantes, crianças e do “Mãe Paulistana”:

Numa região do município existe grande número de população negra... Foi um quilombo lá, na região de..., então a gente tem até assim mais casos de anemia falciforme registrado na região. Onde o pessoal da Área Técnica da População Negra tem um programa específico. A gente instituiu e implantou, em cada região, unidades de referência para esses casos. Então a gente tem unidades de referências pra poder tá atendendo. A... fez uma capacitação com os dentistas com relação a anemia falciforme, então dessas unidades que eram referência a gente inscreveu todos os nossos dentistas

pra lá, pra poder fazer essa capacitação. Com relação a essa população a gente teve esse cuidado. Agora, com a implantação do Projeto Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal, a inserção dos dentistas nos grupos de gestantes, no atendimento da criança, do bebê também... A gente está fazendo capacitação de todos os dentistas, desenvolvendo agora em fevereiro e comecinho de março. Então a gente vai poder estar verificando essa proximidade e trabalho junto com o Programa Mãe, o Mãe Paulistana. (C6).

Ao colocar o tema aos **interlocutores**, os integrantes mencionaram: CR/DST/AIDS, o CEO, ressaltaram o acesso universal e os cadernos de orientação ao atendimento de portadores de patologias específicas.

Um programa especial do quê? Não na minha região não. Pra AIDS tem na unidade o CR - Centro de Referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, aonde tem uma profissional lá e ela faz o atendimento básico, é a única coisa que a gente tem... Na minha região também, tem uma unidade que é Referência de DST/ AIDS e ela faz atendimento básico, mas assim quando precisa de alguma especialidade, ela vai pro CEO... Vai pro CEO também, e no CEO não tem nenhum programa especializado... Porque não é preconizado, é preconizado o acesso universal via Unidade Básica. É a mesma coisa pra gestantes, quer dizer... Essas unidades (referindo-se ao DST/AIDS) têm os dentistas, porque na época que se implantou, possuía-se a verba, e assim, mas assim, as Unidades Básicas elas tem obrigação de atender o HIV positivo, a gestante, o deficiente físico... Não... tem protocolos pra ajudar... cadernos, não protocolos, mas cadernos de orientação ao atendimento, da Secretaria (da Saúde) pra gestante, pra hipertenso, diabético... Mas assim, não programas - cuidados... (I_19).

Outro integrante do grupo dos **interlocutores** afirmou que muitas ações serão inseridas transversalmente no programa Mãe Paulistana:

...a Saúde Bucal... no começo, a Secretária estipulou que se inseriria transversalmente na Mãe-Paulistana, no Cuidar-Sempre, no do adulto... mas a gente tem os programas específicos, não é que é específico, por exemplo, Cárie Zero, que a gente apelidou de cárie zero mas é Reabilitação Neuro-oclusal para pacientes, pra pessoas que são respiradoras bucais, é uma parte, a gente vai inserir no Programa da Mãe-paulistana, as coisas que a Saúde Bucal faz especificamente (I_21).

Alguém da **ESB** falou que não há programa especial e sim os grupos de gestantes, diabéticos, crianças, idosos (independentemente da etnia):

Programa especial, como assim? Para a nossa região não tem, a gente faz de gestantes, diabéticos, crianças, existem os grupos; Terceira idade; Grupos independentes de uma etnia (ESB).

O **CG** afirmou não conhecer programas especiais a não ser o de voluntários para vacina contra AIDS:

Não, não conheço, no... é o único lugar ! Já vi programa, que você pega voluntário pra vacina da AIDS...(CG).

- **Problemas**

Pareceu haver um entendimento parcial do que seriam grupos especiais e programas especiais, sendo citados problemas e preconceitos:

A gente ainda tem dificuldade, por exemplo, quando a Unidade, o Centro de Referência manda, o aidético, o HIV Positivo pro CEO, ou pra Unidade que tem atendimento especializado, uma endo, existe uma... Ainda um... Preconceito... Sabe... “Porque que você não é atendido lá na sua unidade mesmo, em todas a suas necessidades” (C5).

Na minha região a DST/AIDS é difícil o entrosamento, mesmo nas Unidades, a gente... Eles se sentem meio que excluídos, meio que diferentes, a gente puxa... Difícil trabalhar com o dentista que já tá acostumado com aquele tipo de procedimento, então, extremamente difícil! Eles querem, por exemplo, tinha dentista que dava Endo lá no DST/AIDS, agora como tem o CEO, eles não querem fazer mais e querem mandar pro CEO. Aí eu questiono: “Porque que não quer fazer mais?”, “Ah, porque agora tem o CEO!”, Mas o CEO cobre uma região com 700 mil pessoas! Porque que o dentista não vai ah, porque a gente não consegue, está difícil, (os dentistas) não fazem, e ficam ociosos, é muito difícil! Mãe Paulistana, 1000 programas que chegam que são prioridades em relação à odontologia, na própria Secretaria. Esses programas vêm anteriores à odontologia, então ele tem que deixar de mão um pouco os outros e resolver aqueles primeiros, sim se ele resolvendo aquilo, talvez ele possa “apoderar” a odontologia... (I_21).

A **ESB** constatou que os programas especiais não são devidamente identificados, mas sim tratados como os demais grupos de atendimento, indicando necessidade de maior reflexão a respeito.

O **CG** mostrou desconhecimento, o que consiste em um grande problema, ou seja, não chegou ao conselho à divulgação dos programas especiais existentes.

- **Experiências de Êxito**

Citaram como boas experiências: o acolhimento à população indígena, a sistematização do diagnóstico precoce do câncer bucal, a formação de grupos, a implantação do CEO especializado em sedação para usuários especiais, os programas para portadores de anemia falciforme, a Saúde Bucal trabalhando com o programa “Mãe Paulistana”, a integração dos CR/DST/AIDS com UBS e CEO. Também houve destaques a grupos de lazer, de atividades físicas e de controle de cárie.

As **coordenadoras** (a maioria delas) apontaram pontos positivos e êxitos que não foram declarados pelos demais sujeitos:

Agora do lado dela tem uma parceria com a FUNAI e ela faz o atendimento, tem dentista contratado pra essa aldeia, tem médico contratado, eu tinha esquecido disso, um projetinho especial por conta das aldeias. A prefeitura tem envolvimento, a gente acaba tendo contato com esse projeto. A prefeitura abastece, a prefeitura dá os insumos pro trabalho, pelo menos da odonto e área médica eu não sei te dizer, eu sei que os médicos vão e é uma acolhida muito boa (C1).

Tem o projeto de diagnóstico precoce de prevenção ao câncer bucal que a gente faz concomitante a semana dos idosos, a vacinação dos idosos, que já iniciou há muito tempo, mas a gente vem ampliando significativamente nos últimos anos (C2).

...tem um dentista que é contratado do parceiro... da Unidade, que atende só a aldeia indígena, e assim, os outros, a THD dessa Unidade ela vai até a aldeia indígena também, ela faz os 'teatrinhos', faz toda a parte educativa, a parte de orientação de escovação... É grande, e é interessante você conhecer o modo de vida deles ali, é muito legal, e eles vão até a Unidade, eles vem utilizando no Jardim..., é muito interessante o trabalho realizado. Embora a gente considere, assim como igual, a rotina normal, mas eles têm hábitos diferentes, de alimentação, e de higiene. Então, se torna um programa específico diante da realidade deles, né, porque é uma população diferente. E o resto não, é atendido, dentro dos grupos populacionais, é atendido no geral mesmo... (C5).

Tem o CEO, especializado em pacientes especiais, que é um Centro de Formação de RH, e assim, também é referência pra os outros CEO do município, pra aqueles pacientes que os CEO não conseguem atender, porque tem sedação...que é referência pra o Município (C5).

A gente instituiu e implantou em cada região, Unidades de Referência para esses casos ... Então a gente tem Unidades de Referências pra poder estar atendendo. A... fez uma capacitação com os dentistas com relação a anemia falciforme (C6).

A gente tá fazendo capacitação de todos os dentistas, desenvolvendo agora em fevereiro e comecinho de março. Então a gente vai poder estar verificando essa proximidade e trabalho junto com o Programa Mãe, o Mãe Paulistana (C6).

Tem um serviço de DST/AIDS lá que está integrado no próprio CEO mesmo, mas não existe uma referência assim: "ah, é paciente HIV então vai pro [Unidade] só pra fazer" não, [se] resolve nas Unidades. (I_21).

A gente, fora isso, fora a parte de treinamento da parte médica, a gente tem a parte lúdica, tem de alongamento, caminhada, capoeira, trabalhos manuais, pinturas (ESB).

• Propostas

Surgiram propostas sobre incluir os programas no manual da criança e capacitar os dentistas para trabalhar no programa Mãe Paulistana:

Está sendo escrito o manual de ações da criança que nós vamos estender agora até doze anos porque, porque esse manual agora vai integrar o manual da criança da secretaria, então mudou um pouquinho ah, nós não estamos escrevendo só pensando no dentista, agora a gente está escrevendo também pensando em integrar o manual da saúde da criança (C2).

Agora com a implantação também pela secretaria do Projeto Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal, a inserção dos dentistas dos grupos de gestantes, ao atendimento... da criança, do bebê ... Então assim, agora a gente está fazendo capacitação de todos os dentistas... Então a gente vai poder estar assim, é... Verificando essa proximidade e trabalho junto com o Programa Mãe, o Mãe Paulistana (C6).

A seguir, apresenta-se o Quadro 31 sintetizando os resultados obtidos a respeito dos Programas Especiais.

Quadro 31 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre Programas Especiais no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Desencontros. Desconhecimento parcial. Dúvidas. Irritação. Envolvimento. Animação.	Programas: Mãe Paulistana, para indígenas, vigilância à saúde, programas regulares da US; reabilitação neuro oclusal. Projeto Cárie Zero para áreas específicas e população; lesões neoplásicas; para DST, AIDS, álcool e drogas. Os comentários a respeito do assunto foram, na maioria, os das coordenadoras que citaram os programas especiais que a SMS desenvolve, e o entrosamento ou não da SB neles.	Houve confusão de entendimento do que seriam grupos regulares e programas especiais. Foi citado o preconceito.	Parceria com a FUNAI, Diagnóstico precoce e prevenção ao câncer bucal Ações educativas em aldeia indígena onde THD realiza “teatros”. Sedação de clientes especiais. Capacitação CD/ anemia falciforme. Mãe Paulistana CR/DST/AIDS Atividades lúdicas e físicas (capoeira, alongamento, caminhada). Arte/ artesanato (trabalhos, pinturas) Orientações dos cuidados que a mãe deve ter com a criança	Integrar os programas no manual da saúde da criança. Projeto Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal. Inserção dos CD nos grupos de gestantes. Atendimento da criança e bebê.
I	Flexibilidade e Acolhimento Desconhecimento	Atendimento básico pode ser feito nas US. Desconhecimento de programas especiais. Há cadernos com orientações ao atendimento para grupos de gestantes, diabéticos e hipertensos. CR/DST com dentista para fazer o atendimento básico. Programas Especiais ocupam um espaço prioritário para a direção das unidades, onde a SB ocupa um lugar secundário.	No CR/DST/AIDS é difícil o entrosamento, mesmo nas US: “Eles se sentem meio que excluídos, meio que diferentes, a gente puxa... Difícil trabalhar com o CD que já tá acostumado com determinado procedimento: “extremamente difícil!”	Inserção transversal do Mãe Paulistana.	Não houve depoimentos.
ESB	Desinteresse Desconhecimento “Programa especial, como assim?”	Não identificaram o que e quais são. São reconhecidos como grupos. Atendimento básico pode ser feito em US. Não há programa especial, só grupos.	Programas especiais são entendidos como grupos.	Parte lúdica. Mãe paulistana.	Não houve depoimentos.
CG	Desconhecimento Existem programas especiais de saúde bucal? Não, não conheço [Confusão] DST... É o único lugar. Eu já vi programa, que você pega voluntário pra vacina da AIDS.	Desconhecimento Falta de divulgação para eles.	Não chegou divulgação dos programas especiais existentes para o conselho.	Não houve depoimentos.	Melhorar a comunicação..

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.10 USO DO FLÚOR

Referente ao **Flúor** as questões para os sujeitos da pesquisa foram:

- a) *Existe controle do Flúor nas águas de abastecimento nas Unidades de sua região? Onde ocorre?*
- b) *Existe controle do Flúor no creme dental e em outros produtos? Quem faz? Esses cuidados são repassados aos usuários?*
- c) *Quais os critérios para aplicação tópica do Flúor em ações individuais? E coletivas?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

As **coordenadoras** falaram mais do que os outros sujeitos da pesquisa sobre o assunto; para um dos Interlocutores o tema é referencia para concursos e consta das recomendações nas DPMSB; para um representante da ESB a vigilância não é realizada; e o **CG** pouco falou a respeito. De forma geral estes três últimos grupos não se envolveram em uma discussão sobre o assunto.

- **Idéias Centrais**

O risco de cárie e critérios para a fluoroterapia coletiva ficou evidenciado nas idéias sobre o Flúor que a **coordenadora C1** manifestou:

Quando se faz o rastreamento nas escolas já se faz um rastreamento de risco de cárie, ela já entra na ação coletiva de forma diferenciada porque um grande número de crianças vai receber só a escovação supervisionada e a educação em saúde. Aquelas que têm médio risco, ela tem mancha branca ativa, etc e tal, vai receber a fluoroterapia conforme risco de cárie. Isso já é feito coletivamente, certo? Quando ela tem necessidade de tratamento, ela teria que ser encaminhada para a UBS e organizar uma agenda e aí cada Unidade planeja conforme a sua capacidade. Quarenta por cento das vagas das Unidades é para atender crianças de modo geral, incluindo essas, ta!(C1).

As **coordenadoras** comentaram sobre a vigilância do teor do Flúor na água e dentrífcios, cujo controle atribuíram à COVISA e ANVISA, enquanto a área técnica tem que fazer o sistema funcionar.

A vigilância do Flúor é feita, saiu da área técnica já há muito tempo, tinha passado para a área de vigilância sanitária (C2).

Não, isso daí, o creme dental, tem a ANVISA, é tudo monitorado pela agência nacional, tem a secretaria estadual também, a gente não está monitorando se tem ou não tem o creme, o Flúor no creme dental! Olha, qual que é o objetivo maior da área técnica aqui agora, é fazer o sistema funcionar, fazer a vigilância do Flúor e outros produtos, não tem nem como (C2).

A água do município de São Paulo tranquilamente a SABESP fluoreta e fluoreta nos níveis normais, tá certo? Então a nossa vigilância seria só para garantir isso e isso a gente sabe que está sendo feito. Não implica que não tenhamos que continuar fazendo o heterocontrole, porque a pessoa que no COVISA gerenciava isso também saiu, ela que alimentava, passava os dados para a gente (C2).

As **coordenadoras** fizeram declarações com diferentes opiniões sobre o heterocontrole, se estava sendo realizado pela CETESB, se não estava ocorrendo ou se isso fazia parte do projeto Pró-Água com a COVISA.

Quem faz é a CETESB (C3).

A gente coletava as amostras de água da torneira da Unidade e mandava e recebia os relatórios (...) e eu não tenho visto esses relatórios, e foi até muito bom você tocar nesse assunto, porque é uma coisa que realmente... tô deixando passar, sem controle.. (C5).

Eu preciso até ver, porque como a gente fica aqui em nível de coordenação isso não passa pela gente, eu não tenho recebido esses relatórios, não lembro de ter visto... Pois é, eu preciso ver, é uma falha viu, mas muito interessante essa pergunta pra mim (C5).

O Projeto Pró-Água faz isso. Hoje eles mesmos já fazem - só que tem um cronograma, das Unidades tá? E isso a gente passou pra todas, quer dizer, a COVISA passou pra gente que passou pra todas as Unidades aonde são colhidas essas águas. Então, eu falei com a Coordenadora aqui da COVISA, que seria interessante a gente conseguir esses resultados (C6).

Verificou-se que há muito desconhecimento e depoimentos divergentes sobre o Flúor, reiterado por um componente do grupo de **interlocutores** que citou a bibliografia existente para os concursos da área:

Há um documento com as recomendações que serve como protocolo, todos tiveram acesso pelas diretrizes, além disto, está na bibliografia recomendada para o concurso da área (I_19).

A **ESB** afirmou que não fazem heterocontrole e a população não tem conhecimento sobre a fluoretação, bem como os médicos que receitavam polivitamínicos com Flúor às gestantes e crianças:

*Não, a população (acho que) não tem nem idéia, pelo menos lá onde a gente está, são poucos os que têm idéia que tem Flúor na água, pelo menos no grupo de gestante, as mães têm uma pergunta muito corriqueira:- ah eu posso ir à farmácia comprar comprimidos de Flúor? Muitas perguntas, então é um desconhecimento isso. Houve um comunicado entre os médicos, recebemos um memorando para passar para os médicos, para que eles não mais receitassem poli-vitamínicos que tivessem Flúor, então é a única relação aos cuidados com o Flúor. Mas isso foi passado para os médicos, e acho que o comunicado foi passado para todos.
Na minha Unidade não tem esse controle (ESB).*

Ao contrário do que a **ESB** disse, um participante do **CG** afirmou que a comunidade sabe que o Flúor é importante:

Sabe, sabe [a comunidade tem conhecimento a respeito da aplicação de Flúor] (C6).

- **Problemas**

Existe falta de conhecimento dos sujeitos da pesquisa se atualmente é realizado um efetivo controle do teor de Flúor na água de abastecimento.

Falta de controle do teor de Flúor na água mineral:

O teor de Flúor na água mineral varia (C3).

- **Experiências de Êxito**

Técnica de escovação, Flúor tópico e região com água fluoretada.

Assim, creme dental, a gente tem utilizado a técnica... transversal ou a técnica da tampa pra crianças menores de 4 anos, isso a gente, todos têm conhecimento disso. Aplicação tópica de Flúor, só pra os D, E e F, a fluoterapia. Então a gente tem utilizado mesmo os protocolos, seguido os protocolos da aplicação de Flúor (C6).

Não temos área que não tenha fluoretação de água na minha região (C3).

- **Propostas**

É emergencial restabelecer ações coletivas, creme dental com Flúor para as crianças e fluoterapia conforme o risco de cárie:

...mais emergencial no município é restabelecer, a prioridade foi essa, restabelecer as ações coletivas, fazer o creme dental chegar para as crianças, com Flúor, implantar a fluoterapia conforme o risco de cárie é importante para o município fazer tudo isso (C1).

Uma das **coordenadoras** deu orientações sobre o uso da água de abastecimento público e da água mineral:

“Então a gente fazia a orientação em relação a isso, que eles tinham que aproveitar a água da torneira de alguma maneira, fervendo para fazer a mamadeira do leite, que eles tinham que fazer suco, alguma coisa, de alguma maneira” (C3).

A seguir, apresenta-se o Quadro 32 sintetizando os resultados obtidos a respeito de Flúor.

Quadro 32 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa sobre o Uso do Flúor no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	As coordenadoras disseram mais do que os outros sujeitos da pesquisa sobre o assunto.	Risco de cárie e critérios para a fluoterapia coletiva ficaram evidentes. Vigilância do Flúor, com idéias sobre o controle da aplicação na água, e nos dentrífcios. Controle do Flúor é papel da COVISA e ANVISA, enquanto a área técnica tem que fazer o sistema funcionar. Não sabem como estes dados poderiam ajudar no momento. Declarações com diferentes opiniões sobre o heterocontrole (se estava sendo realizado pela CETESB, se não estava ocorrendo ou se isso fazia parte do projeto Pró-Água com a COVISA).	O desconhecimento leva ao descontrole do teor de Flúor na água de abastecimento. A falta de controle do teor de Flúor na água mineral:	Técnica de escovação, Flúor tópico e região com água fluoretada. Região totalmente fluoretada.	É emergencial restabelecer ações coletivas, creme dental com Flúor para as crianças e fluoterapia conforme o risco de cárie. Orientação sobre o uso da água de abastecimento público e água mineral.
I	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.
ESB	Denotaram distanciamento e menos interesse pelo tema.	Não fazem heterocontrole e a população não tem conhecimento sobre a fluoretação, bem como os médicos que receitavam polivitamínicos com Flúor.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.
CG	O CG pouco falou a respeito.	CG afirmou que a comunidade sabe que o Flúor é importante: <i>Sabe, sabe</i> [a comunidade tem conhecimento sobre a importância do Flúor].	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.10 MATERIAL DE HIGIENE BUCAL

Referente ao tema **Material de Higiene Bucal** as questões apresentadas foram:

- a) Existe oferta de materiais para higiene bucal à população?
- b) Quais são esses materiais?
- c) Quais são os critérios para distribuição?

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

A postura da **coordenadora** foi a de justificar situações e afirmou ser obrigatório oferecer escova e dentrífcio às crianças cadastradas nos PC:

Foi feita uma proposta de compra pela Secretaria da Educação, as compras acabaram não acontecendo como tinha que acontecer, [tiveram] que fazer outra compra. Só escova e pasta. Todas as crianças cadastradas... Isso é uma coisa do Ministério, você tem que dar é Lei, na verdade, você tem que dar pra todas as crianças cadastradas uma escova e pasta, trimestralmente, quadrimestralmente, dependendo da situação (C1).

Os **interlocutores** riram do assunto e mencionaram critério social para realizar a distribuição, como:

Aquele coitadinho que vem de sandália havaiana, que você sabe que mora na favela. A classe média tem condição de comprar, então...(I_19)

A **ESB** demonstrou-se inconformada, com dúvidas e negativas, utilizando palavras no tempo condicional:

Essa parte de escova foi direcionada para a escola, pelo menos na minha Unidade, e o que sobrasse a gente poderia dar para o paciente da Unidade, e aí... (ESB)

O **CG** desconhecia a entrega sistemática de material para higiene bucal, no entanto, realizou um evento utilizando e distribuindo o material:

Eu só queria fazer essa observação sobre essa questão, porque assim, talvez falte iniciativa, até uma articulação do Conselho Gestor nessa situação, por quê? Eu digo que nós entregamos 700 escovas num dia, no jubileu de ouro, numa escola de ensino fundamental. Lá na UBS, por conta, que nós no dia da festa da escola, nós trouxemos a dentista pra fazer a palestra do dia da homenagem à escola, e aí entregamos 700 escovas de dente e 700 cremes dentais (CG).

- **Tipos de materiais para higiene bucal**

O tipo de material distribuído mencionado pelas coordenadoras foi o creme dental e a escova, embora citassem a necessidade de incluir o fio dental. Ressaltou-se o cuidado na distribuição do creme dental às crianças:

Escova a gente fornece, os grupos distribuem, entendeu? E o creme dental também. Aí elas levam. Não adianta você só às vezes orientar se ele não tem, tem às vezes uma escova coletiva, você percebe que a família usa uma escova todo mundo (C5).

O creme dental você dá na mão das crianças, isso é uma temeridade, que a gente já fez muito. Por isso que é bom ter quem entende, que tem cientistas, os pesquisadores, então hoje é um tubo para cada trinta crianças, quem controla é quem vai fazer o grupo educativo ou se é a professora (C3).

Fio dental não, eu acho uma falha muito grande,... eu pessoalmente acho uma falha, como é que você fala de higiene e não fala de fio dental, e não distribui? (C3).

Fio dental não, só escovas e creme dental (C4).

Os **interlocutores** também afirmaram que há distribuição só de escovas e creme dental, mas não suficiente para as necessidades:

A escova e a pasta; fio dental não, não fio dental não distribui não... senão tem nem a escova, vai ter o fio dental? Achei que não tinha fio dental na Unidade, não gente, na Unidade tem...(I_19)

A **ESB** comentou que há um programa de distribuição de escova e pasta sendo realizado. Em algumas unidades é somente para as escolas, em outras para os usuários pertencentes aos grupos de tratamento. O material chega com atraso para os programas de prevenção nas escolas, e por falta do material ser adequado os adultos recebem escovas infantis:

Para a população que está passando com a gente em tratamento sim. E tem os grupos preventivos. Na escola a gente dá para todas as crianças e na unidade, a orientação que a gente tem é o que sobrasse de escova para dar para os que terminam o tratamento na unidade (ESB).

Eu dou no início, porque eu faço um grupo antes de começar o tratamento e nesse tratamento eu já dou, a gente ensina a técnica, ensina tudo, e dá, e em grupos preventivos (ESB).

Com adulto ou criança, primeira ou segunda consulta, entrega pasta e escova...(ESB).

O **CG** desconhecia que essa distribuição ocorre nas escolas e UBS.

- **Problemas**

Para as **coordenadoras**: é preciso distribuir, pois só orientar não é suficiente, pois a família usa a mesma escova para todos. As compras desse material eram realizadas pela SMS e quando a SME se propôs realizá-las isso não ocorreu! Os escolares ficaram sem escovas naquele ano. Foi dito que o creme dental não deve ser distribuído sem controle, pois pode gerar fluorose ou intoxicações.

O material deve ser distribuído trimestralmente aos escolares (C1).

Ao mesmo tempo tem o ônus, e o bônus, o bônus é uma garantia, o ônus é que é demorado. Fio dental não, eu acho uma falha muito grande. Eu pessoalmente acho uma falha, como é que você fala de higiene e não fala de fio dental, e não distribui (C3).

Para os **interlocutores** e **ESB**, o material vem em pouca quantidade.

...a escova é infantil. A gente não tem a de adulto então tem que dar a infantil mesmo (ESB). Porque essa parte de escova foi direcionada para a escola, pelo menos na minha Unidade, e o que sobrasse a gente poderia dar para o paciente da Unidade, e aí... A gente só recebe escova infantil, só chega escova infantil (ESB).

Ao discutir sobre a distribuição do material de higiene bucal com o **CG**, este aproveitou para afirmar desconhecimento, que nem o tratamento existe e há necessidade do cliente levar a toalhinha e a escova:

Lá no...eu desconheço, não tem nem tratamento ... não [uníssono] ele fala assim: - olha você vai ter que trazer uma toalhinha e uma escova dental (CG).

Verificaram-se problemas de abastecimento e logística e de adequação dos materiais em tipos, modelos e quantidades.

- **Experiências de Êxito**

*Houve afirmação de uma das **coordenadoras** dizendo que o material não falta nas UBS e escolas: não tem faltado... O ano passado teve uma falta aí de escovas e cremes dentais, mas que eu acho que agora já não tem mais. A prefeitura tem comprado o material pra essas ações. Porque nas Unidades os pacientes recebem também (C3).*

O representante da **ESB** afirmou que:

Na prefeitura sempre teve na padronizada que é a lista que a gente pede material mensalmente escova e creme dental e vem (ESB).

- **Propostas**

Uma **coordenadora** propôs material educativo para a motivação:

Acho que falta um pouco de... pra assim, pra orientação das ... dos pacientes, acho que a gente precisaria ter um pouquinho mais de material didático, sabe assim, alguma coisa pra você motivar, isso acho que falta material educativo...(C4).

A **ESB** considera importante entregar o material de higiene bucal antes do início do tratamento:

Eu dou no início, porque eu faço um grupo antes de começar o tratamento e nesse tratamento eu já dou, a gente ensina a técnica, ensina tudo, e dá, e em grupos preventivos (ESB).

A seguir, apresenta-se o Quadro 33 sintetizando os resultados obtidos a respeito de Materiais de Higiene Bucal.

Quadro 33 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre Materiais de Higiene Bucal no estudo: “Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Justificativas. Confirmação da necessidade de oferecer o material às crianças.	Há famílias com uma escova familiar. Não dar creme dental na mão das crianças. Um tubo dá para 30 crianças. Como falar de higiene e não distribuir fio dental?	É preciso distribuir MH (só orientação é insuficiente). A família usa a mesma escova. SMS compra esse material. SME não comprou (escolares ficaram sem). Creme dental com Flúor não deve ser distribuído sem controle.	O material não tem faltado. Não há problemas nas escolas e UBS.	Usar material educativo para motivar. Só orientar não é o suficiente.
I	Risos. Critério social para distribuição.	A distribuição é de escovas e creme dentais em quantidade insuficiente. Fio dental, não! Só é usado na UBS.	O material vem em pouca quantidade.	Critério social para distribuir.	Escovas para adultos.
ESB	Inconformados. Com dúvidas. O que sobrasse poderia ser utilizado na US.	Há um programa de distribuição de escova e creme em algumas escolas e grupos preventivos de algumas unidades. O material chega atrasado e as escovas são infantis. Quando sobra se dá escova ao final do tratamento.	Escovas somente infantis. O que sobra das escolas pode ser distribuído nos US. Com problemas de abastecimento, logísticos e adequação dos materiais (modelos e quantidades).,	Sempre teve na UBS (escova e creme dental na “padronizada”).	Entregar o Material de Higiene Dental antes de iniciar o tratamento e ensinar a técnica de escovação aos grupos.
CG	Desconheciam a entrega sistemática do Material de Higiene. Utilizaram material de Higiene em um evento de uma escola onde houve palestra de uma CD.	Desconheciam esta distribuição de material de higiene bucal.	Desconhecem o assunto, nem o tratamento existe. Necessidade de o cliente levar uma toalhinha e escova dental.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

4.11 DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Para as **DPNSB** os questionamentos aos sujeitos da pesquisa foram:

- a) *Conhece?*
- b) *Como tomou conhecimento delas?*
- c) *Há quanto tempo (quando)?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

Os sinais freqüentes a todos os grupos de entrevistados foram os de desconhecimento, caracterizados por expressões com risos ou silêncio (por não terem conhecimento profundo sobre o tema).

- **Idéias Centrais**

As respostas foram evasivas a esse respeito, denotando pouco interesse, e as **coordenadoras** reportaram-se às administrações anteriores, à *Internet* e à história (CEO, Brasil Sorridente) como formas de ter acesso às diretrizes:

Especificamente com essa política, acho que na outra administração... A partir do momento que você teve as informações sobre o CEO, sobre o Brasil Sorridente, mas assim, o acesso ele é... Ele está aí. O Ministério tem, é só você acessar via Internet, você ter essa disponibilidade de você estar pesquisando, se você tem um interesse em conhecer as políticas públicas (C1).

Bom, as Nacionais a gente já tinha, é de anos, como estou na Supervisão e venho acompanhando o histórico todo, a gente sempre acompanhou (C5).

Os dois grupos de **interlocutores** afirmaram desconhecimento:

Não tenho conhecimento... (I_19).

A Internet é um meio de acesso... (I_21)

A percepção que se obteve foi a da falta de entendimento e de compreensão sobre o assunto, sendo citados: o Brasil Sorridente, a política municipal (mais conhecida do que a nacional), as consultas à *Internet*, as CSB e a aprendizagem contínua:

Existe. Hoje tem até uma política muito bem demarcada pelo Brasil Sorridente. Como assessora você tem que ter essa... Essa informação ... (C1).

Eu dei uma olhada no conceito. É que a gente acabou focando mais a municipal, porque é mais direto a nós (I_19).

Dei uma olhada na Internet, não existia muita coisa das nossas diretrizes [Risos]... nós tivemos as Conferências. A gente tem uma noção... Não, é mentira... não sei, sobre a Política Nacional a gente não tem... ... É que, porque a gente trabalha no meio e já vai aprendendo... Você está sempre vendo portaria, visitando site, no congresso... (I_21).

Eu estive na última Conferência de Saúde Bucal, também participei e faz tempo... (CG).

A **ESB** não conseguiu considerar nada a respeito das DPNSB.

Os **CG** também desconheciam as DPNSB:

Não entendi... Eu, pra falar a verdade, eu até recebi, eu tenho lá em casa, se eu pegar a papelada que eu tenho lá, eu tenho alguma coisa, agora...

Foi o que eu falei pra você, agora não tem mais, não sou eu mais... [Risos]. (CG)

A seguir, apresenta-se o Quadro 34 sintetizando os resultados obtidos a respeito das DPNSB.

Quadro 34 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre as DPNSB** no estudo: "Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007", em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiências de Êxito	Propostas
C	Desconhecimento caracterizado por expressões com risos e silêncio (sem conhecimento profundo sobre o tema).	Reportaram-se às administrações anteriores à <i>internet</i> e à história:	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.
I	Desconhecimento.	A percepção obtida foi a da falta de entendimento sobre o assunto, sendo citada: a política municipal preponderante sobre a nacional, as consultas a <i>internet</i> , as CSB e a aprendizagem contínua.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.
ESB	Desconhecimento.	Não houve considerações.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.
CG	Desconhecimento.	<i>Não entendi... Eu, pra falar a verdade, eu até recebi, eu tenho lá em casa!</i>	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.	Não houve depoimentos.

*Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor.

** DPNSB: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

4.12 DIRETRIZES DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

Referente as **DPMSB-MSP** as questões feitas aos sujeitos de pesquisa foram:

- a) *Conhece? Se sim - Como tomou conhecimento delas? Há quanto tempo (quando)? Se não, por quê?*
- b) *Foram disponibilizadas para a equipe? Como? Quando?*
- c) *Como foi a aceitação em sua região?*
- d) *Dê exemplos de pontos positivos sobre as Diretrizes para a Atenção à SB.*
- e) *Dê exemplos de pontos negativos sobre as Diretrizes para a Atenção à SB.*
- f) *Você tem sugestões? Quais?*

- **Posturas dos Sujeitos da Pesquisa**

Ao contrário das DPNSB, as do MSP para a SB são do conhecimento das **coordenadoras** que denotaram: entusiasmo, competência, motivação pelo trabalho e esperança, especialmente a participante **C3**.

O **I_19** apresentou algumas características que foram vislumbradas nos depoimentos que seguem:

Há resistência à adoção das diretrizes por alguns funcionários... Esclareceram bastante (alguns babados). Há divergências sobre a aceitação... Foi ruim!

O grupo de **I_21** forneceu opiniões contendo: confiança nas propostas; esforço sobre-humano; exaustão e dificuldades na implantação das diretrizes municipais para a SB.

A **ESB** deixou transparecer: adesão, revolta, resistência e indignação, como se percebe pelas expressões:

Foi bem interessante. Acho que poucas pessoas não participaram. (ESB)

No que for possível seguir a regra, a gente sempre tenta! Há outras coisas que eu não consigo "convir" de forma alguma! Então, um tratamento completo de um adulto que vem com problemas de vinte anos, em seis sessões, não dá! (ESB)

Os **Conselheiros Gestores** afirmaram desconhecer o assunto.

- Idéias Centrais

As coordenadoras comentaram ter o papel de informar sobre as DPMSB [*“são as multiplicadoras das diretrizes”*] com muito respeito por tudo que elas envolvam. Falaram da universalização do atendimento, de questionamentos e resistências, problemas com as pessoas (RH). Comentaram sobre o respaldo técnico e científico que as DPNSB ofereceram. Da viabilidade administrativa sobre as condições de trabalho nas questões de abastecimento de material de consumo e permanente, manutenção de equipamentos, implantação de novos serviços, contratações e gestão da capacidade instalada (*“equipamentos ociosos, velhinhos” – “quebram a toda hora”*). Relataram que *“há profissionais que se apropriaram, mas não fazem aquilo com o que se apropriaram”* (tanto o conhecimento como a implantação). As gestoras comentaram que cada profissional recebeu a sua cópia [documento] da diretriz. Também foi citada a necessidade de um diagnóstico para planejamento e triagem de risco mais ampla com possibilidade de acesso a esse resultado consideraram que há diferenças sensíveis entre o atendimento num consultório particular e em saúde coletiva (*“um todo tão grandão”*).

Também foi dito da necessidade de obter resultados, de acreditar nas propostas e valorizar a SB:

“uma coisa de qualquer área - todo mundo faz aquele “auê”! Chega alguma coisa de saúde bucal – deixa!” (C6).

Afirmou que toda essa construção foi conjunta (num colegiado):

“É por isso que eu tenho que concordar com tudo que tá lá! Concordar, avaliar e fazer cumprir. “É meu papel fazer com que equipes que trabalhem sobre a minha coordenação cumpram isso da melhor forma possível dentro das dificuldades e das facilidades” (C6).

Estas falas comprovam-se nos discursos a seguir:

Nessa administração, a gente fez todo um trabalho de informar sobre as Diretrizes pra todos os dentistas (C1). Alguns tópicos são polêmicos, por exemplo, primeira coisa era Atendimento Universal. Então você está acostumado a atender criança e você começa a ter que atender todo mundo, você questiona... Sei lá. Alguns dentistas, porque alguns até gostam, porque já atendem... Então assim houve resistência, ainda existe, tem Unidade que ainda é resistente... Por conta de falta de RH mesmo, acho hoje um problema crítico na bucal... Hoje? (C1).

Eu acho que as Diretrizes que estão dadas são muito boas, eu acho que assim, tem um respaldo técnico e científico que realmente a gente não discute. Isso, nada que está sendo feito é questionável cientificamente nem, até administrativamente é viável, o problema maior- que eu acho- que existe hoje, existe um desabastecimento também da rede, por conta... de material. Eu acho que isso é um problema sério, eu acho que a hora que você implanta um programa, uma diretriz, existe uma produção, você tem que dar o outro lado. Então você dá o material pra esse profissional trabalhar, eu acho que em termos de material permanente a coisa melhorou muito... Muito instrumental, eu acho que a Prefeitura comprou muito instrumental... Eu acho que o abastecimento é vital pra odonto, porque o dentista não... Ele não faz nada, se não tiver bem abastecido... (C1).

Eu fui chamada para ser uma multiplicadora das diretrizes, antes eu era da rede e aí me chamaram (C3). Eu acho fundamental, eu tenho um enorme respeito por tudo que as diretrizes envolvem porque ela não é uma coisa de agora. Elas foram construídas por muitas pessoas, muito capazes, ao longo de muitos anos, muitas conferências e muita luta. Ela não é engessada, que eu acho a grande vantagem (C3).

A maior dificuldade: a manutenção de equipamentos, de instalação, de implantação de novos serviços de odonto, contratação de RH, a gente tem muito equipamento em períodos ociosos, manutenção do que têm, eles estão muito velhinhos, quebra toda hora, a gente gasta muito dinheiro em manutenção (C3).

Tem os que se apropriaram, mas não fazem, tem os que se apropriaram tanto do conhecimento e estão implantando, tem uns que já trabalharam e continuam porque veio a calhar com aquilo que já faziam (C3).

Os dentistas, cada um recebeu a sua [cópia], hoje já tem uma atualização que a gente divulgou pelo site (C3).

Quando você trabalha numa Unidade Básica, a tua população da área de abrangência, então você vai ter que ter um diagnóstico daquilo que está acontecendo que eu falei para eles, se eles não me colocarem triagem de risco mais ampla, não derem acesso, eles não vão saber o que eles estão tratando, não vão saber... Como é que a doença está lá, se eles não fazem, não abrem a porta e falam, venha povo, depois eu vejo o que eu faço, entendeu (C3).

...isso me agonia, porque num consultório particular você vê o resultado na hora, na saúde coletiva você faz parte de um todo tão grandão que você não sabe até que ponto, como pecinha daquela coisa para andar, vai chegar nesse resultado. Mas eu acho que as pessoas têm que acreditar, tem que ter critério científico, tem que acreditar nisso, tem um respaldo atrás de tudo isso. Então onde eu sinto os pontos falhos é isso. Eu sinto muito pela saúde bucal ainda não ter a importância que outras áreas têm, mas eu vejo que também a gente não se apropriou dela assim, a gente está numa fase de apropriação, para chegar nisso. Entendeu? Então quando todo mundo perceber a importância que tem pessoalmente e se apropriar muito a gente vai ter mais força (C3).

As Nacionais a gente já tinha, é de anos, como estou na Supervisão e venho acompanhando o histórico todo, a gente sempre acompanhou. E as Municipais foram passadas através do colegiado que a gente tem. Os cinco coordenadores se reúnem com a Área Temática do Município e aí, desde o início da administração, esse documento tava sendo redigido e discutido [ênfase da entrevistadora]... (C4).

Tem o documento das Diretrizes, voltado pro Município, isso daí desde o início de 2005, a gente, fez oficinas, passou por todas as Supervisões as oficinas. Toda unidade tem pelo menos um documento das diretrizes. Olha, eu acho assim - a gente tem que continuar lutando sempre (C5).

...mas a gente contribuiu. É por isso que eu tenho que concordar com tudo que está lá... Concordar, avaliar e fazer cumprir. É meu papel fazer com que equipes que trabalhem sobre a minha coordenação cumpram isso da melhor forma possível dentro das dificuldades e dentro das facilidades. Então eu acho que, a gente tem um papel assim de facilitador, tem que ter um facilitador dessas ações e é isso que me preocupa, e me deixa às vezes angustiada, porque às vezes, na maioria das vezes, a gente não consegue facilitar, que essas diretrizes aconteçam, devido a esses fatores todos que eu já coloquei... a gente sente como que meio assim, sem perna para estar fazendo cumprir essas diretrizes aí da forma adequada. Porque é aquela coisa que a gente sempre discute nas oficinas. Chega uma coisa de qualquer área, todo mundo faz aquele “auê” dentro das unidades: “Olha a gente precisa fazer isso pro Mãe Paulistana, ah não-sei-o-que.. ah...” qualquer programa, o Remédio em Casa, chega alguma coisa de saúde bucal, que você vai falar fica... “ah saúde bucal, deixa” (C6).

Houve considerações a respeito de que as diretrizes são dinâmicas e foram construídas pouco a pouco:

Foi todo um trabalho anterior de estar elaborando as Diretrizes, eu acho que elas tiveram algumas adequações após isso, mas... Isso vem acontecendo? Lógico! As Diretrizes nunca se pára? A gente sempre... É um processo, não dá pra ser... (C1).

Embora a falta de auxiliares e de dentistas não permita a execução:

Acho que falta o pessoal auxiliar, acho que o pessoal auxiliar é crítico, e falta dentista também na rede, com certeza... RH – que teria que ter um RH mais condizente com a cidade de São Paulo é uma política que deve ser repensada porque a saúde bucal faz parte... (C1).

Uma **coordenadora** se vê como tradutora das diretrizes municipais, explicando o que elas pretendem e refere-se ao fato do pessoal não ter o trabalho de ler, pois têm o foco na execução:

Eu acho que a grande função da gente, como gestor, é traduzir porque se você acredita que todo mundo vai ler tudo aquilo você está enganada, mas você tem que traduzir... O dentista entende, mais ou menos, porque ele não vai ler tudo isso não, então traduza! Ela fala - transforme, simplifique a informação numa maneira prática para eles, não só para eles, para o gerente, para o CEinfo, para o gestor, para a população, traduza essa diretriz... (C3).

Que nem criança, que você precisa que mostre como se faz, na ponta a gente precisa mostrar como se faz, porque se faz, a gente precisa dessa orientação para se localizar nesse sistema enorme que é o SUS (C3).

...ela não é engessada porque prevê PSF, ela prevê UBS tradicional, ela prevê terceirizados, atenção terciária, atenção secundária, acolhimento, humanização, atenção básica, e é o que eu falo para eles, vocês lêem lá, ah eu quero trabalhar com tratamento (C3).

A **C5** confirma dificuldades operacionais e de infra-estrutura:

Existem muitas dificuldades como a gente está falando, tem unidade que não trabalha com triagem, tem muito ART. Eles até acham que está muito bem feito, o que eles apontam é a falta de infra-estrutura pra poderem trabalhar de acordo com elas... (C5).

Os participantes do **I_19** consideraram as diretrizes como um objetivo a atingir, embora a adequação da realidade seja preocupante:

Tomaram conhecimento das diretrizes a partir da sua implantação. A partir daí a maior preocupação foi de como adequar à realidade da unidade às diretrizes. As diretrizes passaram a nortear os processos, que não havia anteriormente.

Os do grupo **I_21** afirmaram que com as DPMSB haverá mudanças no fluxo de trabalho, com padronização e humanização para reduzir queixas:

Com as diretrizes o fluxo de trabalho foi alterado, sendo sua carga aumentada. Há a padronização do atendimento; há uma visão mais “humanizada”; mudança na dimensão clínica; ampliação do foco; os adultos passaram ter possibilidade de atendimento. A secretaria de saúde realizou treinamento com os grupos para a apresentação das diretrizes e diminuição das reclamações na Ouvidoria.

Na **ESB** um participante disse da obrigatoriedade em participar padronizar e organizar a triagem dos pacientes, pois a situação é complicada, o vai e volta de pessoas gera um número imenso:

Na minha Unidade foi obrigatório! Quando a doutora determinou vamos fazer todo mundo igual porque cada um fazia de um jeito. A idéia era essa, organizar no sentido de triagem, que tem problemas, não tem nem dúvida, mas foi esse o foco (ESB).

O pessoal, que você vê... que vai e volta na unidade, muito cadastro, cadastra e descadastra, é um eterno, um imenso de números e é muito complicado!(ESB)

Os **conselheiros** disseram que:

As crianças seriam atendidas até 14 anos. Após seria dado o tratamento geral, com tratamento de canal, extração e prótese. De diretrizes é isso que eu sei! De 2004 pra cá.

O grupo **I_19** falou sobre o conhecimento das diretrizes:

De cor e salteado... É a nossa Bíblia! ...desde que foi implantada. A questão não foi - aceitar ou não as diretrizes, a questão... [pausa] como que eu vou fazer? Agora todo mundo sabe pelo menos como deveria trabalhar, porque antes não sabia. Com a universalização do acesso a possibilidade de fazer cobertura. O pessoal era acostumado com exame de clínica de consultório... a primeira etapa da técnica do ART, que para os outros colegas pareceu meio fora, mas depois com o tempo... foi se habituando tal... Até porque nós tínhamos todo instrumental e material disponível... Há pontos negativos como a resistência dos profissionais e acho que a falta de suporte pra se fazer... (I_19).

Os **I_21** também falaram sobre o conhecimento das diretrizes, capacitação em oficinas com apostilas, falta de recursos, resistências e truculências de diretores das Unidades de Saúde:

Ah...com as novas diretrizes agora, deste ano ...está bem puxado... O dentista agora tem que assimilar, eu achei bem melhor, eu achei bem melhor, então o paciente, ele chega na Unidade, tem que ter padronizado o acolhimento. As diretrizes existem, mas é difícil a gente estar colocando em prática isso não é? Algumas pessoas aderem com bastante facilidade, outras ainda resistem um pouco... Cada hora é um Coordenador de unidade. Então cada um chega lá querendo começar tudo novamente, As pessoas também... ...nem sempre o Coordenador da unidade trata bem os funcionários. As pessoas também elas se sentem impotentes. E é muito ruim você também ser tão impotente assim, sem poder resolver...

Tem dentista que não concorda com as diretrizes. Eles acham que essas diretrizes que foram colocadas “são bobagem!” Isso não vai dar certo, que não podem fazer este tipo de coisa das diretrizes e colocam: “ah não tem ACD”. “Ai sem ACD não dá pra trabalhar não-sei-o-que!”, “ah, tem que atender urgência!”, “ah não, agora eu não quero mais atender urgência, tá na hora de eu sair”.

O processo dos dentistas tomarem conhecimento foi pra todos os dentistas da rede (quatro oficinas regionais) e cada região organizou a sua.

Primeiro a secretaria fez uma oficina, ela chamou os interlocutores e os gerentes das unidades. Isso foi logo que lançou, mas a adesão dos gerentes foi muito baixa. E com os dentistas, aí foi um a um... a gente trabalhou todos os dentistas da rede...

Fomos obrigados. Os dentistas foram obrigados a assimilar. Foram liberados do serviço, no horário de serviço... Nós distribuímos 1500 não foi? Apostilas... As gerentes também levaram apostilas para manter na unidade o acesso... (I_21)

A **ESB** comentou sobre o esforço de SMS na capacitação para as DPMSB e que foi interessante, mas houve distância da alta direção com o nível operacional o que causou resistência e faltas. Houve considerações sobre a falta de condições para o atendimento de urgências, triagens, grupos de risco e procedimentos coletivos:

A secretaria mobilizou intensamente todos os funcionários da saúde, do serviço, para fazer uma capacitação em relação a esse documento, todo mundo foi convidado, acho que poucas pessoas não participaram... Todo mundo deveria participar desse processo, então foi bem interessante. Só acho que na prática não ficou tão junto: nós, a Secretaria, a supervisão para isso finalmente acontecer então eu acho que em poucos lugares esteja acontecendo corretamente, não sei, eu estou falando assim porque na minha unidade a gente não conseguiu, não conseguiu porque, até teve funcionário que não queria, então assim, teve resistência. Eu não sei, porque eu participei dessa capacitação entendeu? Então... ...capacitação de dezesseis horas... Houve uma capacitação lá, com todos os profissionais da rede. (ESB) - É, mas a gente soube no dia seguinte. (ESB)

No que for possível seguir a regra, a gente sempre tenta, então aderir à porta de entrada através de triagem, de grupo de risco, etc. dar um TC em quatro sessões para uma criança, dar um TC em oito sessões para um adulto, é impossível! É que nem a prótese, são cinco sessões. (ESB)

E agora a outra determinação é que não deve ter limitação nenhuma para as urgências, quando as urgências chegarem, tem que atender essa por determinação, na minha Unidade a gente só deixa de atender urgência quando acaba material, é isso que a

gente tem que ver. Não é uma, duas, três... É o que der para ir atendendo enquanto estiver no período de atendimento, a gente vai atendendo, vira uma loucura, é mais um pronto socorro do que uma UBS. (ESB)

- Concordo com ele

Na minha não foi obrigatório. Eu não participei e teve também muitos dentistas da parte da manhã que também não foram. Então não foi obrigatório, então deixa de ser muito obrigatório e se não querem ir, eles não vão. Está fazendo um ano que teve. (ESB)

A gente está falando da capacitação para documentos, diretrizes, não aquela capacitação para atenção básica. Acho que é bem isso! A triagem de grupo de risco...

Na triagem também, tanto que eles acabam tendo às vezes cartões... Na minha Unidade acontece isso, faz pouco tempo que eu estou na região do..., mas assim, se você tem uma unidade que tem oito profissionais, então a população sabe que naquela unidade tem muito dentista então ele já tem mais a questão da urgência, e tem outra Unidade que só tem dois profissionais, o que acontece?... (ESB)

Em relação a essas diretrizes, que fazem parte dessa questão, concordo com vocês, e vamos conversar melhor com a escola, que tem abertura e a gente vai, dependendo do recurso físico da escola, que às vezes não tem condição alguma... Houve com a gente, nós entramos na escola, fizemos tudo o que dizem as diretrizes, na hora da escova, aí você pára, e... Desculpa parece que a escova não chegou, parece que a Educação que ia dar e agora é o município e aí depois de dois meses você volta, volta porque a escova está aqui. Então... Essas questões, como organizar o programa direitinho... O mapa tem seiscentas crianças... Mas e a escova, e agora, dois meses na escola e não tinha escova, e aí quando chega novembro você tem que correr porque tem que fazer fluoroterapia (ESB).

Os participantes do grupo de **CG** afirmaram que não foram informados:

Falta divulgação! Não teve nem essa divulgação dessa diretriz (CG).

- **Problemas**

Políticos, implantação do risco social, consciência do SUS, participação social e visão ampla:

[Referindo-se às diretrizes] Não é de cima para baixo, mais democrático é impossível. Eu participei de várias gestões não na Prefeitura, no Estado, em dois mil e blá blá, em mil novecentos e nada... A gente já implantou risco há muito tempo. A diretriz era "risco de saúde", risco... O social, a gente não tinha esse conceito amplo, ainda era uma coisa mais teológica, eu acho que isso ainda é um pecado, a gente tem que pegar muito nisso, explicar, traduzir de uma maneira simples, objetiva, o que é risco social (C3).

Assim, eu acho que está simples, mas às vezes as pessoas lá da ponta não se dão muito ao trabalho. A gente traduz rapidamente o que é isso - consciência do SUS (C3).

Eu acho que é uma dificuldade, porque a pessoa se vê sempre como o detentor da grande sabedoria e coragem que vai curar as pessoas. E ele não se vê como participante, cidadão, funcionário, conselheiro gestor (C3).

Eu tive (eu tenho uma dentista) que foi do conselho gestor de uma unidade que é de onde ela morava. Na Unidade dela ela era do conselho gestor, como funcionária, mas é raro um caso desses, que tem essa noção do macro Fica sempre no micro! Então essa é a dificuldade numa diretriz, de você levar, tirar do micro, ali (C3).

Administrativos (relacionados aos resultados, responsabilidades e a hierarquia funcional):

Então a gente aposta que vai ser uma coisa passageira ou não. Acontece que é assim, também tem um aspecto administrativo, a gente falou muito do técnico, no administrativo que é uma empresa que a gente gerencia recursos financeiros que vem do contribuinte. Tem controle, e nós somos responsáveis, esse critério é mais difícil de você conscientizar, que ele tem uma responsabilidade lá além de técnico, como dentista, como funcionário de uma empresa, e que ele tem obrigações e direitos em relação a isso, e que ele tem que se apropriar disso porque ficou solto por causa desse viés, entendeu? (C3).

Então as pessoas acham, é um resgate total, Não é só das diretrizes em relação... (às vezes o profissional é excelente, tecnicamente, e péssimo administrativamente) Ele acha que ele pode fazer o que quiser, em relação a horário. Administrativamente, ele manda no consultório, ele não tem que seguir ninguém, nem o gerente. O gerente lá é uma pessoa que ele vê de vez em quando e dá um oi, você percebe que está tudo muito perdido? (C3).

Resistências (dos profissionais e dos gerentes das UBS, pois a SB fica sempre à parte das equipes):

Acho que é dos próprios profissionais, eu acho que a gerência até... A bucal ela acaba sendo muitas vezes uma coisa à parte, que não é... A gente tem discutido muito isso, ah, com os gerentes. Uma coisa que a gente tem procurado... Que a odonto tem que participar, participar de reunião tem que fazer parte da equipe, e muitas vezes ela é tida como 'feudo' à parte. Às vezes têm o próprio gerente que não quer saber da odonto... Tenho que confessar. Até que quando o assessor dele (do gerente) é dentista, é melhor! Quando a assessoria dele é de dentista, o sub-chefe, que a gente brinca, é melhor, funciona melhor... (C1).

Falta de RH (dificulta a implantação das inovações):

Por conta de falta de RH mesmo, acho que hoje um problema crítico na bucal... Hoje... Acho que é o problema do RH, acho que o RH ainda é deficitário, faltam ACD. Você realmente tem projetos ali que são ótimos só que sem ACD o que acontece? Você não consegue dar conta mesmo, inclusive, a gente questionou um pouco essa história do bebê, atendimento ao bebê, que eu sou odontopediatra eu sei o que é atender um bebê sem a ACD do lado, você praticamente não consegue... (C1).

E a falta de RH..., implantação de novas, a gente conseguiu implantação de praticamente, quantas equipes de saúde bucal? Foram aprovadas mais cinco, acho que quase dez equipes de saúde bucal, PSF (C3).

Especialistas (não se exigiu o título de especialista aos CD dos CEO):

A gente tinha que fazer uma carta de próprio punho, se a gente não apresentasse o título, que nós tínhamos habilidades para exercer todas as atribuições que estavam especificadas no papel, então assim, por exemplo, eu me inscrevi para endodontia (ESB).

É, mas aí eu te digo que o papel aceita tudo. Teve louco que assinou! Como é que você quer que este profissional que não é especialista na endodontia, por exemplo, ele trabalhe, com as normas e parâmetros do Ministério da Saúde? (I_19).

Cultura de impunidade:

Os integrantes do I_21 afirmaram que o município é muito misturado:

...é muito misturado, é muito... Acho que tem uma cultura de impunidade. Você passa o paciente novo se você quiser. Se quiser, se não quiser não vai atender... "Ah,... não vou não!"

Você fala uma coisa, você vira as costas, no outro dia vai constar... e a gente não tem poder pra delegar, chegar lá e... até de falar pra ele, dar uma punição mesmo! "olha, você... tá aqui!" Na minha região, por exemplo, eu ia pegar o profissional e falar assim "olha, você tá na... ,que é uma região que todo mundo quer vir pra cá. Se você ficar aqui incoerente eu posso te deslocar para outra unidade". Se tivesse essa coisa, eu digo assim, o saber o dever dele, se ele não cumprir direitinho com as obrigações dele, com as responsabilidades dele, ele pode ser transferido para outra Unidade ou colocado à disposição, como um serviço privado! Eu acho que esse é o argumento, mas sabe que ninguém pode mexer... "Ah, época de eleição ninguém pode transferir".

O problema é que você tem que justificar uma transferência, tem que ter todo um processo. Às vezes não tem embasamento e até não ter o trabalho... "Ah deixa passar a eleição depois eu vejo se faço". E por aí vai... Não se mexe em período eleitoral... Se embasando - mexe em qualquer funcionário. Agora se você não se embasar direito também é um problema... Pra você demitir um funcionário, se você não tiver apoio mesmo no teu serviço, do teu coordenador e tudo mais de saúde... nem mexe! Senão você se "ferra"! (I_21).

Manutenção (para os sujeitos da pesquisa é um dos principais problemas):

A Secretaria está tentando comprar a manutenção, a gente como Coordenadoria também. Você quebra, você usa a verba de adiantamento bancário, que é uma verba pequena, muitas vezes o gerente tem outras prioridades... (C1).

Procedimentos Coletivos (PC):

...Para os dentistas, eles acham complicado seguir, mas de uma maneira geral contempla muito bem as diretrizes municipais... O documento contempla os PC. Acho muito interessante, tá tudo ali (C5).

Adesão restrita (devido ao salário e a desvalorização profissional):

A aceitação é assim, não é ampla. Os dentistas sempre encontram uma desculpa, a começar do salário que é a questão principal que eles apontam. A desvalorização do profissional (C5).

Valorização da SB (não é adequado principalmente no MSP e ESP):

A saúde bucal - dentro do serviço público - [em] nível nacional, até que tem sido valorizada, mas aí [em] nível estadual e municipal... (C5).

Recurso financeiro (é pouco):

Aquela verbinha pequenina que algumas... (C5).

Equipamentos (constituem o principal nó, embora o problema envolva as pessoas e a rede adequada - o que solicita grande esforço para resultados):

Então eu acho que o principal nó seriam os equipamentos... de recursos humanos... dentista até que a gente não tem tanta falta, existe deficiência na rede sim, mas o pessoal auxiliar, principalmente em algumas supervisões, a gente tem muita falta ... Isso dificulta o cumprimento das diretrizes,..., eu aqui não vejo solução [em] nível de coordenação, é uma coisa que passa pelo nível central, e aí é o que a gente fala da valorização da Saúde Bucal, da priorização, senão eu não tenho como aumentar esses recursos... Agora não adianta também eu ter os recursos humanos e não ter equipamento e não ter uma rede adequada pra que essas coisas aconteçam. É tudo um círculo que se fecha, e que eu tenho que ter todos os componentes aí pra coisa andar. Saúde bucal não é fácil, é um desafio! Mas acho que a gente tem que se esforçar a caminhar, porque não tem jeito, tem que lutar... (C6).

Implantação das diretrizes (foi de certo modo introduzida sem sensibilização e suporte):

Os participantes do I_19 disseram que há certa desorientação a respeito da implantação das diretrizes, como denotam suas frases:

*Há resistência na adoção, por falta de capacitação...
Como que eu vou fazer isso? - sem RH, sem...
Eu vou ser bem sincera, na minha região, ainda existe uma grande resistência pelos colegas para se fazer o ART. - Ah, na minha também!
Acho que é resistência dos profissionais (sobre os aspectos negativos)...
Eu acho que é falta de suporte pra se fazer cumprir...
Porque você exige muito, mas você não oferece nada... [Risos] (I_19).*

Visões diferentes para a mesma realidade (sem padronização):

Você vai comparar pelas suas entrevistas, você vai ver que é diferente o que o coordenador fala, do que o supervisor fala, do que o dentista da ponta fala, e do que o representante da população, usuário vai te falar, uma que são visões diferentes, o entendimento é outro, mas mesmo tirando esse lado da questão, a visão mesmo da realidade... (C6).

Questões técnicas e de apoio (para trabalhar com alguns materiais):

Tem muitos colegas que não sabem trabalhar ainda com o ionômero... é um material que necessita de alguns outros, Ah... Como é que eu vou chamar... de alguns outros materiais secundários, digamos assim, verniz... e aí você não tem disponível... Precisa de... curetas afiadas, instrumentais afiados... Novos! A secretaria não tem dinheiro para comprar, não tem pra dar, então não tem... Parece que não se preocupa em também arrumar alguém que pelo menos afie as curetas adequadamente... Aí como a gente tem

também profissionais que são mais antigos e que não conhecem a técnica, e estão muitos dispostos a fazer uma pesquisa, a ir com suas perninhas procurar saber como é, a secretaria também por sua vez, não deu um... suporte. ...atualização... ...uma atualização em relação ao tema (I_19).

Sobre o ART a gente não pode falar. Mas, assim, eu me pergunto assim, vocês acham se você colocasse lá, uma proposta inicial. “Ah, a gente vai lá e dá essa mesma aula de... Sei lá, 4 ou 5 horas para os dentistas”. Tudo que ela falou lá eu posso falar com o meu dentista! Ele não vai se convencer, porque o ART é uma coisa que você só se convence, lendo muito, e fazendo e vendo que dá certo, porque ao contrário disso, parece que é uma metodologia de pobre pra pobre... (I_19).

Desinteresse:

Então acho que essa desmotivação se deve assim a ‘n’ fatores... Alguns já não têm o compromisso, fica mais difícil! (C5).

Curso de ART? Não, um curso na APCD que teve... O pessoal do Sul veio falar...sobre ART... Teve, teve... não foi ninguém...(I_19).

Os participantes do **I_21** comentaram sobre o número de pessoas para dar cobertura, resistências, execução e operacionalização das diretrizes municipais, recepção, existência de poucos auxiliares administrativos. Falaram do fato de se fazer só itens das diretrizes convenientes e não realizar procedimentos com os quais não estão de acordo – “Quem foi que falou que eu tenho que fazer assim?”. Há funcionários e usuários com diversidade cultural. A SB tem concepções diferentes conforme o local e o período.

Eles precisam ver, pra entender que nós temos uma população de 600 mil pessoas e 41 dentistas. [Numa supervisão] Há todo o tipo de resistência...

Na minha região, por exemplo, eu, as nossas Unidades têm uma dificuldade imensa do atendimento de balcão. Primeiro porque a gente tem poucas pessoas que são auxiliares administrativos (ATA). Então, ah, ATA, a gente supô,... precisa ter segundo grau, claro...

Não mesmo dentro da mesma diretriz já chegou uma ACD e falou pra mim assim: “Escuta lá na minha Unidade é o seguinte a dentista, ela lê e faz assim - só faz aquele item das diretrizes que ela acha melhor para ela”. Ela chegou pra mim, a ACD foi até mim e falou isso: Que diretriz é essa que ela só faz o que é melhor para ela! Só o que interessa para ela? Entendeu? Então eu acho que, não sei! Às vezes vai muito da pessoa mesmo. Então eu não posso fazer sua adequação ao meio porque eu não sei qual a distância daquela cárie tá de polpa, vai me dar um abscesso e ela vai dizer que eu sou culpado de ter o abscesso. Eu não vou fazer isso. Quem foi que falou que eu tenho que fazer assim. Entendeu? Então tem essas dificuldades que eles vão falando prá gente. Tem funcionários, tem usuários, que têm uma cultura pra ser mexida, que é muito difícil. Estou falando bastante em tese, na prática, na minha região se pretende que aconteça alguma coisa e não acontece... Assim mudança da cultura. E na bucal nós temos um... uma bucal daquela UBS, tem a bucal do primeiro período, do segundo período, e do terceiro período... (I_21).

Integrantes da **ESB** fizeram afirmações sobre a triagem, filas e espera:

Para mim é desumana, a questão da triagem, porque as pessoas chegam de madrugada mesmo, esperam e agora está numa questão assim... [serão atendidos pelos dentistas do período da tarde] (ESB).

Realidades contrastantes (regiões populosas têm menos profissionais):

Mas as realidades são imensamente diferentes.

Na minha Unidade, por exemplo, a população é imensa, só são dois dentistas, um de manhã e outro de tarde, às vezes trabalhando sem auxiliar, para atender uma população que não sei nem quantas dezenas, acho que centenas (ESB).

Fila, senhas, falta de espaço, grupos e triagem sem espaço adequado:

No período da manhã tem que cuidar da fila, cuidar da senha, então é terrível isso, terrível na Unidade e aí fica - eles não têm espaço também. A Unidade, além disso, não tem espaço, incomoda também os médicos que estão atendendo no consultório do lado, porque eles ficam conversando, e brigando. É terrível a questão da triagem, e do grupo também (ESB).

Duplicidade de cartões:

O cartão é daqui desse Posto e aí vai fazer tratamento aqui, porque ele não consegue aqui então ele vai ali, então acontece essa questão, mesmo morando num único lugar, ele tem cartão da UBS A e da B e entra na UBS B (ESB).

O problema é a cidade de São Paulo onde a população é imensa!

Eu acho assim que o problema é a cidade de São Paulo, porque a população a gente vê lá no nosso bairro. Às vezes num quarto moram cinquenta, a família vem e faz matrícula e acaba tratando também, então não é uma comunidade fechada ou uma cidade do interior, que você consegue ter um controle melhor da população, então em São Paulo fica muito difícil. Mesmo o pessoal que você vê que vai e volta na Unidade,... e cadastra e descadastra, é um eterno imenso de números e é muito complicado (ESB).

Necessidades acumuladas:

Há outras coisas que eu não consigo convir, de forma alguma: que é dar um TC em quatro sessões para uma criança, dar um TC em oito sessões para um adulto, é impossível, então um tratamento completo de um adulto que vem com problemas de vinte anos, em seis sessões, não dá! (ESB).

Ausência de Informação sobre as DPMSP: os **conselheiros** disseram que lhes faltou divulgação das diretrizes.

- **Experiências de Êxito**

Os sujeitos da pesquisa exaltaram as diretrizes, dizendo que elas constituem uma orientação positiva, apesar de haver “nós” relacionados ao planejamento e situações que não dependem das diretrizes. Salientaram a importância das capacitações e de que toda unidade tem o documento para saber “*como pelo menos deveriam trabalhar*” e que “*o CD como gestor*” tem demonstrado mais competência (“*é melhor*”).

Acho que em termos técnicos, não existem pontos negativos, eu vou ser sincera... Eu acho que são os ‘nós críticos’, se a gente pensar em planejamento da atuação hoje, (outra situação, que eu acho, e aí não depende só das Diretrizes) (C1).

Ela dá o norte para os profissionais, ela dá um instrumento que é como se fosse um manual de orientação, como trabalhar em saúde coletiva mesmo que a pessoa não tenha a oportunidade de fazer uma faculdade ou de se especializar ou de ser assim, ela simplifica, esclarece no enfoque da saúde coletiva como que a saúde bucal tem que funcionar. Aí vai da leitura pessoal de cada um, mas ela fala em multi-profissional. Ela é bem completa, principalmente por causa da diretriz do ministério. Acho que vai bem assim, é um documento que eu respeito. Isso eu acho positivo por ela prever tudo o que o SUS prevê, ela garante isso, ela garante essas coisas lá... (C3).

Todos conhecem as diretrizes, toda unidade tem o documento, a gente sempre reforça. É super importante essa reciclagem (C5).

Quando a assessoria dele é de dentista, o sub-chefe, que a gente brinca, é melhor, funciona melhor... (C1).

O I_19 comentou sobre como trabalhar e prover acesso ao adulto:

Agora todo mundo sabe, como pelo menos deveria trabalhar, porque antes não sabia. Eu acho que o grande impulso foi assim, realmente do atendimento ao adulto, acho que foi o que na maioria... De positivo, pra população, com o atendimento – acesso do adulto. Era só grávida... gestante... Na verdade, era fechado. A população adulta, não era coberta... não era contemplada, ficava dependente do PA. Uniformizou?!

O I_21 exaltou a ouvidoria, o acolhimento, a humanização, o saber o que fazer “Tirar leite de pedra” - a gente já tirou todo leite da pedra e todo o couro das correias... Conforme os depoimentos a seguir:

Eles assimilaram bem o acolhimento, quando eu comecei a interlocução, o ano passado [2005], a ouvidoria era uma coisa assim horrível, tinha 26 reclamações de atendimento por mês... (só da Saúde Bucal)... Então, eu entrei em julho do ano passado [2005] e hoje a gente tá com, em torno de..., tiveram duas ou três reclamações. Geralmente quando a gente faz o acolhimento às coisas vão bem... As pessoas precisam mais do acolhimento e humanização... Mas o que eu acho legal, é que você tem uma diretriz, então você não tá solto, você sabe o que tem que fazer. Aí ali, na tua região, de acordo com sua disponibilidade, de como é seu supervisor, de como são as pessoas com quem você

trabalha. Você vai ter que dialogar, mas é também o que a supervisora fala, é “Tirar leite de pedra”, e é que nem um vereador falava lá na minha região, “Tirar leite de pedra”. Então é isso aí, o duro que você tira o couro das correias, mas assim, a gente já tirou todo leite da pedra e todo o couro das correias... (I_21).

Um componente do grupo **I_21** falou sobre o acesso às diretrizes, embora não tragam nada de novo, foi bom, pois há anos tenta-se introduzir essas propostas, e da diminuição de reclamações com a universalidade:

Acho que isso que acontece em torno das diretrizes pelo site. Você entra no site da prefeitura e você vê as diretrizes, isso foi bom! Os dentistas ficaram... todo mundo tem acesso. Não existe nada de novo, são coisas que todo mundo tem tentado colocar há anos. Não tem nada ali que seja: “nossa que coisa inovadora, que tecnologia!” Não! São todas as coisas, que é o mínimo que se pode fazer! Está mexendo com a cultura (I_21).

Achei que o maior aspecto positivo foi o atendimento universal, porque é... A gente sofria muito com a falta de atendimento de adolescentes e adultos, que eram marginalizados, pelo SUS. Então desde que começou essa nova diretriz então... quem foi que falou da ouvidoria? As queixas nas ouvidorias diminuíram muito, porque o acesso era “vedado” pra essas faixas etárias acima de 14 anos, e agora não. Agora a gente tá trabalhando com um pouco mais de tranquilidade com relação à isso. Então acho que essa foi uma grande conquista que a gente teve. E o procedimento coletivo também (I_21).

Avanços (existem, mas com problemas):

A gente fala dessas coisas do dia-a-dia, mas ninguém tem dúvida que avançou... A Política Nacional de Saúde Bucal, o CEO, a pessoa fala “Ah, porque o CEO começou por um sinal, que nada! Você é obrigada a organizar a base, você é... você é obrigado a montar uma referência e contra referência. Surgem outras coisas que fazem com que você consiga. Eu acho que a gente só avançou. Também acho que a gente tem problemas enormes... (I_21).

Para a ESB é importante reorganizar a entrada no programa de SB:

Pontos positivos... Tem que organizar o fluxo de entrada, alto padrão de atendimento (ESB). Já teve época de ART... Houve uma parte de ART que a gente fez numa creche, que incluíam as pessoas que não eram cadastradas (ESB).

Os conselheiros citaram o tratamento para os idosos:

É muito bom pro idoso lá na região..., pra idoso o tratamento é muito bom, é garantido. Eu estive na última Conferência de Saúde Bucal, também participei e faz tempo (CG).

- **Propostas**

Uma das coordenadoras exaltou a qualidade no atendimento:

Eu acho que é melhorar a qualidade de atendimento, porque nós só existimos em função da população, nosso emprego é em função disso, a gente atende uma população que a gente tem que ser profissional quando atende. Os instrumentos que a gente tem para atender essa população sendo profissional são gerados por todos esses movimentos que chegaram nas diretrizes, elas não são estáticas, elas são dinâmicas, elas vão mudar mesmo, graças a Deus, porque assim se evolui (C3).

Acolhimento das diretrizes após 12 anos. Retomando o pé!

É porque as pessoas (aí vêm a parte administrativa das mudanças de gestões), por isso que eu acho importante elas entenderem todo o processo que foi a criação das diretrizes e o que acontece a nível de ministério em relação a saúde bucal. Nós estamos atrasados em relação a isso, muito atrasados porque nós ficamos doze anos aí parados em relação ao município, quando eles entenderem isso, que isso vai ter continuidade, se eles não entenderem eles acham que vai mudar a gestão e depois vem um outro, e traz outra coisa. Eles têm que entender que a coisa está maior. É um movimento que vem há muito tempo e que nós ficamos a parte, e agora estamos retomando o pé, mas que não é São Paulo, não é aqui, não é na... Nem em... É no Brasil que está acontecendo (C3).

Um componente do grupo **I_19** falou da organização, planejamento, RH e infra-estrutura:

A primeira coisa: Organização!... Planejamento... Eu acho que pára tudo e planeja... Olhando a realidade desde o piso, da equipe, da possibilidade de investimento! RH... Vale a pena investir no RH que eu tenho, ou contrata tudo novo? (I_19).

O **I_21** comentou sobre uma estratégia para abordar o assunto considerando que eles conversam entre si e multiplicam o assunto discutido:

Essa estratégia é muito legal, porque antes eu chamava todos os dentistas!... ...complicado! Então cada um falava uma linguagem diferente. Aí comecei a chamar só um por Unidade, acho que mudou bastante... Eles se conversam muito, você começa a perguntar coisas, eles desconversam, fica até chato pra eles... Eles começaram a se confundir... É uma estratégia que então propõe que eles tenham feito uma organização prévia... Mesmo porque veja, na minha região, por exemplo, se eu chamar 80 dentistas, eu vou abrir mão de 400 consultas. Então, é como ela falou: a gente tá tentando por em prática o que a gente sabe...(I_21).

A **ESB** comentou que a proposta para a qual eles mesmos têm críticas é a da “boca boa!”.

Tem um grupo que nem está funcionando na minha Unidade. Tem os que participam do grupo e não tem cárie. E para mim seria ao contrário, a meu ver (não sei o que os outros acham) - aqueles que estão com a boca detonada precisariam mais de orientação e prevenção do que os com a boca boa - é sinal que eles já têm uma boa higienização, senão estaria com cárie, então eu não concordo com essas coisas (ESB).

A seguir, apresenta-se o Quadro 35 sintetizando os resultados obtidos a respeito das DPMSB.

Quadro 35 – Posturas e percepções dos sujeitos da pesquisa* sobre as DPMSB** no estudo: “Atenção da saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007”, em 2006 e 2007.

S	Posturas	Idéias Centrais	Problemas	Experiência de Êxito	Propostas
C	Entusiasmo, competência, motivação pelo trabalho e esperança, informar sobre as DPMSB [multiplicadoras das diretrizes]. Concorde, avaliar e fazer cumprir.	Universalização do atendimento. Respaldo técnico e científico das DPMSB. Viabilidade administrativa sobre as condições de trabalho nas questões de abastecimento de material, manutenção de equipamentos, implantação de novos serviços, contratações e gestão da capacidade instalada. Cada profissional recebeu cópia da diretriz. Diretrizes dinâmicas, construídas pouco a pouco. Norteadoras de um todo tão grandão...	<i>Falta pessoal auxiliar.</i> Uma coordenadora se vê como tradutora das diretrizes municipais, explicando o que elas pretendem e refere-se ao fato do pessoal não ter o trabalho de ler, pois têm o foco na execução: <i>Grande função do gestor é traduzir porque se você acredita que todo mundo vai ler tudo aquilo você está enganada. Unidade que não trabalha com triagem, tem muito ART.</i> Políticos, implantação do risco social, consciência do SUS, participação social e visão ampla: Falta de RH (dificulta a implantação das inovações). Manutenção (é um dos principais problemas). A Secretaria está tentando comprar a manutenção, a gente como Coordenadoria também.	<i>Acho que em termos técnicos, não existem pontos negativos, eu vou ser sincera... Eu acho que são os 'nós críticos'.</i> Todos conhecem as diretrizes, toda unidade tem o documento, a gente sempre reforça. É super importante essa reciclagem	Qualidade no atendimento: <i>Eu acho que é melhorar a qualidade de atendimento, porque nós só existimos em função da população... Movimento que vem há muito tempo e que ficamos a parte, e agora estamos retomando o pé, mas que não é São Paulo, não é aqui, não é na..., nem em..., é no Brasil que está acontecendo isso.</i>
I	Dificuldade de aceitação dos funcionários, embora tenha um caráter esclarecedor. Confiança nas propostas. Diretrizes eram um objetivo a atingir, embora a adequação da realidade seja preocupante.	Com as DPMSB haverá mudanças no fluxo de trabalho, padronização e humanização para reduzir queixas. Conhecimento das diretrizes. Capacitação em oficinas com apostila falta de recursos, resistências e truculências de diretores das Unidades de Saúde: <i>Ah... Com as novas diretrizes agora, deste ano... está bem puxado!</i> Sobre o conhecimento das diretrizes: <i>De cor e salteado... É a nossa Bíblia! ...Desde que foi implantada.</i>	Há certa desorientação à respeito da implantação das diretrizes, como denotam suas frases: <i>Há resistência na adoção, por falta de capacitação... Como que eu vou fazer isso? - sem RH, sem... Eu vou ser bem sincera, na minha região, ainda existe uma grande resistência.</i> Falaram do fato de se fazer só itens das diretrizes convenientes e não realizar procedimentos com os quais não estão de acordo – Há funcionários e usuários com diversidade cultural. A SB tem concepções diferentes conforme o local e o período. Divergências.	<i>Agora todos sabem como deveriam trabalhar. O grande impulso foi do atendimento ao adulto.</i> Exaltaram a ouvidoria, o acolhimento, a humanização, o saber o que fazer “ <i>Tirar leite de pedra</i> ” - a gente já tirou todo leite da pedra e todo o couro das correias... Menos reclamações com universalidade.	<i>Eu acho que pára tudo e planeja... Olhando a realidade desde o piso, da equipe, da possibilidade de investimento! RH... Vale a pena investir no RH que eu tenho, ou contrata tudo novo?</i>
ESB	Deixou transparecer: adesão, revolta, resistência e indignação.	Obrigatoriedade em participar, padronizar e organizar a triagem dos pacientes, pois o vai e volta de pessoas gera um número imenso. Esforço de SMS na capacitação para as DPMSB foi interessante, mas houve distância da alta direção com o nível operacional o que causou resistência e faltas.	Falta de condições para o atendimento de urgências, triagens, grupos de risco e procedimentos coletivos: Especialistas (não foi exigido o título de especialista aos CD dos CEO): <i>A gente tinha que fazer uma carta de próprio punho, se a gente não apresentasse o título. Para mim é desumana, a questão da triagem, porque as pessoas chegam de madrugada.</i>	É importante reorganizar a entrada no programa de SB: <i>Os pontos positivos é que tem que organizar o fluxo de entrada, alto padrão de atendimento.</i>	Proposta para a qual têm críticas: “a boca boa!”. <i>Os que estão com a boca detonada precisariam mais de orientação e prevenção.</i>
CG	Desconhecem o assunto	<i>Crianças seriam atendidas até 14 anos. Após seria dado o tratamento geral, com tratamento de canal, extração e prótese. De diretrizes é isso que eu sei! De 2004 pra cá.</i>	Não foram informados: <i>... falta divulgação! Não teve nem essa divulgação dessa diretriz.</i>	Tratamento para os idosos: <i>É muito bom pro idoso lá na região</i>	Não houve depoimentos.

Notas: S: Sujeitos da Pesquisa; C: Coordenadoras; I: Interlocutores; ESB: Equipe de Saúde Bucal; CG: Conselho Gestor. **DPMSB: Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal.

5 DISCUSSÃO

Os sujeitos escolhidos para esta pesquisa são os principais atores para desempenhar e cumprir no campo da SB o que a Constituição preconiza. Todos os que participaram da pesquisa denotaram “apropriação” dos espaços, disposição para o trabalho, e apresentaram problemas e propostas.

As DPNSB, de 2004, começaram a ser delineadas mesmo antes da determinação do direito à saúde pela Constituição de 1988, período inicial da reforma sanitária brasileira, apoiadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986 (PUCCA, 2005).

Para AROUCA (1986), quando se examinava a saúde sob a ótica dos serviços, as desigualdades sociais se reproduziam, tanto regional como socialmente. Os resultados da pesquisa no MSP mostraram que elas ainda persistem, haja vista a expressão de um dos CG: *estamos na periferia...*

De acordo com QUARTAROLI (2003) o País necessita de estudos que permitam medir o grau de desigualdade existente para que seja possível desenvolver um processo capaz de avaliar e redistribuir os serviços de forma igualitária e eficiente.

Em 1992, a Rede Cedros publicou um estudo denominado: “O que fazer nos municípios?”. Nesse trabalho apresentaram-se propostas para a superação de dificuldades na gestão pública da saúde.

Na 2ª CNSB, em setembro de 1993, os principais problemas estavam relacionados à falta de planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços, incluindo os de SB. Os materiais e as instalações eram insuficientes, inadequados e sem qualidade. Além disso, os servidores também estavam mal preparados. Esses fatos foram explicitados e detalhados no item 1.3.8 deste trabalho. De acordo com a percepção dos sujeitos desta pesquisa, essa situação ainda persiste.

Não se resolve os problemas da ASB apenas pela assistência; o estudo de NADANOVSKY e SHEIHAM (1995) mostrou que a redução de

cárie na idade de 12 anos, em serviços de saúde bucal de vários países, foi somente de 3%, enquanto melhorias nos aspectos sócio-econômicos contribuíram de 35 a 50% nessa redução.

O estudo de RONCALLI (1999) mostrou experiências em municípios como: Diadema, Santos, Embu, Curitiba, Belo Horizonte, Ipatinga, Betim e Brasília, que desenvolveram sistemas locais de saúde mais resolutivos, com inovações (clínica de bebês e odontologia a partir do núcleo familiar) e assistência em SB com a inclusão das ESB (profissionais, auxiliares e THD) associadas à vigilância do teor de Flúor nas águas de abastecimento. Em contrapartida, o MSP, atualmente, conta com número de equipes com SB não condizente com a população e o trabalho de orientação e reabilitação neuro-oclusal com bebês foi recém implantado em 2007, transversalmente ao Programa da Mãe Paulistana. Para a vigilância do teor de Flúor nas águas de abastecimento a coordenação da SB no MSP deposita sua confiança na SABESP que adiciona o elemento, e na COVISA que controla o seu teor. Os sujeitos da pesquisa expressaram desconhecer os detalhes e resultados dos atuais procedimentos desse monitoramento.

5.1 ACESSO

Desde a 1ª CESB (1986) há registros sobre a relevância do acesso e da universalidade.

Ao tratar do tema “acesso”, a postura dos sujeitos da pesquisa variou conforme o grupo: as coordenadoras mostraram posturas idealizadas sobre o assunto, embora apontassem dificuldades, dúvidas e interferências políticas. Os interlocutores apresentaram-se com bom humor e interesse pelo que desenvolvem, com frustrações (devido à falta de autonomia), críticas, e divergências de opiniões, embora solidários entre si e com necessidades de rever processos e competências, expressando que acreditam na humanização do serviço. A ESB manifestou a ocorrência de

“stress” devido às dificuldades em implantar as propostas da SMS, preocupação com a segurança pessoal, medo, desânimo e angústia, com diferenças e descontentamentos ao lidar com a demanda, relatando problemas entre a recepção e os usuários, o que requer criatividade.

Na maioria das US do MSP não ocorre a humanização do atendimento com acolhimento, nesse sentido CARVALHO e CUNHA (2006) também relataram que é comum encontrar profissionais atarefados e exaustos de tanto realizar atividades sem conseguir avaliar e interferir nelas, como o referido pela ESB nesta pesquisa.

O CG mostrou desânimo a respeito do assunto, com indignação, frustração e desvalorização, valendo-se do emprego de palavras pesadas e de repetições. Houve discordâncias devido as diferentes realidades regionais e locais e concordância quanto à desqualificação do conselho pelo fato de não ser consultado e ouvido: *Nós não estamos contentes* (CG).

LEAL e TOMITA (2006), ao estudar percepções de gestores em municípios do ESP, encontraram escassas possibilidades de acesso à atenção odontológica nos serviços públicos locais, o que mostrou dificuldades no enfrentamento da equação “demanda-efetividade”. O problema se repete devido o foco estar na assistência (tradicionalmente) até mesmo pelos usuários, o que necessita reversão do mesmo modo no MSP.

O controle social pode evidenciar as desigualdades presentes no País, e as implementações no setor de saúde bucal deveriam contemplar as proposições da 3ª CNSB e DPNSB, onde o acesso se reporta ao senso de ampliação dos serviços.

FRANCO (1999) relatou a possibilidade de inversão do modelo assistencial, que quebra a verticalização profissional e parte do técnico para o acolhimento, que pode ser aplicado no MSP: 1) atende-se a todos que procurarem a US (acessibilidade universal), 2) reordena-se o sistema de trabalho tirando o profissional do centro, substituindo-o por uma equipe de acolhimento preparada para a escuta, comprometida a resolver o problema, 3) qualifica-se a relação entre trabalhador da saúde e usuário em parâmetros humanitários, de cidadania e solidariedade. O que no MSP

acontece de modo pontual, pois nos resultados houve várias alusões ao problema da recepção e que a *“odonto” é um feudo, um nicho, onde só o profissional poderia avaliar...* O trabalho de FRANCO (1999) em Betim (MG) relatou que o número de atendimentos à saúde geral e o rendimento profissional aumentou com a humanização do atendimento, o que poderia ser realizado com a SB no MSP e também em outros locais.

WERNECK e FERREIRA (2000) destacaram a necessidade de reformulações no processo de trabalho em saúde bucal, o que representa um desafio para a profissão odontológica. Faz-se necessária uma adequada conformação das tecnologias dura, leve-dura e leve. De acordo com MERHY (1997), a tecnologia leve compreende as relações do tipo de produção de vínculo, “autonomização” e acolhimento. A leve-dura se caracteriza pelos saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. E a tecnologia dura refere-se não somente aos equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, mas também a normas e estruturas organizacionais.

A prática em saúde está permeada por uma dimensão “cuidadora”, que visa processos de falas e escutas, relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário e como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para compor os projetos terapêuticos (MERHY, 2002).

O modo de trabalho do cirurgião-dentista raramente tem se inserido com as práticas de profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Assim, suas ações ainda permanecem isoladas. Além disso, são perceptíveis os indícios dessas práticas nos serviços de saúde, como os da divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco interagem. Um exemplo vem das IES onde a formação dos CD, prioriza o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de possibilidades de integração.

Em relação ao acesso, dos discursos transcritos inferiu-se:

- a) Procura espontânea ou demanda aberta.
- b) Busca ativa, onde o papel dos ACS, a estratégia do PSF, os grupos e a triagem têm relevante importância. Por isso, no início da década de 1990, a

deficiente condição sanitária de muitos dos municípios em que a população não era coberta pelo SUS, fez o MS escolher um modelo baseado na família (PSF) como porta de entrada no sistema e como estratégia para garantir a universalização da Atenção Básica (MARQUES e MENDES, 2002).

- c) Encaminhamentos de escolares aos PC e às UBS após triagem de risco.
- d) Emergência e urgência são portas de entrada para muitos, existe prioridade absoluta aos casos de urgência (dor, sofrimento, infecções), o que está de acordo com o texto da lei nº. 8.080/90 e é utilizado pela população como acesso ao sistema, como se comprova pela frase coletada: *Há tentativas de entrar pela urgência* (I_19).
- e) Atendimento programado.
- f) Agendamento.
- g) Listas de espera e filas.
- h) Encaminhamento do médico e enfermeiro para a SB.
- i) Pela regularização de listas antigas para adequação à central de vagas.
- j) Grupos prioritários (gestantes, portadores de necessidades especiais, crianças e idosos) lotam as agendas e consomem recursos.

Nas especialidades há procedimentos com limitação de quantidades (próteses) e nos CEO os usuários chegam por encaminhamentos. Há algumas semelhanças entre as unidades. O CG referiu que os processos de encaminhamentos não prevêm a real necessidade da população, e houve as citações de que há ociosidade nos CEO.

Fineberg em CASTRO (2007) salienta que três princípios são fundamentais nos serviços de saúde: qualidade, acesso e custo. Cada profissional deve ter a iniciativa de se aprimorar e ter visão sistêmica. Para tanto, incentivos são necessários, pois as situações são estressantes e podem provocar erros. Deve-se ficar mais tempo com os usuários e capacitar-se para a qualidade.

Na ampla categoria de problemas foram identificados os referentes a recursos humanos; operacionalização; políticas e diretrizes; planejamento e execução; corporativismo; gestão e infra-estrutura:

a) os problemas relativos a recursos humanos: número reduzido de pessoas e falta de capacitação das mesmas, má organização do trabalho e não participação do CG. Embora existam estudos que afirmem que no ESP e no Paraná houve melhorias no acesso aos serviços odontológicos e de promoção da SB, com profissionais contratados pelo serviço público (FERNANDES e PERES, 2005; PINTO et al, 2006).

b) problemas operacionais: não há sistematização, uniformidade e integração com as outras áreas; há listas de espera com gargalos, devido à demanda reprimida, que resulta em enormes filas na madrugada com discussões, que às vezes geram problemas policiais ou transferência de problemas para o pronto-atendimento. A análise da acessibilidade deve estar centrada nas características da oferta de serviços que devem ser ajustadas e adaptadas às necessidades da população (FRENK, 1992).

c) problemas relacionados às políticas e diretrizes: *“o que acontece nem sempre é o que foi previsto”* (C2). Embora haja tentativas de praticar a universalidade e equidade preconizada: *“o difícil é fazer acontecer”*. A partir das novas diretrizes tudo mudou e atende-se a todos conforme a necessidade: *só que não houve serviços [aumento da capacidade] para essa demanda que aconteceu, não se conversa com o “controle social”* (CG). Faltam dentistas devido ao remanejamento após as mudanças de governo e devido a alguns profissionais terem sido deslocados para cargos de confiança.

É necessário construir políticas intersetoriais para a integração de ações preventivas, curativas e reabilitadoras que enfoquem a promoção da saúde, a universalização do acesso aos serviços e a responsabilização da população de “todos os segmentos sociais”

d) quanto ao planejamento e execução: para o CG faltam projetos que contemplem a real necessidade da população.

e) quanto ao corporativismo: os interlocutores afirmaram: *Odontologia é um serviço elitizado, quando a pessoa cai no balcão: “vai falar com o dentista?”* [o que leva a suposição de que o serviço de saúde bucal é um “nicho” e fica à parte].

f) problemas de gestão: dificuldades comportamentais, falta de cumprimento de protocolos, gerenciamento de processos e logística, alocação de recursos a grupos prioritários, problemas na manutenção dos equipamentos, falta de recursos e condições de trabalho, incompetência gerencial, postura e geração de ociosidade nas especialidades.

g) problemas com a infra-estrutura não foram mencionados pela coordenação, mas enfatizados pelos outros níveis de sujeitos, afirmando que a estrutura limita a oferta de vagas, ao ficar dois meses sem consertar um refletor e tirar peças de um equipamento para consertar um outro, o que tende a diminuir a qualidade do serviço, sobrecarregando locais onde as estruturas são melhores.

Os interlocutores referiram-se também a pontos positivos nas experiências vividas, como a de atender só com triagem de risco, quando a demanda espontânea vem (mês a mês) e o profissional tem data para triagem; faz a adequação da agenda e elimina a fila de espera. Afirmaram também que onde é PSF (com CD) há triagem de risco familiar e um trabalho mais integrado na região. Mencionaram também que já fizeram testes nas US, com telefonemas anônimos (disfarçados de usuários) checando o atendimento e se há vagas para adultos.

O CG revelou fazer um monitoramento, comentaram também que há US com muitos dentistas o que denotou concentração de profissionais em alguns espaços, enquanto em outros há falta.

Como propostas de acesso ao programa de SB as coordenadoras sugeriram:

*Fazer com que o acesso aconteça pelos grupos pré-existentes na US.
Fazer aquela triagem proposta nas diretrizes do município.*

Os interlocutores fizeram propostas sobre algumas práticas:

No livro de espera, chama, tria, agenda, atende e mantém parte da agenda para demanda espontânea... Data marcada para a triagem com adequação da agenda, e não tem mais fila de espera. Organizar o serviço sem jogar o atendimento para frente (I_19).

Para a ESB devem-se criar métodos paralelos ao protocolo para lidar com a demanda elevada, tentando (de várias formas) minimizar o sofrimento do usuário frente à longa espera. Fugir do protocolo, com uma lista de espera e um telefone de contato, ou via ACS. Quando chegar “a vez” entrar em contato para agendar a triagem (em número maior do que as vagas, devido às faltas) para diminuir as brigas. Os encaminhamentos para especialidades só seriam feitos pelo dentista da UBS.

O CG fez várias propostas no sentido de que os profissionais tenham lugares adequados para trabalhar; material em quantidade, com qualidade e equipamentos com a manutenção preventiva e corretiva necessárias; concluindo: *Ter lugar com equipo e com dentista trabalhando!*

A redefinição da política de ASB nos três níveis de governo (MS, 2004a), melhora o acesso aos serviços e valoriza a “universalidade” e a “integralidade”, bem como as diretrizes de atuação (CAMPOS, 2006).

A Emenda Constitucional 29 regulamentada pode proporcionar “horizontes mais favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde” (MS, 2004a, p. 43), e assim assegurar o acesso, a qualidade e a humanização da atenção em busca da equidade, associada à gestão competente.

Saliente-se que para a gestão dos serviços de saúde o acesso é considerado um dos principais indicadores na avaliação.

5.2 ESPAÇO FÍSICO

O tema espaço físico englobou além da área física, os equipamentos odontológicos (incluindo aparelhos de raios-X), o instrumental, e o material de consumo. Constatou-se uma frustração entre o existente e o considerado ideal, indicando uma descontinuidade entre necessidades e disponibilidades (situação comum aos serviços públicos). Houve confusão de entendimento entre condições físicas de trabalho e condições gerais de trabalho, porém constatou-se também uma convivência bem humorada frente às deficiências

e dificuldades por parte das coordenadoras, interlocutores e ESB. Essa percepção se contrapõe à posição do Conselho Gestor (CG), com resignação e baixa auto-estima “*estamos na periferia*”. No entanto, houve reconhecimento da existência de locais com materiais e tecnologia avançada para o trabalho. O que pode ser possível dado que há produção suficiente desses equipamentos no Brasil (MANFREDINI e BOTAZZO, 2006). A 3ª CESB propôs incentivos para aquisição de insumos.

As coordenadoras indicaram a existência de salas grandes, modulares ou não, e de consultórios individuais, que foram considerados pequenos pelas ESB. A existência de espaços pequenos (“apertados”) somada a percepção da qualidade inadequada de equipamentos e de pessoal auxiliar torna negativa a solução de dispor os equipamentos em módulos.

Os interlocutores afirmaram que há a co-existência de equipamentos antigos e novos. Um ponto importante foi levantado com respeito ao acesso dos usuários com necessidades especiais e de especialistas para atendê-los.

A ESB corroborou com a necessidade de adequação dos espaços, do acesso aos portadores de necessidades especiais, indicou a diferença entre os tipos de consultórios e as dificuldades com o abastecimento de materiais. A ESB apontou a falta de manutenção e espaços reduzidos.

O CG ressentiu a falta de espaço físico adequado, equipamentos para apoio e profissionais especializados, principalmente ao reconhecer a qualidade dos dentistas das US.

As coordenadoras também se referiram às dificuldades estruturais de espaço e pessoal e de acesso aos portadores de necessidades especiais.

Os interlocutores posicionaram-se de forma categórica na falta de capacitação para especialistas e da interferência política explícita: “*pressa na inauguração de CEO, com inadequações graves*”. A interferência política desloca o pessoal “*desfalcando a UBS*”.

O CG referiu-se a falta de padronização dos equipamentos e a desmotivação do pessoal, devida a salários baixos, falta de condições e de

espaço de trabalho, precisando de grandes deslocamentos para os locais de trabalho.

Como pontos positivos as coordenadoras indicaram o aumento de equipamentos periféricos, e a implantação de módulos como forma de integração das equipes, embora com eventual possibilidade de contaminações. Os interlocutores apontaram a existência de material de qualidade, num processo de melhoria contínua.

Como propostas as coordenadoras indicaram a necessidade de adequações e ampliação dos espaços dos consultórios e de maiores recursos (pessoal e equipamentos). Os interlocutores propuseram uma sistemática transferência de usuários entre US, quando a adequação não permitir o acesso aos que têm necessidades especiais. O CG elogiou a política de saúde bucal do governo federal. Contudo, indicou a conveniência de fixação de profissionais no local e maior participação das outras esferas de governo. No entanto considerou-se que o baixo nível de atendimento tem induzido parte da população a buscar tratamentos pagos na rede privada mesmo com poucos recursos.

Pode-se citar neste tema o que preconizam as DPNSB (2004) no item 4.5 sobre as condições de trabalho:

Para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária (MS, 2004a, p. 7).

Nas DPMSB (2006) não há referência a condições de trabalho, mas sobre parâmetros de sistemas de trabalho e ressalta-se o citado no item 1.3:

O Tratamento Restaurador Atraumático – ART foi desenvolvido para ser realizado em ambientes que não dispõem de condições para instalação e funcionamento de equipamento odontológico. O ART foi aprovado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS e pela Federação Dentária Internacional – FDI. Sendo assim avarias em equipamentos odontológicos não constituem argumento, motivo ou justificativa para a não realização de atendimento odontológico. Portanto, a agenda do Cirurgião-Dentista não deve ser nunca anulada por “quebra de equipamento” (SMS, 2006, p. 20).

5.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Este assunto foi percebido com críticas pelas coordenadoras. Os interlocutores mostraram-se preocupados em definir casos reais de emergência. Na ESB nada foi ressaltado, pois esses atendimentos fazem parte da rotina de suas práticas e o CG denotou frustração e descrédito.

As coordenadoras destacaram a necessidade de constatar se “a dor é real” para caracterizar o atendimento, visto que para as DPMSB o dentista tem que avaliar todos os casos de urgência. O que parece ser conflituoso: “necessidade de confirmação da queixa do usuário” e não só seu sofrimento e reclamações.

Ao sentir dor as pessoas querem comunicar-se com os profissionais de saúde, que devem qualificar e contextualizar esta informação para indicar um tratamento e nesse encontro coexiste-se com o conflito, a cooperação, a harmonia, a competição e os caminhos alternativos de comunicação (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004).

Também foi citado por TRAVERSO-YÉPEZ e MORAIS (2004), que a comunicação entre usuário e trabalhador da saúde é prejudicada devido à limitação do tempo e falta de disponibilidade para conciliar as várias atividades atribuídas a eles. O despreparo para a escuta gera desencontros, pois não basta se preocupar com procedimentos, organização, e finanças na área da saúde. É preciso mudar o modo do trabalhador da SB se relacionar com a vida e o sofrimento do usuário, precisando sempre avaliar se há mesmo uma dor e uma situação urgente.

Destacou-se a dificuldade de relacionamento entre as US e as autarquias (PA e PS).

Os interlocutores discutiram a necessidade da triagem e do fluxo de atendimento das urgências, tendo em vista não transformá-las em portas de entrada preferenciais, onde o usuário rompe com a organização e tenta entrar do modo mais rápido (CECILIO, 1997). O que parece se contrapor ao

proposto pela DNPSB e DPMSB que pregam um atendimento integrado e resolutivo.

A ESB destacou a necessidade de cumprir o protocolo de encaminhamento para especialidade que estabelece que o CEO não deva atender a urgências, embora ainda nessa fase de implantação, as estejam atendendo. Os membros do CG sugeriram agendar consultas após o atendimento destas e inserção dos usuários no programa, o que não é realizado na rotina.

Como problemas as coordenadoras apontaram as dificuldades de comunicação por parte dos hospitais. Os interlocutores fizeram uma correlação com Santa Bárbara e os dentistas, na identificação das “pseudo-urgências”. A ESB não apontou problemas e o CG expressou-se: *“Olha, chegou aqui com dor não vai sair!”*.

As coordenadoras mencionaram a existência de transporte para os traumatizados. Os interlocutores destacaram a triagem para as urgências. A ESB achou que foi um êxito conseguir encaixe para urgências, como maneira de evitar vagas ociosas. O CG não apontou experiência positiva.

As propostas das coordenadoras foram as de considerar as urgências dentro do esquema da US e não apenas exclusivas dos PA e PS. Os interlocutores preconizaram a utilização de protocolos e a ESB propôs tratar a seqüência dos casos que entram como urgência, da mesma forma (mesmo que por encaixe), o que a hierarquização do sistema não permite. O CG nada propôs.

Sobre o tema as DPNSB de 2004, no item 6.2. ao tratar da implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento propõem:

- a) organizar o pronto-atendimento de acordo com a realidade local;
- b) avaliar a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência;
- c) orientar usuários a retornar ao serviço e dar continuidade ao tratamento.

(MS, 2004a, p.12)

E também as DPMSB de 2006 apontam que, conforme a SMS (2006) numa rede de serviços, o pronto atendimento (PA) e pronto socorro (PS) são “portas de entrada” do sistema de saúde e assim suas ações devem ser orientadas pelos princípios do SUS. PA, PS e hospitais com equipamento

odontológico devem ter ações resolutivas e com qualidade durante as 24 horas do dia, sob o princípio da humanização, do acolhimento e das boas práticas clínicas (com qualidade e respeito à biossegurança). Os procedimentos odontológicos devem ser efetivos (exodontias, drenagens de abscessos e outros) e não apenas medicações e encaminhamentos. O usuário deve ser atendido de forma resolutiva, embora a rede básica do MSP encontre-se em fase de carência de recursos humanos e materiais. Deve ser agendado o retorno de quem é atendido em condição de emergência ou urgência para o mesmo plantão e reduzir suas necessidades acumuladas, preparando-o para ser inserido na rede básica que se apresenta em processo de reorganização (realizando exodontias múltiplas, procedimentos de controle epidemiológico das doenças bucais e outros).

As principais atividades realizadas em PA e PS foram: tratamento de odontalgias, abscessos dento-alveolares, hemorragias dentárias, alveolites, atendimento a politraumatizados, além do atendimento para cirurgia oral menor (programada), que poderá ter seus protocolos para o atendimento.

Necessidades que mereçam encaminhamento devem ser avaliadas, bem como a forma de fazê-lo, garantindo-se o processo de referência e contra-referência, para a resolução dos problemas das pessoas que precisam ser cuidadas e acompanhadas.

Há um papel importante na assistência em SB, pois o PS e o PA estão na intersecção entre o atendimento primário, secundário e terciário. São responsáveis pelo atendimento de urgências e emergências e constituem a porta de entrada aos politraumatizados, dando o primeiro atendimento e encaminhando-os para o hospital de referência.

Cabe destacar que os PS e PA são referências das US para o atendimento de urgência em sintonia entre o plantonista e o cirurgião-dentista que o encaminhou.

O documento das DPNSB destaca que o relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004a) reitera o atendimento odontológico nos PA e PS nas 24 horas do dia, melhorando e garantindo a qualidade do

serviço, integrado ao modelo de atenção, como direito precípua de cidadania.

Diante das considerações realizadas pelas DPNSB, há a recomendação de que nos plantões diurnos sejam mantidos dois plantonistas, pois alguns procedimentos requerem, por vezes, a atuação de dois profissionais concomitantemente.

Tomou-se também por base a integração proposta por uma das coordenadoras da SB no CMS (2005, p. 6):

“Estamos caminhando para uma atenção integral em Saúde Bucal que começa lá na Unidade Básica de Saúde, passa pelo serviço de urgência e emergência e para as ações no nível secundário e hospitalar, isso tudo na linha do cuidado à Saúde”.

Percebe-se, neste sentido, que há um alinhamento teórico do município com o Ministério da Saúde e na prática - um progresso.

Importante é evitar mutilações devidas a atendimentos de urgência, pois acarretam, conforme ANDRADE e FERREIRA (2006), comportamentos de: intimidação, acanhamento com mudanças físicas e emocionais nas pessoas.

5.4 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta do PSF tem como diretrizes: “humanização”, “ênfase familiar” e “trabalho sob fatores de risco”. Cada equipe é responsável por uma área geográfica e a população nela residente. A atenção básica é realizada pela rede de UBS, englobando-as com as de PSF, onde a abordagem familiar e a adstrição da população são referências.

As posturas dos sujeitos não se apresentaram convergentes, as coordenadoras o consideraram como um programa que não está à parte do município; os interlocutores destacaram a relevância do programa, a ESB denotou orgulho em participar do PSF, e o CG mostrou descrédito,

conformismo e descontentamento visto que nas UBS há atendimento de urgência e nos do PSF nem sempre.

As coordenadoras destacaram: *“onde há PSF o serviço é muito mais organizado”*. Os interlocutores apontaram que o PSF tem facilitadores, como ACS, área fechada, cadastro de famílias, recursos financeiros do parceiro e comprometimento do profissional devido ao regime empregatício exposto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A ESB destacou a geração de demanda provocada pelo PSF e o CG destacou falhas de comunicação entre PSF e a SB da UBS, que interferem no fluxo da US.

Uma lacuna na comunicação se estabelece entre o PSF e a SMS do MSP, pois embora o PSF seja considerado (por uma das coordenadoras) um programa que *“não está à parte do município”* é coordenado pelo MS, apoiado e gerenciado por parceiros. Para COHN (2006) tem outra lógica, que é a do financiamento segundo as necessidades de saúde da população.

Os problemas apontados pelas coordenadoras foram relativos ao espaço ocupado pelo PSF, visto que uma US do PSF demanda amplo espaço físico e criticaram a jornada de quatro horas dos dentistas da prefeitura no PSF:

...Acho mais difícil trabalhar com esse PSF que tem dentista da prefeitura de quatro horas, do que com os que foram contratados, em função da proposta do PSF. Ele não é contratado pelo PSF, não tem oito horas - trabalha quatro e acaba não participando das reuniões.

Os interlocutores mencionaram a carência de RH frente à demanda elevada. A ESB mencionou que a US era mista, porém a estrutura continuava a mesma. O CG falou do agendamento e das dificuldades para o atendimento.

Para os usuários a lógica é invertida, a busca é realizada pelo programa, com base no identificado pelas equipes (TRAD, 2002).

Os pontos fortes ou experiências de êxito de acordo com as coordenadoras foram: a agilidade na contratação, a transformação do PAC em PSF com um dentista em cada equipe de PSF com SB. Esta foi uma

reivindicação nos três níveis das CSB de 2004. Não só como política, mas como um programa nacional.

A atuação dos ACS garante a eficácia e a eficiência dessa abordagem que, após treinamento onde é usada a técnica da problematização, se capacitam a intervir junto a cada núcleo familiar, buscando a adesão das famílias à proposta. A ESB, envolvida com os demais profissionais da US, assume o papel da orientação humanizada na recepção, no acolhimento da demanda, nas ações educativas (em grupo ou individuais), nas ações preventivas e assistenciais da unidade e no planejamento das ações educativas que realiza na comunidade (SMS, 2006).

FRAZÃO e MARQUES (2006) realizaram estudos antes e depois das orientações desenvolvidas por ACS sobre SB a um grupo de usuárias. Foram captadas mudanças nos conhecimentos de saúde bucal, cujo efeito pode ser atribuído ao trabalho desses agentes nas visitas domiciliares.

Experiências exitosas de unidades do PSF têm mostrado que os fatores de risco a que o indivíduo e/ou família (núcleo social primário) estão expostos, podem ser instrumentos valiosos na organização dos serviços, uma vez que permite garantir um dos princípios do SUS, a equidade.

Os interlocutores consideraram como um avanço o fato de ter um CD em cada equipe de PSF. A ESB chamou atenção para as visitas domiciliares e para o “odonto-bebê”, no qual as crianças são acompanhadas ano a ano. O CG também elogiou as visitas domiciliares, enquanto instrumentos de melhorias na ampliação da expectativa de vida e do controle social.

A descentralização (municipalização) e a consolidação do PSF, como estratégia, foram estudadas em Florianópolis de 1994 a 2000 (CONILL, 2002). Notou-se que a implantação do PSF caminhava adequada ao espaço físico e às pessoas, nas ações curativas, preventivas, e no acompanhamento das prioridades para a atenção a saúde geral.

Para MARQUES (2002), a política de incentivo do MS para a AB vem incrementando a estratégia de trabalho do PSF, que deriva das concepções preconizadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em 1978.

No Brasil em relação à proposta da OMS (de 20.000 habitantes por US) há privilégio, pois em média, há uma UBS para 5424 habitantes (MERHY e FRANCO, 2000). Mas, ARAUJO (2006), em estudo sobre o trabalho do dentista no PSF, dado o perfil dos profissionais, verificou a necessidade de refletir e redirecionar as práticas com monitoramento das ações que desenvolvem.

A vantagem em relação ao aumento dos recursos financeiros e ao instrumental foi bastante citada e deve-se à Portaria GM/MS Nº. 1.444, de 28/12/00 que estabeleceu repasses anuais e incentivo adicional por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

As propostas das coordenadoras concentraram-se na aplicação das diretrizes para o PSF e os interlocutores destacaram a inserção da SB no PSF o que ainda não foi estabelecido em todas as US. A ESB e os CG não apresentaram sugestões.

Com a ampliação dos PSF com SB, a AB ficou fortalecida, pois a estratégia preconizada pelas DPNSB é a da “saúde da família”, que é a base para a organização da atenção básica no SUS conforme o destaque em seu item 8 (MS, 2004a).

A intersetorialidade e o trabalho em equipe necessitam implementação no MSP, como foi mencionada na Ata da 79ª Reunião Ordinária do CMS, pela Coordenadora de Saúde Bucal: *“a linha que propomos é a do cuidado nas UBS e no PSF...”*.

As CSB em 2004, nos níveis federal, estadual (ESP) e municipal (MSP) consideraram o PSF um modelo muito bom no esquema da capacitação do pessoal, atendimento, recursos financeiros, programas, determinação de risco, modelo de atenção, sistema de trabalho e novas tecnologias, com inclusão da SB trabalhando em equipe, referindo-se a utilização do cadastro do PSF para distribuir material de higiene bucal. No entanto, essas CSB não deixaram de ressaltar a necessidade de isonomia salarial, horários de trabalho compatíveis e a realização de concurso público. Esses requisitos não ocorriam no MSP durante o período deste estudo.

Municípios menores, como o de Amparo, no ESP, caminharam à frente, pois com o incentivo do MS, pela Portaria nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, propiciou-se a reorganização da ASB nos municípios. No MSP, por suas características políticas, demográficas e de falta de condições, retardou-se a implantação das equipes aprofundada pela imposição do PAS que afastou o MSP do processo iniciado de desenvolvimento das ações, com vistas aos princípios do SUS.

5.5 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

As coordenadoras denotaram envolvimento e interesse em relação ao tema. Os interlocutores citaram a escassez de recursos e ressentimento em relação à “regulação de vagas” como imposição. No entanto, a ESB afirmou empenho para prestar um bom serviço, ressaltando a necessidade de atendimento do protocolo de procedimentos.

A implantação dos CEO no MSP tem tido dificuldades com infraestrutura e pessoal, além do rigor com os protocolos, enquanto a propaganda dos governos dispõe os produtos do CEO e eles não são oferecidos.

As coordenadoras expressaram que há reduzido número de CEO e carência de recursos oferecidos, indicando problemas em relação à regulação de vagas e, aos protocolos de encaminhamento; e necessidade de verbas de custeio e de contratação de pessoal. Os interlocutores se reportaram aos protocolos de encaminhamento e à “regulação de vagas”, indicando a impossibilidade de operacionalização por falta de espaço adequado e outros recursos, comprometendo assim “os demais atendimentos, como os dos clientes especiais”. A ESB apontou “lista de espera de dois anos” e reforçou a questão de atendimento ao protocolo como uma dificuldade de atuação, inclusive em relação ao usuário que desiste do tratamento. Com isto a imagem do SUS fica prejudicada. Essa

percepção foi corroborada pelo CG que identificou a desorganização dos serviços que gera desânimo. Dada a inflexibilidade surgem horários ociosos nos CEO, o que leva o usuário a inferir que o “*CEO é uma porcaria*”. Esses impasses criam obstáculos.

As coordenadoras destacaram a flexibilidade, o estímulo às especializações dos CD e a implantação do sistema de regulação de vagas, que organiza a agenda para as especialidades no CEO, como positivas. Os interlocutores indicaram a importância de ajustes nos protocolos e de capacitações das equipes para a semiologia. O CG elogiou equipamentos e a realização de PC em escolas e creches.

As propostas se concentraram nos “protocolos”, apontando para acordos, contratos de manutenção de equipamentos e uma melhor negociação em relação às cotas para as próteses com a SMS e o MS e com o número de vagas na “central de regulação”. Os interlocutores não apresentaram propostas. A ESB se reportou aos protocolos de encaminhamentos e o CG indicou a necessidade de integração dos tratamentos relativos à SB com as demais iniciativas de saúde e com a comunidade.

Nota-se um distanciamento entre as coordenadoras e os demais grupos de respondentes, podendo-se inferir uma posição “oficial e formal” das coordenadoras e dificuldades operacionais no campo dos interlocutores e na ESB, que se refletem nos problemas identificados pelo CG.

No MSP os CEO estavam em fase de implantação. Dada à concepção da integralidade na ASB, houve considerações dos sujeitos da pesquisa reforçando propostas dos relatórios das CSB, das DPNSB e das DPMSB e do documento de reunião do CMS, onde à página 7 houve referência de que os CEO foram normatizados pelo MS como parte do Programa Brasil Sorridente com especialidades em odontologia, pela Portaria nº 1570/GM, de 29/07/2004 (MS, 2004b).

O CEO ajudou bastante, acho que ainda tem uma sobrecarga, mas acho que foi um ganho enorme, muitos dos dentes que eu acabava extraíndo a gente não tinha condições de fazer a periodontia e hoje eu vejo que consigo salvar dentes que antes não salvava, ainda – a prótese – eu não estou vendo resultados. Eu acho que deveria ter o quadro completo dos CEO... (ESB).

Assim como nas US, o CEO, segundo as DPMSB de 2006, necessita reconhecer o direito do usuário ao atendimento integral acolhendo-o no que esse nível de atenção possa dar. As DPNSB preconizaram a implantação de Centros de Referências de Especialidades Odontológicas apoiando os municípios a ampliar e qualificar essa oferta de serviços, pois no âmbito do SUS os procedimentos especializados não correspondiam a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (MS, 2004a). A 3ª CNSB também preconizou a implantação dos CEO com o apoio das três esferas do governo, num amadurecimento do modelo de ASB.

As propostas para a organização do acesso às especialidades, à custa de uma central de regulação de vagas, estabelecendo metas de atendimentos e procedimentos, com parâmetros conforme o tipo de trabalho poderia, paulatinamente, equilibrar a demanda.

5.6 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O SI passou a ser uma realidade em construção. Durante a pesquisa o SI estava sendo estruturado, e por ser dinâmico, submetendo-se a ajustes contínuos.

O processo de registros para abastecer o sistema pareceu estar sendo rechaçado pela ESB, pois o pessoal que deveria fazer as anotações mostrava “má vontade”, falta de tempo e de comprometimento com o SI.

Para MONNERAT (2002) grandes transformações vêm ocorrendo desde 1988, com transferência de decisões, funções e recursos para estados e municípios, o que causou indefinições, paulatinamente acertadas. Para LAURANS (2007), o brasileiro terá transparência na palma da mão por

meio da tecnologia da informação e as consultas poderão ser marcadas por este recurso, que estará disponível e sua adoção ao interesse de todos.

A 3ª CESB relatou ser preciso facilitar o acesso ao SI existente, implantá-lo com tratamento estatístico dos dados epidemiológicos para o diagnóstico, controle e planejamento das ações em SB, incluir e disponibilizar dados para o controle social, informações e avaliações de SB nos sistemas gerenciais existentes, que são: Sistema de Informação em Saúde (SIS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação da Gestão da Atenção Básica (SIGAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Deve-se tornar efetiva a comunicação entre US, outros serviços do SUS e a população, para contribuir no diagnóstico, planejamento, controle e avaliação da política de SB (SES, 2004).

A 2ª CMSB mencionou que os meios de comunicação são veículos de informações dos direitos dos cidadãos. A sociedade deve saber sobre a importância da atenção integral à saúde e se capacitar para o controle social, pois a transferência desse conhecimento para a população resgata a cidadania.

As coordenadoras expressaram que acreditam na melhoria do SI, ao passo que os interlocutores denotaram desânimo e ironia em relação ao tema. A ESB encarou as atividades relativas ao SI como imposições. Essa percepção pode ser justificada pela falta do retorno da coordenação sobre as informações. O CG corroborou a percepção de descrédito.

As coordenadoras confirmam a existência do SI, no entanto, avaliam que há complexidade nos instrumentos de coleta. Uma idéia importante é a da necessidade do SI para o acompanhamento dos programas e diminuir conflitos. Outro problema é o da convivência entre sistemas antigos e novos e da visão de que o sistema focaliza os procedimentos. A falta de manuais de orientações para preenchimento dos mapas está levando a distorções nos registros dos dados, como também ao desestímulo por não haver um retorno com discussões das informações.

Para RONCALLI (2000), os registros dos dados de acesso nos serviços de SB no Brasil, possuem "contaminações", por serem realizados

de modos diferentes, o que dificulta qualquer análise para planejamento. O que ficou evidente neste estudo no MSP.

Os interlocutores enfatizaram a necessidade do retorno das informações para “*contribuir com o planejamento*”. No entanto, verificou-se também a resistência para os preenchimentos de dados e a descrença em relação às informações na avaliação do trabalho dos profissionais. A ESB apontou falhas no sistema de comunicação e retratou a imagem do tamanho exagerado do mapa de procedimentos. O CG relatou a falta de comunicação, de informações e da pouca importância da Saúde Bucal nas reuniões “*a saúde bucal não entra na pauta das reuniões*”. Uma visão comum aos respondentes é a da extensão do instrumento e da resistência ao seu preenchimento. Pareceu relevante a percepção de não associar aos relatórios o repasse de verbas. Foi geral a percepção da falta do retorno das informações.

As respostas se mostraram coerentes com a problemática levantada e podem ser resumidas como segue:

- Implantação do sistema de informações, com treinamentos e simplificação dos instrumentos de coleta;
- Disponibilização de tempo adequado para preenchimento pelos profissionais;
- Retorno das informações sob forma de comunicados e reuniões de avaliação;
- Ligação do sistema de informações com a gestão de orçamento;
- Outras formas de coleta de informações sobre o desempenho e qualidade, com ouvidorias eficientes.

De acordo com CASTELLS (2006), o SI muda a forma de trabalhar, padroniza e tornam eficientes e produtivas as organizações, o que contribuirá para possíveis melhorias na gestão da ASB no MSP.

Para as DPNSB, na organização de um modelo de atenção é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com criação de fluxos que impliquem em

ações resolutivas pelas equipes de saúde ao acolher, informar, atender e encaminhar (SMS, 2006), onde o apoio do SI integrado é importante.

Para as DPNSB (MS, 2004a) é preciso utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento das ações, precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença. A abordagem familiar e as relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde devem ser acompanhadas, bem como o impacto das ações de saúde bucal, por indicadores adequados, sob registros fáceis, confiáveis e contínuos. Na atuação da Vigilância à Saúde, é preciso incorporar práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território (MS, 2004a). Há indícios de que a SMS no MSP está utilizando alguns desses dados, pois pedem o registro sistemático de muitos deles, o que pode ser alvo de futuros estudos a respeito e criação de novos e adequados indicadores para os monitoramentos.

Para as DPMSB, o SI e os seus instrumentos (fichas, cadastros, boletins, equipamentos) complementam as ações e serviços de SB tornando possível a avaliação permanente dessas atividades. Os profissionais da área de SB devem ter informações sobre os usuários e as famílias para planejar e organizar seu trabalho. Os demais profissionais necessitam conhecer as de SB para compartilhar essas informações. Dados e informações atualizadas sobre cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, lesões lábio palatinas, câncer bucal, fluorose dentária e uso e necessidade de prótese devem ser produzidos periodicamente, de modo a monitorar o perfil epidemiológico bucal da população-alvo para a tomada de decisões (SMS, 2006). Para tanto deve existir um registro cuidadoso dos dados.

A falta de padrões não permite o intercâmbio de dados entre os serviços e o SI, nem a alimentação automática do mesmo. É fundamental que a Política de Informação e Informática em Saúde orientem o processo de informatização do trabalho em saúde, gerando automaticamente os registros eletrônicos para os Sistemas de Informação de Saúde (SIS).

Informações dos dados de qualidade revelam a realidade dos serviços, ações de saúde e situação de saúde da população, evidenciando vantagens, problemas e prioridades para definir os investimentos. As avaliações em saúde permitem correções de trajetória e têm papel fundamental na capacitação de recursos humanos e na democratização do conhecimento (MS, 2003).

Desde dezembro de 2003, a 12ª CNS deliberou sobre a implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo.

O SI está em fase de implantação no MSP com mudanças significativas mal assimiladas, necessitando de retornos sobre os dados, e de uma sistematização diária e irreversível dos registros, para a fidedignidade necessária dos mesmos e sua utilização no planejamento.

5.7 RELAÇÕES COM OUTRAS SECRETARIAS

Nas relações com outras secretarias as que mais se destacaram foram com as secretarias da educação municipal e estadual, com o intuito de realizar os PC preconizados pelas diretrizes municipais e nacionais. E que NARVAI (2006) considera terem dupla pretensão: a de “desodontologizar” a saúde bucal e a de assegurar acesso aos cuidados odontológicos de que todos necessitam como um direito humano.

Para que essas ações se realizem o deslocamento dos profissionais e materiais para as atividades se constituem para o MSP, num desafio a ser solucionado, bem como a falta de apoio dos gestores e professores das escolas. Fora isso há também o despreparo pedagógico do pessoal da saúde para essa tarefa, embora alguns dos participantes desta pesquisa afirmassem gostar de desenvolver essas ações.

Os interlocutores denotaram “angústia” por serem cobrados para a execução dessas ações, visto que há dificuldades para isso, como falta de

materiais, descrédito e pouca receptividade nas escolas, além do escasso apoio logístico para o transporte de profissionais e materiais.

Na ESB a posição foi contraditória em relação à aceitação da atividade apontada como imposição, ao mesmo tempo em que se identificou a aceitação ao realizá-la (“*gosto da coisa*”).

O CG expressou que existem diferenças entre as secretarias.

As coordenadoras expressaram a existência de relacionamentos com outras secretarias, embora ressentindo certo isolamento, falta de integração e de relacionamento entre as áreas da saúde e da educação. Consideraram o projeto ambicioso e se aborreciam com a falta de recursos. Um dos problemas citados foi o da merenda, considerada cariogênica, e com os reflexos sentidos até aquele momento pela ruptura dos programas em andamento, ocasionada desde a época do PAS.

Os interlocutores consideraram a área da educação como parceira. Entretanto, verificou-se carência de recursos e de acordos de cooperação entre os diretores das secretarias de saúde e da educação, e a falta de recursos humanos, impactando na prestação de serviços.

A ESB, responsável pela operacionalização das relações, indicou ausência de acolhimento da direção das escolas nas dependências das suas áreas físicas, assim como de adesão das pessoas. A falta de material e a necessidade de atuação conjunta com as escolas, inclusive nas merendas ofertadas, também foram citadas.

O CG não identificou parcerias entre as secretarias, sugerindo a necessidade de mais ações conjuntas de intervenção e de comunicação.

A SMS no MSP tinha relações com outras secretarias e em especial com a SME e Secretaria do Abastecimento. As atividades da última foram transferidas para a Secretaria Municipal de Gestão pelo Decreto 45.683 de 01 de janeiro 2005²⁸. A merenda escolar anteriormente gerenciada pela Coordenadoria de Alimentação e Suprimentos passou a ser coordenada pelo

²⁸ Fonte: PMSP. [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/seguranca_urbana/guarda_civil/legislacao/decretos/0048

Departamento de Merenda Escolar (DME) na Secretaria Municipal de Gestão (SMG). Interessante o fato de que nenhum dos participantes da pesquisa mencionou esse decreto. O conhecimento do espaço físico, recursos disponíveis, qualidade e natureza da merenda e produtos comercializados em cantinas são necessários para a gestão e organização da ASB.

Para WIMMER e FIGUEIREDO (2006) as práticas de trabalho intersetorial e transdisciplinar no PSF e PACS e as ações coletivas, com o objetivo de fortalecer a autonomia dos sujeitos e o exercício político, contribuem para a melhora da qualidade de vida da população. É preciso integração para que o sistema funcione e atinja equilíbrio e harmonia.

LEATT (2000) propôs um sistema integrado, resumido e adaptado a este trabalho, onde o usuário:

1. Não necessite repetir sua história a cada retorno.
2. Não precise se submeter a exames inúteis repetidas vezes.
3. Não seja a única fonte a informar o profissional
4. Não receba um nível de atenção, devido à falta do nível adequado.
5. Disponha de 24 horas de acesso a serviços da Atenção Básica.
6. Sejam informados da assistência, resultados e terapêutica.
7. Tenha acesso aos resultados dos exames, profissionais e serviços.
8. Tenha disponibilidade de consultas do 1º nível de atenção.
9. Seja contatado para prevenir complicações de problemas crônicos.
10. Receba apoio domiciliar para o auto-cuidado (autonomia).

Tudo isso interligado permite segundo HARTZ (2004) que haja integração em saúde, ou seja: 1) integração clínica, 2) integração funcional, 3) integração normativa, e 4) integração sistêmica. Para tanto o MSP está a caminho e pode refletir com todos os níveis a esse respeito, para a efetivação dessas práticas.

Para HARTZ (2004) o conceito da integralidade remete-se ao da integração dos serviços, onde a interdependência de atores e organizações complementa-se nos diversos ciclos de vida da população, com coordenação, cooperação e gestão eficiente e responsável dos recursos

coletivos. Num sistema sem muros e barreiras de acesso entre os diversos níveis, com ligações virtuais entre si, pode-se ultrapassar até os limites do município, do público e do privado, para ampliar oportunidades, mesmo com dificuldades de efetiva implantação, mas possível. Ao mapear a área, se não houver o recurso necessário, verificar onde buscá-lo, para disponibilizá-lo a quem procura e precisa dele. A esse respeito se pode lembrar, no MSP, a campanha do diagnóstico precoce de câncer junto à vacinação dos idosos em que os interlocutores e ESB (sujeitos da pesquisa) relataram as dificuldades de encaminhamentos embora tudo estivesse desenhado conforme a coordenação afirmou.

As coordenadoras citaram o diagnóstico do risco de cárie. A ESB identificou as escolas de educação infantil como mais acessíveis e o CG mencionou os projetos das faculdades como relevantes na aproximação das US e escolas. Percebeu-se que nas escolas infantis, devido ao planejamento escolar, o acolhimento para os PC é flexível, enquanto que nas escolas de ensino fundamental, devido à falta de entrosamento e de planejamento dos espaços e horários para as ações, o trabalho não flui.

As faculdades têm papel importante na aproximação com as US e devem incentivar seus alunos a participarem com os profissionais dos PC coordenados pelas US, pois para NARVAI (2006) é preciso preparar profissionais comprometidos com o SUS, e a 3ª CNSB afirmou que a formação atual não está orientada nesse sentido.

A proposta realizada pela ESB foi de que com maior adesão e participação da comunidade poderá haver mais realizações. Essa proposta remete ao próprio sistema de participação que, por sua vez, deve orientar as políticas públicas das Prefeituras, e não só na saúde e no MSP.

Sugere-se que as associações de pais e mestres junto aos CG reivindiquem escovódromos e agenda para realizar os PC sob um controle social efetivo. As DPMSB preconizam a incorporação de programas abrangentes e intersetoriais (em sua introdução) em acordo com o princípio constitucional da intersectorialidade, que aumenta o potencial de resolutividade com qualidade e humanização das práticas, e propõe alianças

com as áreas de: saneamento, educação, serviço social, cultura e transporte (MS, 2004a).

Para PUCCA (2005), o pressuposto é a intersetorialidade que, por seu potencial de resolutividade, possibilita o aparecimento do vínculo da confiança, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas:

- 1º Alterando o modo de trabalhar (interdisciplinar e multiprofissional).
- 2º Com a integralidade da atenção
- 3º Com a intersetorialidade
- 4º Com a ampliação e qualificação da assistência
- 5º Com a interação nas condições de trabalho.

Para isso deve-se qualificar a atenção básica, assegurar integralidade das ações, utilizar a epidemiologia e as informações do território para subsidiar o planejamento, alinhar-se a vigilância em saúde e financiar as pesquisas científicas. O que não difere muito do que a Rede Cedros propunha em 1992, e mesmo AROUCA (1986), quando comparava os serviços como reprodutores de desigualdades regionais e sociais. Os resultados deste trabalho indicaram que essas desigualdades se reproduzem. No entanto, os princípios do SUS oferecem amparo para uma mudança de conceitos. Para que as competências e atribuições diminuam as desigualdades, diferenças e conflitos de interesses, com os objetivos e metas para a ASB no MSP.

Conforme TANAKA (1999) com a formação de gestores locais poder-se-ia articular de modo inovador os problemas e as necessidades de saúde, assim como implementar propostas de intervenções (com avaliações).

A atuação da ESB não se limita ao campo biológico, e deve interagir com outras áreas, para efetuar trocas, e estar junto na integralidade da atenção.

As relações devem ocorrer intra US e inter secretarias. Nas CSB encontram-se propostas intersetoriais desde a primeira rodada (em 1986) até a última (em 2004), onde se propõe: ações, modelos, políticas, ,

programas e projetos, bem como formar comissões a respeito da intersectorialidade.

No final do período do ano letivo escolar é realizada a consolidação das informações dos procedimentos realizados com cálculos de indicadores de cobertura (SMS, 2006). Os PC devem ser ampliados mediante planejamento com mapeamento da área, que pode ser estendida além de espaços escolares abarcando a comunidade e não apenas nos espaços que acolhem ou que são mais simpáticos. O critério não pode ser esse, e sim o do comprometimento com os procedimentos que reduzirão muitas necessidades. Não pode haver jogo de poder entre as secretarias conforme o CG afirma, em que a SME quer ter mais poder que a SMS, sem integração.

Em consequência, os profissionais da ESB devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, e transporte, entre outras (MS, 2004a).

A promoção da saúde seria mais efetiva se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estivessem envolvidos. O fato implica em comprometer no planejamento os setores que influem na saúde humana: educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura, assistência social e outros (MS, 2004a).

As DPMSB (2006) afirmaram que o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde implica em um conjunto de medidas que não são exclusivas da área da saúde, havendo o envolvimento de outros setores que caracterizam as ações intersectoriais. As ações podem ser desenvolvidas por organizações comunitárias formais e informais para em conjunto dar solução aos problemas de saúde. Assim sendo, há estímulo por parte da SMS à ação intersectorial, com participação e controle social, estímulo à educação permanente dos profissionais e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação, conforme os princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

5.8 PARCERIAS

As coordenadoras tiveram um posicionamento de entusiasmo e de proximidade ao assunto, embora tenham surgido dúvidas e insegurança a respeito. O nível de “direção” ressaltou que as universidades têm interesse nesses acordos, pois necessitam de casos para estudo ou mesmo para a prática cirúrgica e espaços para estágios na formação dos futuros profissionais de saúde, logo essa aproximação é de suma importância para ambos. Conforme a 1ª, 2ª e 3ª CESB é importante e essencial também para os técnicos, para o intercâmbio entre IES, serviços, pesquisa e extensão (em todos os níveis de atenção), para capacitação e produção voltada para a realidade. A 3ª CNSB afirma que as parcerias potencializariam os serviços de SB existentes nas universidades. Na 1ª e 2ª CMSB assinalou-se a necessidade de capacitação, de ações intersetoriais do governo e das instituições de ensino superior (IES). A constituição de Centros de Formação e Capacitação para a ESB, no sentido de superar falhas na formação profissional está inserida nas propostas de educação permanente.

Parcerias que se completam são saudáveis e foram ressaltadas as que permitem referenciar os usuários para níveis de atenção para os quais o sistema ainda não está preparado ou nem precisaria. Outras parcerias, com associações de classe (dentistas, protéticos e outras), podem contribuir nesse sentido. Percebeu-se que SMS no MSP está realizando acordos, para os quais é importante a formalização para que não fique na “boa vontade” com privilégios de pessoas e espaços específicos.

Sobre o tema os interlocutores apresentaram-se com posicionamento paradoxal, para uns é “bacana” e relevante e para outros o assunto provoca “dores de estômago, chororó e rixas”, levando-os até a querer “arrancar os cabelos”. Afirmaram que não há capacitação para lidar com as parcerias e vice e versa, e que nesse contexto o usuário é o que menos importa. A ESB manifestou angústia, impotência, indignação e descontentamento, embora

denotando apropriação sobre o tema. O CG expressou-se com ironia, risos e descrédito.

Uma coordenadora relatou a evolução histórica das parcerias, que segundo ela, já ocorriam há cerca de nove anos.

Os interlocutores centralizaram o tema em torno da relevância das parcerias na instalação de equipamentos e cursos de capacitação. Por outro lado mostraram-se apreensivos quanto à atuação do parceiro que para eles deveria estar sob suspeita, pois têm muita autonomia.

A ESB confirmou a existência de parceiros, e afirmou não conhecer outros acordos (só com o ensino e com associações). Relataram que os pontos positivos são as verbas extras que entram e que os pontos negativos seriam as diferenças de salários da equipe e recursos distintos.

O CG ponderou que não há estratégia na utilização das parcerias.

Dentre as citações das coordenadoras salientaram-se como problemas as dificuldades para estabelecer contatos com os parceiros. O que fica evidente com os interlocutores que afirmaram que não há conversa entre PSF e SMS. Foi citado que auditorias seriam necessárias. Com relação ao cumprimento das diretrizes pelos parceiros parece que não há cobrança e que tudo fica nas mãos deles [o que requer atenção]. Para a ESB, os problemas consistem nos acordos informais, na falta de integração, na ausência de isonomia salarial e em dificuldades com a infra-estrutura e capacitação. O CG nada disse de problemas a respeito do assunto.

As coordenadoras relataram que muitos pactos informais auxiliam e permitem atendimentos mais resolutivos. Devido às parcerias houve modificações nos currículos das faculdades para trabalho multidisciplinar.

Os interlocutores afirmaram que há parceiros que auxiliaram comprando instrumental. E, também, que existem escolas para técnicos em prótese que resolvem problemas relativos à especialidade, numa parceria que tem a característica do “ganha-ganha”.

Nem ESB e nem CG indicaram pistas de êxito com as parcerias.

As coordenadoras consideraram que as possibilidades de estágios, promoção e educação em saúde podem se utilizar dessa modalidade que é

recomendado pelas DPNSB e DPMSB. Os interlocutores nada propuseram a esse respeito. A ESB efetuou proposta no sentido de que o usuário deve ir a IES para conseguir o tratamento. E a proposta do CG é a de que *o melhor plano de saúde é o SUS (é preciso colocar em prática) e a Santa Casa é a mãe (pega todo mundo)*.

Considerou-se conforme COHN (2006) que em políticas de saúde não se pode pensar em dicotomias [e sim em parcerias]. Na rede de vínculos, surgem os programas de promoção da saúde baseadas no conceito de interdisciplinaridade, como forma de trabalhar, de governar, de construir políticas públicas com parcerias entre diversas áreas. No Brasil, a partir da década de 1990, houve um reordenamento das políticas públicas que introduziram a saúde nas agendas de todos os níveis governamentais.

As parcerias se materializam na identificação de casos a serem encaminhados às US ou aos serviços especializados, num sistema de referência e contra-referência (DPNSB e DPMSB).

Nas parcerias reúnem-se recursos, transferem-se conhecimentos, dividem-se dificuldades, congregam-se os pontos fortes de cada um para equilibrar o sistema. No caso das instituições de ensino superior há um mutualismo de interesses nas parcerias, onde de um lado o serviço oferece subsídios para as pesquisas e do outro a instituição oferece os conhecimentos, otimizando recursos de todos os tipos.

5.9 PROGRAMAS ESPECIAIS

A 3ª CNSB referencia a SB voltada aos povos indígenas e quilombolas em oito itens. Na parte 1 do relatório, sobre a Educação e Construção da Cidadania, o item 53, apresenta o Dia Nacional de Saúde Bucal em outubro com participação do pessoal da SB (CD, ACD, THD, ACS), incluindo o agente indígena de saúde (p.16). O item 72 propõe a capacitação dos profissionais e auxiliares da rede, professores, agentes indígenas e

profissionais de outras áreas para desenvolverem ações educativas e preventivas relacionadas à SB (p.18). Na parte 2 (Controle Social, Gestão Participativa e SB), no item 21 propõe-se criar e manter fóruns de SB indígena nos Conselhos de Saúde (CS), nas três esferas de governo, com representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de assentamentos rurais e de quilombolas, para a participação nas CSB (p.23). O item 27 (p.24) refere-se ao controle social, com autonomia política e financeira dos CS em relação ao poder executivo, incluindo os conselhos dos DSEI. Na parte 4 (Financiamento e organização da ASB) são citadas propostas referentes às populações especiais. No item 14, reinstitui-se o “PAB eqüitativo”, situacional e orientado a resultados e adota-se como critério, a cobertura de grupos vulneráveis e especiais, incluindo indígenas, idosos e portadores de deficiências, doenças crônico-degenerativas e necessidades especiais (p.48). No item 39, da mesma parte, recomenda-se integrar as ações das US e das escolas, incluindo as comunidades indígenas, quilombolas e assentamentos rurais, implantando uma política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre os hábitos alimentares, hábitos orais e preservação ambiental (p.64). A proposta também foi acatada por NARVAI (2006). No item 48 foi recomendado implementar ações de SB junto às populações indígenas e remanescentes de quilombos, após discussão com as suas organizações, estabelecendo programas de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, respeitando as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo indígena ou quilombola. No item 49 da mesma parte recomenda-se a realização de pactos entre prefeituras, organizações sociais e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a melhoria dos serviços odontológicos prestados à população indígena (p. 65).

Todos os sujeitos da pesquisa mostraram pouco conhecimento sobre o assunto, sendo que as posturas variaram desde envolvimento, animação, flexibilidade e acolhimento ao tema até desinteresse e irritação. Devido ao fato do assunto ter sido apresentado de modo amplo, as discussões

percorreram vários programas, incluindo a intenção da questão que era sobre os programas destinados às populações especiais.

A existência de grupos regulares nas US que se confundem com outros programas e com os especiais foram as idéias predominantes. Em decorrência muitas foram as citações, como: “mãe paulistana”, indígenas, vigilância à saúde, programas regulares das US; reabilitação neuro oclusal, projeto “cárie zero” e ainda foram lembrados os de áreas específicas, como: lesões neoplásicas, DST, AIDS, álcool e drogas, grupos de gestantes, diabéticos e hipertensos, diagnóstico precoce e prevenção ao câncer bucal.

Os interlocutores citaram cadernos com orientações ao atendimento dos grupos de gestantes e doentes crônicos e também que os programas especiais ocupam um espaço prioritário na direção das unidades, onde a odontologia ocupa um lugar secundário.

Relativo ao atendimento básico a estes grupos, pareceu consenso que pode ser realizado nas US, de modo universal e que se torna imprescindível o conhecimento do perfil epidemiológico das doenças bucais das populações por vezes excluídas de cuidados básicos em atenção integral à saúde, incluindo indígenas e quilombolas (FRATUCCI, 2002; NARVAI, 2006).

Em se tratando dos indígenas, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) dá o apoio para essas populações e garantia para sua integridade, com tênue relacionamento com as coordenações de SB.

O CG relatou que houve falta de divulgação desse assunto para os conselheiros, o que também ocorreu constantemente com outros temas.

Como experiências positivas foram citadas pelas coordenadoras a parceria com a FUNAI, o programa de diagnóstico precoce e prevenção ao câncer bucal, além de ações educativas em aldeia indígena onde uma THD realiza procedimentos educativos coletivos, utilizando técnicas teatrais. Também indicaram a sedação de clientes especiais, capacitação de CD sobre a anemia falciforme, programa “mãe paulistana”, DST/AIDS, atividades lúdicas e físicas (capoeira, alongamento, caminhada), arte/artesanato (trabalhos manuais e pinturas), orientações dos cuidados

que a mãe deve ter com a criança. Somente as coordenadoras fizeram propostas: de integrar os programas ao “Nascendo e crescendo com saúde bucal”, inserção dos CD nos grupos de gestantes e atendimento à criança e ao bebê no manual de saúde da criança,

5.10 USO DO FLÚOR

Com respeito ao Flúor, BUZALAF et al. (2006) realizaram pesquisa nas cidades de Bauru e de Marília e relataram em seus resultados as dificuldades para que os sujeitos abordassem o tema [também ocorreu neste trabalho], o que parece incongruente dada à relevância que tem.

BLEICHER e FROTA (2006), no estado do Ceará, não encontraram indícios de participação efetiva da sociedade em relação ao tema, ficando este restrito aos meios técnicos da fluoretação da água.

Para KALAMATIANOS E NARVAI (2006) o Flúor tem sido empregado para prevenir cárie dentária, principalmente em águas de abastecimento e dentifrícios. O efeito indesejável, a fluorose dentária leve, tem suscitado preocupações entre especialistas, admitindo-se que seria apropriado o emprego do Flúor, pois seu benefício seria maior do que o malefício mínimo.

As coordenadoras falaram mais sobre este assunto. Os interlocutores evitaram o tema remetendo a conversa para o documento com as recomendações sobre o uso do Flúor que está nas diretrizes DPMSB (alegando também que; *“há referências em apostilas para concursos da área”*). Os representantes das ESB mostraram-se distantes e com menos interesse pelo tema. O CG pouco falou a respeito.

Mencionaram que a fluoroterapia depende do risco de cárie e que as crianças com necessidade de tratamento são encaminhadas para as UBS:

“Quando se faz o rastreamento nas escolas já se faz um rastreamento de risco de cárie, ela já entra na ação coletiva de forma diferenciada porque um grande número de crianças vai receber só a escovação supervisionada e a educação em saúde. Aquelas que têm médio risco, ela tem mancha branca ativa, etc e tal, vai receber a fluoroterapia conforme

risco de cárie, etc, e isso já é feito coletivamente certo, e quando ela tem necessidade de tratamento, ela teria que ser encaminhada para a UBS e se organizar uma agenda e aí cada unidade planeja conforme a sua capacidade, quarenta por cento das vagas das unidades é para atender crianças de modo geral, incluindo essas” (C1).

Surgiram considerações sobre a vigilância do Flúor, com idéias sobre o controle de sua aplicação na água, e nos dentifrícios.

Uma das coordenadoras afirmou que o controle do Flúor é papel da COVISA e ANVISA, enquanto a área técnica tem que fazer o sistema funcionar:

“... a água do município de São Paulo, tranqüilamente, a SABESP fluoreta e fluoreta nos níveis normais, tá certo? Então a nossa vigilância seria só para garantir isso e isso a gente sabe que está sendo feito” (C2).

As coordenadoras fizeram declarações com diferentes opiniões e equívocos sobre o heterocontrole: se estava sendo realizado pela CETESB, ou se não estava ocorrendo ou se fazia parte do projeto Pró-Água com a COVISA, o que demonstrou certa confusão.

É preciso salientar ser necessário conhecer o teor de Flúor e monitorar a SABESP, verificando se os teores estão dentro de parâmetros aceitáveis, como vinha ocorrendo desde o início do governo de Luiza Erundina de Sousa (1989-1992), quando o heterocontrole foi implantado no MSP.

FRIAS et al. (2006) salientaram o baixo custo da adequada fluoretação das águas de abastecimento após 20 anos de sua implantação no MSP e o benefício gerado evitando procedimentos clínico-cirúrgicos e que faz parte da gestão da ASB.

Verificou-se que há muito desconhecimento (principalmente) dos (I, ESB e CG) e depoimentos divergentes (Coordenadoras) sobre as duas primeiras questões abordadas no tema do Flúor, que incluíam se existia a vigilância na água de abastecimento público (heterocontrole), e a vigilância do creme dental e outros produtos, ainda que a ESB tenha afirmado que no âmbito de suas US não era realizado o heterocontrole. Em relação aos critérios para aplicação tópica do flúor individual e coletivamente, o depoimento da Coordenação, interlocutores e ESB foram unânicos em

mencionar que os mesmos estão contemplados nas DPMSB e são aplicados durante o rastreamento que é feito nas escolas para identificar crianças com risco de cárie. Percebeu-se também o interesse da Coordenação nessa vigilância a partir de um pronunciamento sobre recente comunicado para os médicos para que eles não mais receitassem poli-vitamínicos que tivessem Flúor. Para o CG a comunidade sabe que Flúor é importante: *Sabe, sabe!* [a comunidade tem conhecimento sobre a importância da aplicação de Flúor].

Há falta de comunicação sobre a realização do heterocontrole da presença de Flúor em dose adequada na água de abastecimento público, como o expresso por uma coordenadora:

Foi até muito bom você tocar nesse assunto, porque é uma coisa que eu realmente... tô deixando passar, sem controle

A região tem a água fluoretada, onde se trabalha com a técnica de escovação com creme dental em quantidade adequada e avaliação de risco para o Flúor tópico utilizando os protocolos das DPMSB, de acordo com duas coordenadoras:

Assim, creme dental, a gente tem utilizado a técnica... transversal ou a técnica da tampa pra crianças menores de 4 anos, isso a gente... Todos têm conhecimento disso. Aplicação tópica de Flúor, só pra os D, E e F, a fluoroterapia. Então a gente tem utilizado mesmo os protocolos, seguido os protocolos da aplicação de Flúor. (C3)

Não temos área que não tenha fluoretação de água na minha região (C4).

Restabelecer ações coletivas com creme dental com Flúor para as crianças e fluoroterapia conforme o risco de cárie foi proposto por uma das coordenadoras:

Mais emergencial no município é restabelecer, a prioridade foi essa, restabelecer as ações coletivas, fazer o creme dental chegar para as crianças, com Flúor, implantar a fluoroterapia conforme o risco de cárie (é importante para o município fazer tudo isso) (C2).

Orientação sobre o uso da água de abastecimento público fluoretada, também foi sugerido por uma das coordenadoras:

Então a gente fazia a orientação em relação a isso, que eles tinham que aproveitar a água da torneira de alguma maneira, fervendo para fazer a mamadeira do leite, que eles tinham que fazer suco, alguma coisa, de alguma maneira (C3).

Assim sendo, de acordo com RAMIRES (2007), pode-se afirmar que a água de abastecimento é considerada a medida de maior impacto e alcance para a redução da doença cárie, sendo uma, de mais amplo uso na promoção de saúde com vistas à saúde bucal (NARVAI, 1998; FRIAS et al. 2006). Garantir acesso à água tratada e fluoretada foi salientado na 2ª CMSB (2004) ainda que a implantação da fluoretação conste das propostas de todas as CSB e nas DPNSB (2004), preconiza-se garantir teores adequados nos termos da Lei 6.050 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis.

5.11 MATERIAL DE HIGIENE BUCAL

A SMS utiliza em seus programas regulares: escovas, creme dental e mais raramente o fio dental.

Ao responderem sobre o tema as coordenadoras apresentaram justificativas e confirmações da necessidade de oferecer o material às crianças.

Os interlocutores em suas posições riram e defenderam a necessidade de critério social na distribuição desses produtos.

A ESB ao tocar no assunto mostrou-se inconformada, pois havia dificuldades com os PC por falta desses materiais. Os participantes da ESB apresentaram-se com dúvidas a respeito e consideraram que as sobras poderiam ser utilizadas na UBS.

O CG desconhecia a entrega sistemática do material de higiene bucal, pois somente um deles teve contato quando em sua região utilizaram esse material em evento escolar com palestra de CD.

A idéia central que sobressaiu no tema foi a de uma coordenadora que citou famílias com uma escova familiar. Outras menções foram as de que não se deve dar um tubo de dentifrício na mão das crianças, pelo perigo da ingestão, pois este dá para 30 escovações, e a da falta do fio dental no *kit*

para trabalhar com educação, orientação e escovação supervisionada (*como falar de higiene e não distribuir fio dental?*). Seria interessante ressaltar que já em 1986, a 1ª CESB, propunha caracterizar materiais e medicamentos odontológicos como não-cosméticos, facilitando o acesso a estes materiais indispensáveis para a manutenção da saúde. No entanto, existe a Portaria nº. 97/MS/SVS de 1996 [considerando a multiplicidade de tipos de escovas dentais comercializadas no Brasil e a necessidade de fixar requisitos básicos para a fabricação, comercialização e controle sanitário desses produtos], porém outras investigações e propostas seriam necessárias em futuros estudos para verificar a possibilidade de acesso a todos esses materiais e equipamentos.

Os interlocutores confirmaram que o fio dental não é oferecido, somente é usado na UBS para demonstrações. Comentaram que há distribuição de escovas e cremes dentais, mas em quantidade insuficiente, no entanto há referência a utilização de sobras nas US.

A ESB afirmou existir programa de distribuição de escova e creme dental em escolas e grupos preventivos de algumas US. Contudo o material chega atrasado e as escovas são infantis, mas “quando há sobras” se oferece a escova ao final do tratamento.

O CG desconhecia a distribuição de material de higiene bucal.

As coordenadoras citaram que é preciso distribuir o material, e que a orientação é insuficiente. Disseram também que a SMS compra o material para a higiene bucal, porém a SME assumiu a compra e não o fez, e os escolares ficaram sem o material. Também foi enfatizado que o creme dental com Flúor não deve ser distribuído sem controle.

Os interlocutores insistiram em ressaltar a quantidade insuficiente de material de higiene bucal. A ESB considerou que as escovas são infantis e somente o que sobra das escolas pode ser distribuído nas UBS, não existindo material específico para os grupos. Mencionaram problemas de abastecimento, de logística e de adequação dos materiais quanto a modelos e quantidades.

O CG disse desconhecer o assunto e que: *nem o tratamento existe quanto mais o fio dental!* E que em algumas unidades existe a necessidade do cliente levar toalhinha e escova dental.

As coordenadoras disseram que o material não tem faltado e que não há problemas nas UBS e escolas. A ESB afirmou que sempre teve na UBS (escova e creme dental na “padronizada”). Os grupos de interlocutores e do CG não citaram nenhuma experiência do tipo.

Segundo as coordenadoras seria interessante produzir e usar material educativo para motivar sobre o tema. A ESB fez a proposta de que o material de higiene bucal deveria ser entregue antes de iniciar o tratamento, quando se deveria ensinar a técnica de escovação.

A escova dental é um instrumento mecânico utilizado para realizar a higiene bucal, composta por cabeça, pescoço, cabo ou encaixes especiais. SALES-PERES (2006) recomenda ser estabelecido um protocolo de ações em relação à administração, acondicionamento e distribuição dos materiais de higiene bucal para as ações coletivas realizadas nos espaços sociais e de extrema importância para o sucesso de programas de saúde dentro do SUS. Interessante seria que os custos desses produtos diminuíssem para o consumidor privado e para os Sistemas Locais de Saúde (SES, 1995a).

A garantia de insumos necessários para o desenvolvimento de PC nas UBS e em todos os espaços sociais onde estes se desenvolvam foi proposta também pela 2ª CMSB em 2004. A freqüente e cuidadosa escovação dos dentes e o uso de fio dental ajudam a prevenir o acúmulo de bio-filme, placas e tártaro, os quais podem ocasionar cárie ou doença periodontal que vai acarretar aumento da demanda por assistência.

5.12 DPNSB

Nas DPNSB conforme BARTOLE (2006) determinam-se parâmetros como: dignidade no trabalho dos profissionais e respeito para com os usuários, normas de biossegurança e qualidade nos serviços prestados a serem pactuados entre prestadores e a gestão. O que é preciso transpor na atualização das DPMSB.

Também se deve salientar o já proposto em 1986 na 1ª CNSB e que as DPNSB reeditaram, que é a questão dos cuidados e da possível mudança de hábitos buscando saúde e equilíbrio emocional, portanto “não se trata de novidade das diretrizes nacionais e municipais”, como afirmou uma das coordenadoras.

As DPNSB se apóiam em outras questões setoriais, conforme BARTOLE (2006), que afirma estar essa diretriz atrelada ao Programa Fome Zero com impacto positivo na saúde e saúde bucal dos brasileiros.

E GARCIA (2006) espera que o lugar relevante que a saúde bucal atingiu no MS com as DPNSB possa se sustentar, com o apoio dos atores que participaram de sua formulação. Entretanto, MATTOS (1999) diverge, pois as políticas públicas são as respostas do Estado às demandas da sociedade.

ARAUJO (2006) afirmou que há necessidade de rever a formação dos profissionais nas faculdades de odontologia do Brasil, preparando-os para as reais necessidades de saúde bucal da população, sob políticas públicas de saúde e princípios do SUS, respeitando a Lei de Diretrizes e Bases. Para tanto os docentes deveriam passar por um processo de revisão de conceitos pedagógicos, em que o aluno fosse um agente ativo, com condições de criticar a prática profissional.

As posturas dos respondentes sobre o tema não foram relevantes devido ao desconhecimento destes sobre as DPNSB. As idéias centrais das coordenadoras reportaram-se às administrações anteriores, a disponibilidades das diretrizes na *Internet* e a história dessas diretrizes.

A percepção dos interlocutores denotou falta de entendimento sobre o assunto, dada à preponderância das diretrizes municipais, à dificuldade de consultas ao documento *on line* e à necessidade de aprendizagem contínua.

A ESB não apresentou idéias centrais e o CG declarou que recebeu as diretrizes, porém ainda não tinha efetuado a leitura.

Para os itens problemas, êxitos e propostas não houve considerações.

A partir do estudo de GARCIA (2006) pode-se afirmar que em relação às DPNSB houve a participação significativa da sociedade no processo. A entrada da saúde bucal no PSF fortaleceu essa construção. Na formulação da PNSB (Brasil Sorridente) houve a participação de um grupo de profissionais da saúde e da saúde bucal, com compromisso com o movimento sanitário. A condução do processo de formulação foi toda do MS. Na construção da PNSB, o poder veio de fora, com um grupo articulando o projeto de política da saúde bucal no projeto da saúde, dentro do governo. A característica da PNSB possui uma base técnica de conexão com o SUS e a SB ocupa hoje um lugar de relevância no MS.

Para BARTOLE (2006), estabelecido seu lugar institucional, as DPNSB de 2004 resgataram valores e construíram uma política de saúde coerente com o ideário do SUS e de grande consistência técnico-científica.

5.13. DPMSB

Notou-se, por parte das coordenadoras, entusiasmo e competência, pois motivadas pela própria posição pareciam esperançosas. Acreditavam ter o papel de informar sobre as diretrizes municipais para a SB e serem as multiplicadoras das mesmas, pelo respeito e pelo conteúdo. Concordavam com elas, sendo suas fiadoras, tendo a missão de fazer com que elas fossem cumpridas.

Por parte dos interlocutores, as posturas foram diferentes, mesmo sendo “o objetivo a atingir”. A realidade os preocupa, pois há dificuldades na aceitação das mesmas (por parte do nível operacional), embora tenham confiança nas propostas.

VIANA et al (2006), estudando municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, encontraram dificuldades de natureza estrutural, devido à urbanização, condições sociais, crescimento e desenvolvimento da área urbana, do modo como os serviços estão distribuídos, das tecnologias disponíveis, dos padrões de organização dos serviços e das ações realizadas. Também se referiram a falta de políticas públicas para o setor e de intervenções intersetoriais e crédito no PSF para a integração. Não é possível desenvolver modelos coesos e efetivos sem sinergia entre políticas sociais universais e de combate a vulnerabilidade [riscos].

As posturas da ESB variaram da indignação e revolta à resistência, mas também houve adesão às propostas. Enquanto que o CG desconhecia o tema. As coordenadoras comentaram sobre a universalização do atendimento e que as DPMSB ofertam retaguarda técnica e científica para tal. Percebem que é possível essa implantação mesmo com questionamentos sobre a impossibilidade de condições de trabalho adequadas, de abastecimento, manutenção dos espaços e equipamentos, contratações e da instalação de novos serviços.

Sobre as diretrizes, as coordenadoras consideraram que foram construídas aos poucos e que são dinâmicas. Confirmaram que os profissionais receberam uma cópia e que elas estão disponíveis *on-line*.

Para os interlocutores que têm nas DPMSB a sua “Bíblia” e conhecem-nas “de cor e salteado” elas provocaram mudanças tanto no fluxo de trabalho, quanto na padronização e humanização, reduzindo as queixas. Falaram da divulgação das diretrizes pelas capacitações e do material impresso, porém devido à ausência de recursos e às posturas dos gerentes das US há resistências operacionais na comunicação e implantação.

A ESB está obrigada a trabalhar seguindo as DPMSB, desde a triagem até os encaminhamentos e consideraram que esse vai e vem gera um

movimento elevado na demanda. Apesar de terem recebido a capacitação para atuar respeitando o referido documento, consideram que há uma distância entre a direção (coordenadoras) e eles.

O CG conhece poucos detalhes sobre a aplicação das diretrizes nos CEO ampliando a resolutividade da atenção com “tratamento de canal, extração e prótese” e afirmam ser só isso que conhecem.

Para as coordenadoras um dos problemas mais importantes para atender as diretrizes é o da falta de pessoal auxiliar, o que dificulta a implantação de inovações. Outro é a “*falta de vontade de ler*” que as pessoas têm, com mais foco na execução. Outra dificuldade é o fato de que em algumas US não se trabalha com o ART (a triagem resolutiva).

Problemas políticos e relativos à implantação do risco social e da falta de ampliação da visão também foram considerados pelas coordenadoras. Para elas a falta de manutenção dos equipamentos é crucial, embora já tenha havido tentativas de contratação de serviços pela SMS e Coordenadorias de Saúde.

Os interlocutores colocaram como problema a desorientação para a aplicação das DPMSB, pois mesmo com as capacitações realizadas muitos não participaram e se o fizeram não possuem recursos em suas US para atender ao que elas preconizam, só realizam o que é possível e com o que estão de acordo. Segundo os interlocutores há uma diversidade cultural que leva a concepções diferentes conforme o local e até mesmo o período de atuação. Portanto é necessário flexibilizar e adaptar as propostas.

A ESB considera como problema a falta de condições para os atendimentos de urgência, triagem, grupos de risco e PC. Ressaltaram como problema o fato de não ser especialista para atuar em especialidades e necessitarem capacitações que não tinham sido realizadas até aquela data. Criticaram a fila desumana a que os que necessitam se submetem nas madrugadas.

As coordenadoras não vêm pontos negativos nas DPMSB, principalmente no que tange a área técnica. Existem “nós críticos” que

necessitam de soluções, como a falta de pessoal auxiliar e a adequação dos espaços, com a manutenção sistemática dos equipamentos.

Para os interlocutores: *“agora se sabe como se deveria trabalhar, porque antes não se sabia”*. Como ponto positivo está à ampliação do atendimento ao adulto. Foi considerada positiva a implantação da ouvidoria e do acolhimento ao usuário como partes da humanização do atendimento. Disseram que tiram “o leite de pedra” e as “correias do couro”. Consideraram que há avanços no sentido da universalidade da ASB.

Para a ESB a organização do fluxo e a elevação do padrão de atendimento foram positivas. Para o CG os idosos foram mais beneficiados.

As propostas das coordenadoras foram de melhorias para a qualidade na prestação de serviços à população; para que a SB tenha mais visibilidade em São Paulo e no Brasil.

Para os interlocutores as propostas visam realidade com “pé no chão”, com vistas aos recursos existentes e possibilidades de investimentos, inclusive em pessoas, ao contrário de contratar novas equipes.

Para a ESB a reorganização da entrada programática é necessária e a proposta de um programa “boca boa” lhes parece esquisita, pois os que estão com problemas são os que precisam de mais atenção.

AS DPMSB estão alinhadas à: 12ª CNS, 3ª CNSB, DPNSB, propostas e diretrizes da SES (1995a) e com os princípios do SUS. Considera-se que o processo que as desenvolveu e as estabeleceu foi construído paulatinamente a partir de discussões relatadas pelas coordenadoras, e que estão sendo aprimoradas, já que são dinâmicas. Em comparação com as nacionais, notou-se que têm o teor semelhante, só que se aprofundou em detalhes das práticas e das circunstâncias. As DPMSB são minuciosas e orientadoras sobre: parâmetros, abordagem familiar, avaliação de risco e planejamento, conforme o sistema de trabalho proposto, estabelecendo responsabilidades e propondo ações organizadas, humanizadas e integradas, desde o atendimento das Urgências e Emergências até a atenção secundária e terciária.

Pareceu que para todas as propostas excelentes faltou a base, a infraestrutura, recursos materiais e humanos, com gestão pública adequada e motivadora que “empoderasse” as equipes que almejaram terem sido mais ouvidas, bem como o CG.

A estratégia para as DPMSB apoiou-se na necessidade de reordenar as ações da saúde bucal no MSP, construídas com os interlocutores, coordenadoras e representantes das autarquias e US. Ao que se deve associar a epidemiologia, os princípios do SUS, atendimento para todos os grupos etários segundo suas condições de vida, com melhorias na gestão.

A atenção integral em SB é a proposta destas diretrizes no sentido de controlar as doenças bucais com ações de promoção à saúde, prevenção e assistência, com mudanças de práticas e implantação de critérios de risco (social e biológico), trilhando a linha do cuidado com a humanização e a abordagem familiar. Foi interessante notar a intersecção da SB em muitos dos programas regulares de saúde propostos pelo MS, ESP, MSP e pelas próprias US, cobrindo todas as faixas etárias.

Para CONILL (2004) o objetivo de oferecer serviços de saúde integral, surgiu na metade do século XX com a expansão das políticas sociais e com os sistemas de saúde. No Brasil há a percepção ampliada sobre a integralidade, o que confere um caráter de continuidade e coordenação, acoplando o princípio do cuidado e das condições determinadas pela gestão. Para se monitorar acesso e integralidade, a autora desta pesquisa recomenda recolher informações viáveis, válidas e não numerosas. Assim sendo, a ASB no MSP pode repensar sobre os mapas de registros de dados para a SMS.

Os enfoques foram dados com ênfase na assistência, desde a urgência até as especialidades, mas com vistas à integração, ao atendimento integral e a integralidade do ser.

O estudo de SANTOS e ASSIS (2006) sobre a SB no PSF de Alagoinhas BA (2001-2004), teve por objetivo analisar os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal (vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade). Verificou-se que a ASB é plena de

conflitos e contradições e se constitui em potenciais ferramentas para mudar processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado e em construção. Pode-se aproveitar essas discussões para o MSP, pois a dimensão cuidadora do trabalho da equipe de saúde dá contribuições para a odontologia. Assim, como o estudo de TEIXEIRA (2006) que esclarece ao CD das vantagens do trabalho em equipe.

Nas DPMSB aponta-se para a resolatividade em todos os níveis da atenção utilizando a técnica das restaurações atraumáticas (ART), que não precisam de equipamentos especiais.

As ações ficaram sob responsabilidade das UBS e PSF num reordenamento da agenda, de modo que os retornos para as consultas fossem em intervalos curtos e divididos em duas fases resolutivas e para todos, sendo a prioridade dada à faixa etária de 0 a 14 anos (com 40% das vagas) e depois para os demais grupos. Nas DPMSB também se preconizaram cuidados em domicílio e encaminhamentos com protocolos para referência e contra-referência às especialidades, e a capacitações das equipes, conforme os princípios do SUS (educação continuada). No entanto “os especialistas” que assumiram no final de 2004 começaram a ser capacitados apenas no início de 2007. Fica claro que para o desempenho consoante com essa construção, a infra-estrutura e a base necessitam ser mais sólidas e o acompanhamento e desenvolvimento mais apurados.

As DPMSB são relevantes e acompanham as DPNSB e os princípios do SUS. Foram cuidadosamente elaboradas, com detalhamentos na construção e conteúdo orientador aos responsáveis pela ASB no MSP.

Entretanto, é importante salientar a declaração de LONGO (2007) que afirma que a gestão não consegue realizar uma contribuição significativa em termos de resultados se o conteúdo das políticas da organização pública não estiver devidamente alinhado com a gestão das pessoas e a estratégia organizacional.

6 CONCLUSÕES

As DPNSB e a 3ª CNSB das quais foram destacados os temas para este estudo estão norteando a ASB no MSP, onde as DPMSB foram construídas em consonância com as nacionais.

O objetivo geral deste trabalho foi atingido. Verificou-se que as DPMSB alinham-se às DPNSB e estão sendo implantadas com dificuldades.

Os objetivos específicos também foram atingidos, pois foram conhecidas as percepções dos sujeitos da pesquisa sobre as DPNSB, DPMSB e as propostas da 3ª CNSB. Identificaram-se e analisaram-se os documentos que serviram de base na elaboração e apresentação das DPNSB e DPMSB e as propostas das CSB nacionais, do ESP e MSP, que foram comparados com a situação real da organização da ASB no MSP.

Além da coleta de dados, via sujeitos da pesquisa, o trabalho utilizou-se da observação não participante e da análise de documentos, como a dos relatórios finais das CSB e das diretrizes de saúde bucal: nacionais, do estado e do MSP. Os temas das conferências foram divididos e categorizados, e constatou-se que se refletem nas DPNSB e DPMSB.

As coordenadoras e interlocutores de SB participantes, responsáveis pelo processo de implantação e gestão dos procedimentos preconizados pelas diretrizes para a saúde bucal, demonstraram suas percepções em cada um dos temas propostos.

Na percepção da ESB, que operacionaliza os procedimentos de acatamento, implantação e gestão da ASB constataram-se problemas para a assimilação das DPMSB.

O quarto nível, que é o dos usuários, representado pelo CG, apresentou percepções céticas, pois na verdade, exprime a visão dos “clientes” dos serviços de SB oferecidos pelo MSP. O CG reconheceu que os profissionais da rede são de boa qualidade, apesar do espaço físico, equipamento, estrutura e material nem sempre corresponderem. Embora o

controle social no MSP, teoricamente, seja exercido pelo CG, eles relataram a baixa participação que têm em momentos importantes, ou seja: planejamento e controle da ASB no MSP e na falta do recebimento de informações das DPMSB (embora estejam no *site* da SMS).

O MSP se ressentia das ações decorrentes do período do PAS, com seu foco assistencialista, durante dois mandatos de governos municipais. Mas, apesar do afastamento do MSP dos princípios da SUS houve uma recuperação notável da organização da ASB após 2004.

Percebeu-se que o serviço, pelas diferentes formas de acesso, não consegue atender à demanda. Dados de acesso à saúde bucal em 2006 (3% da população do MSP) apresentam decréscimo em relação a 2005 (obtidos a partir da primeira consulta), talvez em virtude da mudança na forma do registro. Ajustes nos dados anteriores se fazem necessários.

A demanda maior ainda é a espontânea e não a da lógica do PSF.

A norma de que a cada quinze dias (ou no máximo uma vez por mês) todas as pessoas que demandarem as US recebam uma triagem, conforme critérios de risco, ainda não acontece em todas elas.

O atendimento e o agendamento não absorvem a demanda, causam constrangimento, pois *“a espera pode chegar até a dois anos”*, em alguns locais. Isto faz com que o usuário descredite o sistema, da sua eficiência e não compareça, ou abandone o tratamento iniciado.

Há avanços no atendimento aos acamados levando equipamentos a eles ou transportando-os às US para cuidados assistenciais.

Os módulos estão deixando de ser montados ou utilizados adequadamente.

A necessidade do usuário do serviço de saúde bucal faz com que ele utilize formas alternativas para conseguir o “acesso”. A porta da urgência ou as filas na madrugada são dois exemplos disso.

Sobre o tema urgência todos foram unânimes em afirmar que existe e em grande número e que há necessidade de avaliar se o motivo alegado pelo usuário é realmente uma urgência, porque muitas vezes este se refere à dor ou incômodo para antecipar o seu atendimento.

Os atendimentos de urgência sobrecarregam as US e a pesquisa mostra o fechamento do PSF para o assunto. Há a percepção de que no MSP a integração entre US e serviços de urgência (PS, PA e hospital) ainda é incipiente e necessita melhor relacionamento.

O PSF, em sua estratégia de trabalho, promove a triagem de risco familiar e aproxima a comunidade da UBS. A estratégia do programa é aprovada por todos que dão relevância aos ACS pela busca ativa que realizam, mas foi ressaltado que falta preparo para trabalhar na lógica do PSF (dos profissionais, THD e ACD).

A busca ativa do PSF, a prioridade para crianças e idosos e a migração para o MSP sobrecarrega a organização da ASB, dado que o PSF com SB é incipiente, cobrindo 3,2% da população do MSP.

Sobre o PSF, as posições dos entrevistados foram em parte de aceitação em relação aos parceiros (característica do MSP), por outro lado, com reclamos sobre a forma de contratação da equipe (falta de concurso público) e de isonomia salarial com os servidores do MSP.

As percepções são de que não existem auditorias sistemáticas da SMS sobre os parceiros do PSF, o que leva a desconfiança.

A implantação dos CEO no MSP foi um avanço, está na fase inicial de montagem dos equipamentos, muitas vezes, dentro de US pré-existentes. Os destaques foram de que são centros de especialidades sem especialistas, e que os protocolos nem sempre são cumpridos pelos profissionais das US, mas são exigidos pelos do CEO, o que gera retorno dos usuários às US.

Dentre os problemas dos CEO estão as manutenções dos equipamentos e as cotas para as próteses (não há laboratórios próprios).

O SI foi bastante criticado, devido à falta de manuais de orientações, de treinamentos, de retornos das informações aos produtores dos serviços e representantes dos usuários. Houve reclamações do número e tamanho de cada mapa (grande) e das letras (pequenas).

Existem relações com outras secretarias, entidades e instituições citadas na pesquisa, embora denotando segmentação, necessitando serem melhoradas e aprofundadas.

As parcerias são bem aceitas pelos gestores, pois ampliam a força de trabalho, dão cobertura a áreas clínicas deficientes, mas não são suficientes. A esse respeito pode ser citada a dificuldade relatada por Interlocutores e ESB quanto aos encaminhamentos, após a campanha do diagnóstico precoce de câncer para outras instituições.

Programas especiais existem e nos referentes a populações especiais a integração precisa ser mais trabalhada. Quanto aos grupos e outros programas que estão sendo desenvolvidos: as coordenadoras conhecem experiências de êxito, destacando-se a inserção da SB nos programas “Mãe Paulistana”, anemia falciforme, CR – DST/AIDS, em atividades lúdicas, físicas e com artesanato. Citaram, também, os grupos que lidam com as doenças crônico-degenerativas e a inserção da SB nos mesmos, bem como nos grupos das diferentes fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos) e os atendimentos prioritários que são oferecidos (crianças, idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais).

Os atendimentos prioritários a idosos, gestantes, crianças e portadores de necessidades especiais, somados aos agendamentos dos ACS lotam as agendas restringido a ASB para os adultos.

Referente ao Flúor e a sua utilização na ASB, o conhecimento a respeito foi mais evidenciado pelas coordenadoras, embora tenham sido vagas as explicações delas sobre o heterocontrole do Flúor nas águas de abastecimento público. Infere-se que este é realizado pela COVISA, órgão de vigilância à saúde da SMS no MSP.

Para o emprego do Flúor nos dentifrícios e outras formas de aplicação local, foram citados os cuidados que devem ser tomados, cujas orientações detalhadas estão contidas nas DPMSB de 2006.

Os interlocutores, a ESB e o CG pouco falaram a respeito, o que denotou desconhecimento.

Os participantes da pesquisa opinaram sobre o insuficiente conhecimento dos pediatras e odontopediatras das várias fontes de ingestão do Flúor, o que é preocupante com relação à fluorose dentária.

O suprimento de material de higiene bucal para os PC é inadequado.

O CG não tem conhecimento das DPNSB. As diretrizes nacionais enfatizam a integralidade desde a urgência (que resolve) até a atenção secundária e terciária (que recuperam), mas neste estudo não apareceu a efetivação da integralidade da ASB no MSP.

O modelo continua centrado na assistência e as DPMSB preconizam que os profissionais trabalhem na clínica de 75 a 85% do seu tempo. Não é possível delegar atividades coletivas aos auxiliares, pois há uma baixa proporção entre estes e os profissionais.

As coordenadoras afirmaram que as DPMSB foram construídas com representantes de profissionais da saúde bucal do MSP. Mas, pareceu que elas assumiram as diretrizes, que lhes encorajam e entusiasmam a prosseguir a implantar as ações, embora percebessem um distanciamento da realidade frente às dificuldades para operar o planejado. Para os interlocutores e a ESB a situação tornou-se mais difícil, pois, mesmo sem condições de trabalho, têm que realizar o que os gestores da US impõem, porém com as diretrizes impasses podem se solucionar.

As DPMSB estão mais voltadas à assistência, com avanços na atenção secundária e terciária.

Houve referências à humanização do atendimento, porém os resultados apontaram profissionais atarefados e sobrecarregados, apesar de ser comum às pessoas desejarem reconhecimentos por trabalharem longe das condições ideais, o que se refletiu na pesquisa nas expressões do nível operacional (ESB).

Não há incentivos ou políticas integrativas dos profissionais com reuniões freqüentes, exceto no nível de coordenação e interlocução (o nível operacional e o conselho gestor se ressentem disso).

Percebeu-se que o trabalho em equipe estava incompleto em quase todas as US, sendo necessária a contratação de ACD, THD e TPD.

Os profissionais atuantes no serviço estão sempre lidando com situações de improviso, que se transformam em fatores desmotivantes, dando-lhes a sensação de abandono em seus “locais de trabalho”, distantes do “centro” (da cidade e da coordenação).

O processo de gestão das US apresenta diferenças regionais relativas a recursos, mas segundo depoimentos: *“a Odonto é a que menos dá problemas para a gerência”*. O que poderia ser visto como um aspecto positivo é uma demonstração da baixa valorização do que é ter saúde bucal no contexto da saúde integral.

É possível atender a muitos dos problemas se a direção (coordenadoras) se aproximar das ESB, dos usuários e permitir flexibilizações e adequações às situações.

As oficinas de capacitação para implementação das DPMSB parecem não ter atingido seus objetivos, pois os participantes ora não se sentiam capacitados, ora achavam que o ambiente ainda não estava pronto para receber as mudanças e um esquema paralelo era citado. No entanto, percebeu-se que as propostas de mudanças para normatizar o esquema de trabalho são bem vindas a todos os sujeitos da pesquisa.

De acordo com as percepções dos sujeitos desta pesquisa ainda prevalecem muitos problemas e dificuldades na gestão pública da saúde bucal, citadas em 1993, na 2ª CNSB, com relação à falta de planejamento, execução, controle, avaliação dos serviços, equipamentos, materiais, instalações insuficientes e inadequadas e servidores mal preparados.

Destaca-se, que a tese que se sustentou foi a de que existindo DPNSB, o MSP poderia acatá-las, o que de fato ocorreu, no entanto em diferentes graus de implantação e operação no período em estudo.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com as considerações serão apresentados os pontos relevantes, sugestões e possíveis estudos que poderão ser realizados a respeito dos assuntos abordados. Por motivos facilitadores ao entendimento, optou-se por elencar treze temas, onze destacados das DPNSB e da 3ª CNSB, e dois constituindo as próprias diretrizes (nacional e municipal).

Procurou-se destacar as percepções dos sujeitos, para compreender como eles agem e qual o sentido que os temas pesquisados têm no contexto onde estão inseridos. Assim sendo, tudo que foi manifestado é válido, pois foi recolhido com o rigor das técnicas e o resultado pode ser apreciado e aproveitado pelos gestores em reformulações e discussões para melhorias.

Sobre as DPNSB sugere-se a leitura das mesmas (MS, 2004), são objetivas e de fácil entendimento e poucos a conhecem. Constituem-se de oito partes que tem apoio nas CNSB anteriores a elas. Nelas enfatiza-se a política de educação permanente para a formação dos trabalhadores em saúde bucal, o que se espera acontecer no MSP.

A organização da atenção à saúde, com a implantação do SUS (com as Leis 8.080 e 8.142 em 1990) e os avanços propostos não podiam se restringir aos serviços, mas a um conjunto de elementos que foram abraçados pelo governo municipal da época. Porém, de 1993 a 2000, no MSP se implantou o PAS que enfocava a assistência, alheio aos princípios do SUS, o que provocou um atraso com reflexos até os dias de hoje. Na época a Rede Cedros propunha que para o planejamento era necessário um diagnóstico visando estabelecer estratégias e ações a serem tomadas. O diagnóstico deveria ser interpretado constantemente para adequações à realidade mutante, com a direção, nível tático, operacional e dos usuários.

Nesse sentido foi imperativo conhecer os elementos gerais da população do MSP e os dados dos serviços relacionados à ASB, incluindo as ações intersetoriais e os métodos de utilização do Flúor. Apesar de

reconhecerem que o Flúor na água de abastecimento é responsável por melhorias no perfil epidemiológico da cárie, os sujeitos da pesquisa esquivaram-se de comentários.

Foi preciso conhecer a rede pública, sua capacidade instalada e a população que se vale dela. Identificou-se como se desenvolve o trabalho, voltado à situação, tanto no individual como no coletivo, bem como a capacitação dos trabalhadores de saúde e a adequação do SI à organização da ASB no MSP.

Um reordenamento se fez necessário no MSP e o SUS, em seus princípios ofereceu o amparo para a retomada de conceitos, embora as DPMSB enfatizem a assistência, pois é o que a população quer e necessita.

O ideal para o acesso seria um olhar sistêmico para a área e sobre cada pessoa da população, o que na pesquisa denotou ser um ponto crítico. O aumento de recursos não basta, pois mais profissionais, podem gerar mais problemas e para sua solução é preciso reduzir a demanda, no que a promoção da saúde pode contribuir a longo prazo.

Para agilizar o processo é necessário um trabalho contínuo de valorização da SB na mídia, ressaltando a importância do auto cuidado.

Nos serviços públicos é valioso promover a incorporação de pessoal auxiliar e de equipes multiprofissionais para o acolhimento, com triagem diária, classificando o risco (biológico e social) e planejando os recursos de espaço, material, tempo e referência, como sugeriu a ESB na pesquisa.

Acredita-se ser necessário garantir a atenção básica com qualidade, organização e melhoria do acesso.

De acordo com as DPMSB deve se realizar o plano de tratamento com critérios de risco, em fases, controlando as doenças bucais, primeiro eliminando focos e utilizando a técnica de ART, em um número reduzido de sessões, realizando, na fase seguinte, restaurações convencionais e encaminhamentos para as especialidades.

Para atender aos adultos, que ficam com pouca atenção devido às prioridades e recursos parcos, sugere-se ampliar o quadro e utilizar a

capacidade instalada em outros horários e períodos, com remuneração condizente aos trabalhadores das ESB.

A assistência a SB não deverá ser alvo de brigas e da polícia para conseguir vaga. Seguir um protocolo construído pelas bases apoiaria os que têm que fazer isso acontecer. O CG precisa de mais informações para compreender os processos e normas dos serviços para uma participação efetiva, com maior interesse pela SB.

As DPMSB preconizam minimizar as urgências. Recomendam-se procedimentos minimamente invasivos e não mutiladores.

As DPNSB e DPMSB estão em sintonia, muito embora a assistência seja um foco mais destacado nas municipais.

Quanto ao espaço físico, a interpretação e a análise dos resultados mostraram que alguns espaços de US estavam comprimidos para adequações aos CEO e PSF. Muitos equipamentos precisavam ser substituídos e outros necessitavam de esquema formal de manutenção (todos foram unânimes nesse sentido).

Os participantes afirmaram que no MSP estava abandonada a idéia de módulos nos consultórios dentários. Sugerem-se discussões a respeito.

Há muitas improvisações na utilização dos equipamentos e queixas dos portadores de necessidades especiais, para os quais a adequação ainda precisa ser feita, apesar das recomendações desde a 1ª CMSB (1986).

As DPNSB preconizam que para existir adequada condição de trabalho há que desenvolver políticas de suprimentos (instrumentos, material de consumo, conservação, manutenção e reposição de equipamentos) que passaram a ser mais efetivas no MSP.

As DPMSB não justificam a falta de atendimento quando não houver equipamentos em condições adequadas. A alternativa nessas condições é a execução de restaurações pelo método ART, o que é um avanço em relação ao passado, onde a ociosidade era justificada por esse motivo.

Sugere-se aumentar a capacidade instalada, acrescentar períodos de atendimento, otimizar a rede existente a fim de atender toda a demanda e

reduzir as necessidades de urgências. Para tanto: criar cargos e fazer reformulações administrativas e políticas.

Devem-se otimizar os serviços de urgência na relação e proporção entre US e estes serviços. Realizar procedimentos odontológicos nos PA ou PS associados às práticas resolutivas com agendamento de retorno (sem “dor”) para avaliação e complementação com Controle Epidemiológico de Doenças Bucais (CEDB), adequação do meio ou técnica de restaurações atraumáticas (ART) e encaminhamento a US com o risco classificado. Uma melhor relação entre PA, PS e US no MSP é urgente.

As DPNSB, afirmam prioridade absoluta aos casos de dor, infecção e sofrimento, e que o atendimento se efetive na atenção básica; garantindo cuidados complementares, o que é também preconizado pelas DPMSB de 2006, inserindo os usuários, após as urgências, nos programas das US, o que ainda não acontece no MSP, onde o cenário induz ao aparecimento das urgências muito citadas por interlocutores, ESB e CG. Evitar que a entrada seja pela urgência dá organização à hierarquia dos serviços de saúde.

Cuidar e resolver os problemas dos que sofrem são propostas a serem viabilizadas e monitoradas pelo Conselho Gestor. Para atender a urgência é preciso cuidados para a não mutilação, pois essa prática se dá com mais frequência nessa situação (a dor causa desordens e exige organização no seu enfrentamento). Estudos nesse sentido seriam de grande valia, pois a frequência do problema é alta, para tanto a definição de protocolos, metas e sistemas de trabalho torna-se primordial.

A política de humanização do atendimento pretende interferir propondo o “acolhimento”. Embora o atendimento do “paciente com dor” seja orientado pelas DPMSB pareceu que não há capacitação dos funcionários das recepções para as urgências.

A estratégia de acesso do PSF parece adequada devido a busca ativa dos portadores de maior risco social. Medidas devem ser tomadas, como as de não permitir interferências políticas ou de parentes e conhecidos e de facilitar transporte para visitas domiciliares e realização dos PC (o que

parece ser difícil). Sugere-se continuidade, ajustes e incorporação da SB nas equipes do PSF que estão sem dentistas para evitar a sobrecarga nas UBS.

O PSF no MSP necessita transparência, com auditorias sobre os parceiros, para governabilidade, numa gestão transversal e integrada com a SMS, pois não é clara aos sujeitos desta pesquisa a gestão do PSF no MSP. É preciso redefinir competências e atribuições para diminuir desigualdades e diferenças, administrando conflitos de interesses entre a administração direta dos serviços de saúde da SMS e a dos parceiros, com definição de objetivos e funções no MSP. Estudos nesse sentido devem ser realizados para um monitoramento auxiliar à SMS no MSP.

É preciso utilizar a epidemiologia para identificar as necessidades em termos de especialidades, principalmente para as de maior demanda. Os CEO devem dar a retaguarda no que se refere às especialidades que os usuários do PSF e US necessitam e que a eles serão referenciados. Como estão em fase de implantação e em reduzido número, a reordenação que a SMS está elaborando deverá gerar o encaminhamento de muitos casos.

A gestão deve articular que as cotas para as próteses ou as possibilidades de realizá-las sejam contínuas e não como vem ocorrendo.

A ociosidade mencionada na pesquisa ocorre devido aos espaços não estarem plenamente preparados, as pessoas sem capacitação, a falta de material e instrumental adequado, o não cumprimento dos protocolos exigidos e a central de regulação de vagas em fase inicial.

Os protocolos de encaminhamento para as especialidades não devem se constituir em barreiras para o atendimento e sim em medidas que auxiliem a resolatividade da ASB. Para tanto, clínicos gerais e especialistas devem se ajustar, sem prejuízo dos retornos de usuários aos clínicos.

Todos os CD são clínicos gerais antes de optar pelas especialidades.

É interessante a proposta que surgiu na pesquisa, para que os especialistas capacitados disseminem seus conhecimentos (respeitando a programação das US) para os clínicos realizarem diagnósticos e encaminhamentos mais precisos e adequados à clientela e aos protocolos exigidos pelas especialidades.

A central de atendimento é uma proposta de modernização, mas é necessário oferecer mais vagas, o que requer ampliação do número de ESB, da infra-estrutura e dos procedimentos de promoção à saúde.

O fato das DPMSB enfatizarem o número de procedimentos e não o de atendimentos pode gerar um interessante debate acerca da qualidade, produtividade e cobertura. Sabe-se que a utilização de um sistema de informações é fundamental e o SIAB tem materializado essa afirmação. Mas, para que um SI integrado e detalhado, se não houver um bom registro?

É necessário estar mais próximo dos “registrantes”, analisar os dados e discutir os resultados com todos os níveis, em reuniões periódicas e sistematizadas. Sugerem-se menos itens a preencher para obter credibilidade e acurácia no registro destes. E que os registros sejam diários sem retoques, enviados dia a dia por meio eletrônico, cuja soma possa ser realizada a qualquer momento ou em datas em que as coordenações considerem como marcos para recebimentos, avaliações e planejamento. Vale lembrar a importância do alinhamento dos registros para o prontuário único, cartão SUS, Ficha-D do PSF com SB e informações ao MS.

Não há padronização no preenchimento dos mapas apesar da existência de um manual de preenchimento dos mesmos que, pelos depoimentos, não foi discutido com a ESB. É importante identificar formas de qualificar o trabalho dos CD a partir dos registros e primar pelo monitoramento da real qualidade e quantidade dos procedimentos coletivos, pois sem eles a assistência precisará ser ampliada.

As práticas de gestão denotaram planejamento segmentado. Há relacionamentos diários com espaços da SME, mas é essencial melhorar e aprofundar relações com outras áreas, de acordo com as DPNSB e DPMSB.

Outro ponto a resolver era o da merenda saudável e adequada à manutenção da saúde bucal que parecia ser um problema antigo e de difícil solução. Porém, melhorias na merenda já ocorrem nas escolas do MSP.

Sugere-se que após o lanche dos escolares, seja incentivada a higiene bucal e disponibilizados os espaços (escovódromos) para que isso ocorra no dia-a-dia, com ordem e disciplina, e apoio do agente de saúde da

escola (AES), desde que a criança porte sua escova para realizar a escovação. Para que isso ocorra, deve haver aproximação entre os interlocutores de SB, diretores de escolas, ESB, professores, ACS e AES. O que já está organizado em algumas escolas infantis, mas no ensino fundamental, devido ao elevado número de alunos não está sistematizado em todas as escolas o estímulo ao auto-cuidado.

Dentre as parcerias podem se destacar as que são realizadas com as IES, preconizadas pelas CSB, em especial a 3ª CNSB e a 2ª CMSB. As IES podem apoiar no sentido de complementar à formação profissional voltada para o SUS. Sugerem-se parcerias para organizar a educação continuada, com apoio e orientação da FSP/USP e outras IES para adequada formação acadêmica e aprendizagem contínua.

As CRS tentam articulação com as parcerias; os interlocutores não foram unânimes a favor delas e os representantes dos usuários não acreditam nessa solução; apesar de que o MSP pode fornecer casos para as IES que precisam desses insumos para suas pesquisas e estas podem oferecer tratamentos que as US não têm, com oportunidades aos profissionais e estágios aos estudantes.

As IES podem apresentar projetos para a ASB, financiados por fundos municipais oriundos dos impostos de renda de pessoas físicas e jurídicas.

Quanto aos acordos, quando são informais, levam ao voluntariado e ao descrédito. Sugere-se realizar contratos entre SMS e parceiros, sendo seu conteúdo e abrangência do conhecimento dos gestores e interessados.

Os programas especiais são diversificados embora se destaquem os das populações especiais (índios, quilombolas, imigrantes) que tem características próprias e apoio de associações e entidades específicas. A universalização do acesso está conforme as propostas da 3ª CNSB que consideram necessário implementar ações à população indígena e outras.

Sugere-se que a ASB esteja contemplada em todas as atividades e grupos nas US, estendendo o apoio às populações especiais, mesmo quando assistidas por outras associações.

Um programa de manutenção da “boca boa” ou dos tratamentos já realizados organizaria a ASB, reduziria necessidades e enfatizaria o cuidado.

Programas educativos e preventivos para promoção e valorização da saúde bucal devem ser desenvolvidos dando visibilidade a ela.

Sugeri-se o controle do Flúor na água mineral, pois esta vem sendo utilizada, até mesmo pela população com risco social que está consumindo essa água com Flúor em quantidades não adequadas à proteção contra cárie ou estar sob risco de fluorose ou intoxicações.

O MS distribui insumos (remédios, óculos, próteses, preservativos, etc.), e poderia também distribuir escovas e dentifrícios ou, incluí-los na Farmácia Popular. Sugerem-se incentivos à produção de materiais de higiene bucal, dentifrícios e a cooperação de outras entidades.

Para desenvolver e incrementar o hábito da higiene bucal propõe-se a motivação com exercícios e material disponibilizado para reduzir necessidades. Estudos sobre o custo benefício e o impacto que isto pode causar são recomendados.

Destaque-se a avaliação que se realiza na escola onde se classificam as crianças sob o critério de risco biológico e social, bem como aos usuários das US, o que constitui avanço na ASB. Nas escolas os PC são desenvolvidos conforme o risco, bem como os encaminhamentos.

Deve haver capacitações para trabalhar na ASB com risco social, orientações aos fluxos, registros, retorno e consideração pela área executora e receptora dos serviços. Para tanto o planejamento deve estar adequado a cada região, com flexibilidade (sem engessamento) e *feedback* permanente, esquematizado com os gerentes das US, junto às ESB, interlocutores e coordenação de saúde bucal.

A ênfase na atenção básica tem sido característica respeitável no conjunto de ações e serviços do SUS e não exclui o princípio da integralidade. É imperativo o monitoramento contínuo, não só pela direção, mas pelos níveis tático, operacional e dos usuários (CG). Percebeu-se que o nível tático é o que faz a articulação entre a direção e a ESB, onde se evidencia a angústia e o sofrimento da intenção de fazer acontecer o preconizado.

Ajustar protocolos aos métodos que atendam necessidades e diferenças loco-regionais é eficaz e precisa ser equacionado junto a todos no MSP. Sugere-se aproximação da coordenação com os outros níveis pesquisados com objetivos comuns para ajustes e progressões na intenção de melhorias para a atenção básica, secundária e terciária.

Outro ponto a indicar seria a integração entre as áreas médica, de enfermagem, de vacinação, saúde bucal e outros, pois a associação com outras áreas contribui para a resolutividade.

Quanto às DPNSB e DPMSB (cujas bandeiras vão pela linha do cuidado para além da prática assistencial, com ênfase na consciência sanitária e no controle social) corre-se o risco de que não se efetivem, devido às dificuldades de acesso, deficiências de infra-estrutura (falta de espaço físico e manutenção dos equipamentos), falta de pessoas capacitadas e distanciamento da US com a coordenação, mantendo-se o estigma de que geralmente o serviço público é de baixa qualidade.

Sugere-se que os serviços de saúde ofertados pelo governo passem por certificação com vistas a demonstrar a qualidade que podem ter.

Na atual conjuntura, práticas de triagem resolutiva com adequação e agendamento aperfeiçoarão a capacidade de atendimento nas US, visando organizar o serviço, propiciar acolhimento e evitar adiar o atendimento.

As inovações decorrentes das DPMSB pareceram incompletas. Há críticas as novidades, poucas propostas que possam viabilizar soluções e algumas experiências exitosas. Incentivos e motivações são pertinentes.

É relevante notar que as DPMSB foram apresentadas ao CMS em julho de 2005, o que denotou respeito ao controle social central, cujos membros deveriam ter disseminado às outras instancias de CG, o que parece não ocorreu, pois na pesquisa poucos tinham conhecimento do assunto e reclamavam de não terem sido informados e consultados.

O CG tem que participar de modo ativo, sem clientelismo e particularismo, mediando o poder local e as políticas públicas.

As oficinas de capacitação deveriam ser permanentes, porque o treinamento constante traz segurança e aprimoramento, dá argumentos para

a solução dos problemas, promove competências e revela talentos humanos que têm a importante tarefa de “cuidar” da SB da população.

É preciso valorizar o trabalhador da ESB, como afirmam os CG, que têm essa percepção. Parece relevante lembrar a frase dos (I_21): *O MS pensa, a SES pensa, a SMS pensa e a US “tem” que executar!*

Com respeito a cargos e funções há informalidade, o que gera falta de compromisso devido à ausência de atribuições específicas e de comprometimento com a construção de estratégias regionais e locais, o que ocorre desde o CG até a coordenação.

Destaca-se que dentistas são levados para cargos gerenciais sem deixarem substitutos. Alguns interlocutores da SB acumulam cargos de chefias em US, o que divide os focos, mas oferece melhor remuneração.

Foi evidenciada a falta de planejamento para substituir profissionais gestantes com licenças prolongadas, o que deve estar previsto pelos gestores para todos os casos de substituições.

Instrumentos legais para orientações e correções de atuação dos servidores devem estar disponíveis para os gestores.

O momento é de transição, de empreender “força tarefa” a fim de adequar os modelos antigos às novas práticas, especialmente na adoção das DPNSB e DPMSB, que dependem de investimentos em agentes de mudanças, materiais e reformas.

Para futuros pesquisadores da SB no MSP sugere-se replicar e reaplicar o estudo em cada Supervisão de Saúde, dada a magnitude do município, a fim de verificar as condições e necessidades específicas.

Houve, também, a citação de uma US com bom nível de organização para a SB, tanto que o CG nem queria falar a respeito para não atrair usuários para lá.

Sintetizando, consideraram-se relevantes:

Aspectos positivos:

1. Apesar do afastamento do MSP dos princípios do SUS, após 2004, houve uma recuperação notável da organização da ASB.
2. Há um alinhamento das diretrizes municipais (SP) com as nacionais.
3. As DPNSP, CSB e DPMSB deram um norte para a organização da ASB que poderá ser independente das tendências políticas futuras.
4. Há US com nível muito bom de organização para a SB.
5. É um avanço a ASB em domicílio, para os acamados.
6. Substituição de equipamentos e aumento do instrumental.
7. Criatividade para possibilidades de acesso com triagens resolutivas.
8. Acordos iniciais dos serviços de urgência com UBS.
9. A busca ativa do PSF para a população de maior risco.
10. A implantação dos CEO no MSP.
11. Avanços e inovações no desenvolvimento dos programas nas fases da vida (Nascendo, Vivendo e Crescendo com Saúde Bucal).
12. Integração da SB com outros programas das US.
13. Campanhas periódicas para o diagnóstico precoce do câncer bucal.
14. Implantação do SI integrado e de uma central de regulação de vagas.
15. O CG é respeitado pela SMS, mas os conselheiros não percebem isso.

Aspectos a serem equacionados:

1. Muitos problemas com o acesso e o espaço físico, incluindo problemas com portadores de necessidades especiais.
2. Falta de manutenção, como um problema crônico na gestão pública.
3. Muitos comentários sobre a ocorrência de urgências.
4. Falta de acesso para adultos, devido aos grupos prioritários.
5. O PSF com SB no MSP ser incipiente.

6. Problemas na gestão com as pessoas (dispersão de autoridade ou conflito de autoridade entre PSF e SMS).
7. Não há isonomia salarial entre o pessoal de SMS e o dos parceiros (PSF), gerando conflitos e “desmotivação”.
8. Método ART não ser aceito na unanimidade (divergências técnicas).
9. O heterocontrole do Flúor pareceu não estar claro para todos os sujeitos da pesquisa (quem, quando e como está sendo feito?).
10. Problemas com os encaminhamentos após as campanhas para o diagnóstico precoce do câncer bucal.
11. Baixo entrosamento entre áreas específicas de programas especiais.
12. Falta de retorno dos dados de produção, sem apreciações e discussões para redirecionar as ações.
13. Relação com escolas pareceu não ter avançado nos últimos anos.
14. Pouca quantidade do material para higiene bucal nas US e para a realização dos PC, com desinteresse de SME em cooperar.

Como consideração final ressalta-se que a verificação e análise da aplicação das DPNSB de 2004 no MSP, no período de 2005 a 2007, seguiram o proposto nos métodos deste estudo. Todo o conteúdo apresentado foi fruto de interpretação, descrição, observação, análises e comparações com documentos, propostas e práticas, no sentido de evidenciar pontos críticos e avanços para contribuir com os interessados na melhoria efetiva dos processos e para que estes possam neles interferir.

Sugere-se que outros pesquisadores repliquem o estudo em outros municípios ou locais.

7. REFERÊNCIAS

- Adorno RCF, Castro AL. O exercício da sensibilidade. *Saúde Soc.* 1994;3(2):172-85.
- Agudelo SF. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social colombiana a diez años de su implementación. *Salud Probl.* 2002;7(12-3):7-15.
- Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(1):123-30.
- André AM. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema de perguntas e resposta.[acesso 1 jan 2007]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica/index.asp?Secao=Usuario&usersecoes=30&userassunto=122>
- Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(1):219-27.
- Arouca AS. Democracia é saúde. In: Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 1986. p. 35-59.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti-Filho H, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Bartole MCS. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2006.
- Bleicher L, Frota FHS. Fluoretação da água: uma questão de política pública - o caso do Estado do Ceará. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;1(1):71-8.
- Blumer H. Symbolic interactionism. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1969.
- Borsa JC. O papel da escola no processo de socialização infantil.[acesso em 4 out 2007] Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0351.pdf>.
- Botazzo C, Manfredini MA, Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal Coletiva: curso de formação técnica em higiene dental do SUDS – SP[apostila didática]. São Paulo; [s.n.]; 1988.

Brandão Z. Entre questionários e entrevistas. In: Nogueira MA, Romanelli G, Zago N, organizadores). Família & escola. Rio de Janeiro: Vozes; 2000. p. 171-83.

Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 setembro 1990;Seção 1:018055.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5:163-77.

Buzalaf MAR, Ramires I, Gutierrez Maria A, Peres JRB, Lauris JRP. Conhecimento dos médicos pediatras e odontopediatras de Bauru e Marília a respeito de flúor. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):201-9.

Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 53–92.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. Rev Saúde Pública. 1996;30(3):285-93.

Carneiro RMV. Saúde Bucal em idosos institucionalizados na cidade de São Paulo: estudo epidemiológico e de autorecuperação [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 837-68. (Saúde em debate, 170).

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 149-82.

Castells M. A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura. 9 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006. v. 1.

Castro F. Qualidade possível: [entrevista com Harvey Fineberg, da Escola de Saúde Pública de Havard. Agência Fapesp. 15/09/2007]. [acesso em 15 out 2007]. Disponível em: http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?id=7723

Cecílio LCO. Modelos assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;3(3):469-78.

Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 231-58.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis- Santa Catarina, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Supl):191-202.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1417-23.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 55.820/98: procedimentos mínimos relativos ao atendimento em Pronto Socorro. [acesso em 03 out 2007]. Homologado na 2.184ª reunião plenária, realizada em 24.11.98– Ementa 1. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcrm/55820_1998.htm.

CROSP quer totalizar a fluoretação das águas no Estado de São Paulo. *CROSP*. 2007;(117):18.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 51-66.

DATASUS – Base de Dados e Informações em saúde do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasil [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

Denzin NK. *The research act: a theoretical to sociological methods*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989.

Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Deslandes SF. A construção do projeto de pesquisa. In: Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R; Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 1994. v. 1; p. 31-50.

Deslandes SF, Assis SG, Gomes R, Njaine K, Constantino P. *Livro das Famílias. Conversando sobre a vida e sobre os filhos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Pediatria; 2005.

Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui*. 2002;115:139-54.

Escorel S. Exclusão social e saúde. *Rev Saúde Debate*. 1994;43:38-43.

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):930-6.

Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Flick U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Fontana A, Frey JH. The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin N, Lincoln YW, editors. *Handbook of qualitative research*. 2. ed. London: Sage; 2000. p. 645-72.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-3.

Frazão P. Ambientes de trabalho odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Divulg Saúde Debate*. 1995;(10):21-8.

Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):131-44.

Fratucci MV. Alguns aspectos das condições de saúde bucal de uma população indígena Guarani Mbyá no Município de São Paulo.[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Frenk J, White KL. The concept and measurement of accessibility. In: White KL, Frenk J, Ordeñez CC, Paganni JM, Starfield, B. *Health Services research: an anthology*. Washington (DC): Pan American Health Organization; 1992.p 842-55.

Frias AC, Narvai PC, Araújo ME, Zilbovicius C, Antunes JLF. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso – Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:1237-46.

Garcia DV. A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação[dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ; 2006.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 1999.

Gil Flores J. *Análisis de datos cualitativos: aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU; 1994.

Giurlani S. A difícil arte de fazer contas. *Gest Empres-IDS*. 1999;1(3):7-16.

Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine; 1967.

Glik D, Gordon A. A focus group methods formative research in child survival: an Ivorian example. *Int Q Comm Health Educ*. 1988; 8(4):297-315.

Godoy AS. Estudo de caso qualitativo. In: Godoi CK, Bandeira-de-Melo R, Silva AB, organizadores. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva; 2006, p.115-46.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R; Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994, p. 67-79.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 (Supl 2): 331-6.

Hotimsky SN, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda M. O parto como eu o vejo ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuários do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1303-11.

Junqueira SR. Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescentes de Embu, SP 2005 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.

Kalamatianos PA, Narvai PC. Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):63-9.

Laudon K, Laudon J. *Essentials of management information systems: organization and technology*. 2. ed. Upper Saddle: Prentice Hall; 1997.

Laurans A. Nova aliada aos serviços públicos. *Gazeta Mercantil*. 2007 maio 14;A2.

Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006;11(1):155-60.

Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. 2000;1:13-55.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde Soc*. 2004;13(2):32-8.

Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 2000.

Lock K. Health impact assessment. *BMJ*. 2000;320:1395-8.

Longo F. Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público. São Paulo: FUNDAP; 2007.

Manfredini MA, Botazzo C. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):169-77.

Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Supl):163-71.

Mattingly C, Garro L. Narrative as construct and construction. In: Mattingly C, Garro L, organizers. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Los Angeles: University of California Press; 2000. p.1-49.

Mattos PLCL. Análise de entrevistas não estruturadas: da formalização à pragmática da linguagem. In: Silva AB, Godoi CK, Bandeira-de-Mello R, organizadores. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva; 2006. p. 347-73.

Mayring P. *Introdução à pesquisa social qualitativa: uma introdução para pensar qualitativamente*. 5.ed. Weinheim: Beltz; 2002.

Mendes A, Marques RM. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para gestão da saúde pública no Brasil. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 259-94.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Merhy EE, Franco TB. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: Anais do 7º Congresso Paulista de Saúde Pública; 2000; São Paulo, BR. São Paulo; 2000. p. 145-54.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde Debate. 2002;26(60):118-22.

Merton RK, Fiske M, Kendall PL. The focused interview: a manual of problems and procedures. Glencoe Ill: The Free Press; 1956.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo & qualitativo: oposição ou complementaridade. Cad Saúde Pública. 1993;9(3):239-62.

Minayo MCS, Gomes R, Fontoura H. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. Rev Saúde Pública, 1999;23(2):171-9.

Minayo MCS, organizador. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

Minayo MCS, organizador. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Minayo MCS. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz; 2006. p. 93-122.

Minayo MCS, Sousa ER, Assis SG. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/ Côas da Região Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):355-67.

MS – Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1986a.

MS – Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 1986b.

MS – Ministério da Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1993.

MS - Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/ 96[acesso em 12 out 2007]. Brasília (DF); 1997. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/nob96.pdf>

MS - Ministério da Saúde. A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Inf Aten Básica [periódico na internet]. 2001 mar [acesso em 15 out 2007];2(7). Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo7.pdf>

MS - Ministério da Saúde. Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Brasília (DF); 2002a. Diário Oficial da União. 28 fev 2002. Seção I:52.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília (DF); 2002b.

MS - Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Área de Informação e Informática em Saúde: A Construção da Política de Informação e Informática em Saúde do SUS; versão 1.1[acesso em 10 out 2007]. Brasília (DF); 2003. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude1_1_07ago2003.pdf

MS - Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004a.

MS - Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Institui incentivo financeiro para os Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de prótese Dentária. Brasília (DF); 2004b. Diário Oficial da União. 24 set 2004b; Seção I: 71-2.

MS - Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde; versão 2.0 Brasília (DF); 2004c. Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério[acesso em 20 out 2007]. Brasília (DF); 2004d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manualbrasil Sorridente4>

MS – Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF); 2004e.

MS - Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília (DF); 2005.

MS - Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão [acesso em 20 out 2007]. Brasília(DF); 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf

MS – Ministério da Saúde. Eixo 3: a intersetorialidade das ações de saúde [documento na internet] [acesso em 5 out 2007]. Brasília (DF); [s.d.]. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/ces/IVCNS/eixo3.pdf>

Monnerat GL, Senna MCM, Souza RG. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(3):509-21.

Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Beverly Hills: SAGE; 1996.

Moura T. Falta de controle do flúor na água mineral compromete saúde bucal das crianças. [acesso em 2 out 2007]. JCFO. 1999;32. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/n32/default.htm>

Munerato M, Fiamingh DL, Petry PC. Urgências em odontologia: um estudo retrospectivo. Rev Fac Odontol UFRGS. 2005;46(1):90-5.

Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. Community Dent Oral Epidemiol. 1995;23:331-9.

Narvai PC. Saúde Bucal: assistência ou atenção? São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1992.

Narvai PC. Fluoretação: cumpra-se a lei. Rev DAE. 1993;173:4-5.

Narvai, PC. Avaliação de ações em saúde bucal. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; 1996. Oficina Saúde Bucal no SUS.

Narvai PC. Vigilância sanitária e saúde bucal. São Paulo:FSP; 1998. Texto de apoio do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública. 2006; 40(Nº Esp):141-7.

Narvai PC, Peres MAA, Calvo MCM. Prevalência de cárie dentária em crianças aos doze anos de idade, em localidades do Estado de São Paulo, Brasil, período 1990-1995. Rev Saúde Pública. 1997;31(6):594-600.

Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):196-200.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):44-57.

Nolan A. Information systems. New York: THE; 1977.

Nunes ED. Sociologia na saúde: histórias e temas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM (organizadores). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 19-52.

Oliveira M, Freitas HMR. Focus Group – pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. Rev Adm Empresas. 1998;33(3):83-91.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2. ed. Newbury Park: SAGE; 1990.

Pinto MHB. Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná, à luz do princípio da diferença [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Pinto VG. Saúde Bucal. odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos; 1989.

Pinto VG. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir. Brasília (DF): Santos; 1993.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 2000.

Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc. Saúde Coletiva. 2006;11(1):243-46.

Quartaroli C. Equidade na área da saúde: condições de acesso de saúde: o aspecto da equidade, no Estado de São Paulo [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Faculd Econ Adm e Cont da USP; 2003.

Ramires I, Buzalaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(4):1057-65.

Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):191-9.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1989.

Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva. 1999;2(1):9-14.

Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da Unesp; 2000.

Rosa AGF, Souza DS, Schneider Filho DA, Lopes ES, Uchoa HW, Toledo JPG, et al. O que fazer nos municípios? Rio de Janeiro: Rede Cedros; 1992. (Cadernos de Saúde Bucal, 1).

SABESP - Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo. Fluoretação da água [acesso em 2 out 2007]. Disponível em:
http://www.sabesp.com.br/CalandraWeb/CalandraRedirect/?temp=6&proj=sabesp&pub=T&nome=documento_noticias&db=&DOCID=D06EC2759F14B7FA832571B0004AE8C7

Salles Dias MA, Magalhães Jr HM. Biblioteca digital de saúde: intersectorialidade: um olhar da saúde [acesso em 20 out 2007]. Disponível em:
<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/novembro2003/intersectorialidade.html>

Salles-Peres SHC, Vilhena FV, Caldana MI, Buzalaf MAR. Novo protocolo para as ações de saúde bucal coletiva: padronização no armazenamento, distribuição e uso do material de higiene bucal. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2006 [acesso em 25 out 2007]. Disponível em:
http://www.abrasco.org.br/Ciencaciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=358

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas – Bahia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):53-61.

São Paulo (Município). Lei 12.623, de 6 de maio de 1998. Proíbe a comercialização de água mineral com teor de flúor acima de 0,8 mg/l no município, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, 13 maio 1998.

São Paulo (Município). Lei 13.533, de 19 de março 2003. Atribui a Secretaria Municipal da Saúde a manutenção das ações preventivas e curativas em saúde bucal destinadas as crianças usuárias de centros de educação infantil e escolas municipais. Diário Oficial do Município de São Paulo. 20 mar 2003:1.

São Paulo (Município) Lei 13.780, de 11 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre a criação do programa municipal de atenção à saúde do escolar e da outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo. 12 fev 2004:1.

São Paulo.(Município) Decreto 45.986, de 16 de junho de 2005. Regulamenta a lei n. 13.780, de 11 de fevereiro de 2004, que dispõe sobre a criação do programa municipal de atenção à saúde do escolar. Diário Oficial do Município de São Paulo. 17 jun 2005:23.

São Paulo.(Município) Lei 14.080, de 26 de outubro de 2005. Dispõe sobre a avaliação oftalmológica, auditiva e bucal dos estudantes da rede municipal de ensino. Diário Oficial do Município de São Paulo. 27 out 2005.

SAS - Secretaria de Ações em Saúde. Organização e programação da assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

SES – Secretaria Estadual da Saúde. Relatório Final da 1ª. Conferência Estadual de Saúde Bucal. São Paulo; 1986.

SES – Secretaria Estadual da Saúde. Relatório Final da 2ª. Conferência Estadual de Saúde Bucal. São Paulo; 1993.

SES - Secretaria Estadual da Saúde. Diretrizes para a política de saúde bucal do Estado de São Paulo. São Paulo; 1995a.

SES - Secretaria Estadual da Saúde. Resolução SS-250, de 15 de agosto de 1995b. Define teores de concentração do íon fluoreto nas águas para consumo humano, fornecidas por sistemas públicos de abastecimento. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo. 16 ago 1995. Seção I.

SES - Secretaria Estadual da Saúde. A saúde bucal no SUS – 1996. São Paulo; 1996. Apostila do Centro Técnico de Saúde Bucal.

SES - Secretaria Estadual da Saúde. Resolução SS-15, de 18 de janeiro de 1999a. Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica. Estado de São Paulo. Revoga a Norma Técnica aprovada pela Resolução SS-186, de 19-7-95. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 20 jan 1999.

SES - Secretaria Estadual da Saúde[acesso em 1 jan 2007]. São Paulo; 1999b. Disponível em <http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/sanitaria/99re15/99Re15.html>

SES - Secretaria Estadual da Saúde, Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Grupo de Avaliação Técnica em Saúde, Centro Técnico de Saúde Bucal. A organização das ações de saúde bucal na Atenção Básica – SUS/SP. São Paulo; 2001.

SES - Secretaria Estadual da Saúde. Cadernos de Saúde Bucal. São Paulo; 2004a.

SES – Secretaria Estadual de Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Estadual de Saúde Bucal. São Paulo; 2004b.

SMG - Secretaria Municipal de Gestão. Política do Governo Eletrônico: e-Gov e Política de Tecnologia de Informação e Comunicação – TIC: versão 13 [acesso em 20 out 2007]. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/.../downloads/2006/04/pref_sao_paulo-politica_e-gov_TIC_versao_13_para_impr.pdf

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal. São Paulo; 1993.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. A reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica no Município de São Paulo. São Paulo; 2003.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Municipal de Saúde Bucal. São Paulo; 2004.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde. Ata da 79ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde em 14 de julho de 2005 [acesso em 27 out 2007]. São Paulo; 2005. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cms/0019>

SMS - Secretaria Municipal da Saúde. COGEST: documento norteador. São Paulo; 2005.

SMS - Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde Bucal. Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal - crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo; 2006.

SMS - Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde Bucal. Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal - nascendo e crescendo com saúde bucal - Atenção à Saúde Bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). São Paulo; 2007.

Semke ELM. Descobrindo percursos para a pesquisa em saúde no trato com o movimento social. Cad Saúde Pública. 1993;9(1):39-47.

Serra CG. A saúde bucal como política de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ; 1998.

Silva MB, Grigolo TM. Introdução à pesquisa em educação: caderno de atividades. Florianópolis: UDESC; 2002.

Silva OMP, Lebrão ML. Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2003;6(1):58.

Silva SR. Não é brincadeira! Rev Assoc Paul Cir Dent. 2001;55(3):153-64.

Silva VM, Maron AS, Lund RG, Del Pino FAB. Controle dos teores de flúor presentes em diferentes marcas de águas minerais comercializadas no município de Pelotas/RS. In: Anais do 14. Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas[internet]; 2005; Pelotas, BR Pelotas: UFPEL; 2005[acesso em 2 out 2007]. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/xivcic/arquivos/CS_01110.rtf

Silveira Filho AD. O uso das Ferramentas Saúde da Família na construção do cuidado em saúde[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Soares MC. Panorama da Atenção em Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a 2003.[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

Tanaka OY, Mello C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.

Tanaka OY, Nemes MIB, Novaes MD, Bastos MG, César CLG, et al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. Rev Saúde Pública. 1999;33(3):21-9.

Taylor SJ, Bogdan R. Introduction to qualitative research methods: a guidebook and resource. 3.ed. New York: Wiley; 1998.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde Debate. 2003;27(65):257-77.

Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):45-51.

Tesch R. Qualitative research: analysis types and software tools. Philadelphia: Routledge/Falmer; 1990.

Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsatti MA, Penha SS, Buscariolo IA, Costa CG, et al. Aspectos epidemiológicos e sócio-demográficos do Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. RPG Rev Pós Grad. 2007;13(4):299-306.

Trad LAB. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(3):581-9.

Traverso-Yépez M, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad Saúde Pública. 2004;20(1):80-8.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Universidade Federal de Goiás. Estudo da efetividade das ações de intersetorialidade desenvolvidas pelo SUS-Goiânia. Goiânia; 2006. Projeto apresentado ao Departamento de Análise da Situação em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociología; 1997.

Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.

Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):577-606.

Villela W. De saúde bucal, saúde mental, saúde sexual: o reiterado retorno à clínica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):33-6. [acesso 20 out 2007]. Disponível em : http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100008&lng=&nrm=iso

Villena RS, Borges DG, Cury JA. Avaliação da concentração de flúor em águas minerais comercializadas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(6):512-8.

Werneck MAF, Ferreira RC. Tecnologia em saúde bucal. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000. p. 277-91.

Weyne SC. A construção do paradigma de produção de saúde: um desafio para as novas Gerações. In: Kriger L, coordenador. *Aboprev: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 1-26.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120(6):472-82.

Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):145-54.

WHO – World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: basic documents [acesso em 10 out 2007]. Genebra; 1946. Disponível em: <http://www.yale.edu/lawweb/avalon/decade/decad051.htm>

Yin RK. Case study research: design and methods. SAGE; 1989.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. São Paulo: Bookman; 2002.

Yong CS. Tecnologia de informação. *Rev Adm Empresas*. 1992;32(1):78-87.

Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no SUS: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1993.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Roteiro para levantamento da situação atual e condições necessárias para implantar no município de São Paulo as proposições voltadas à organização da atenção em saúde bucal.

Pontos Propostos	Questões Preliminares para Pesquisa de Campo
Organização da ASB, sob os itens* do documento que resultou da III “Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB)”, sobre a organização da ASB, e que serão delineados para as informações da pesquisa.	*Obtidas do quarto eixo temático, em 4.2, proposto na III CNSB, em março de 2004, alinhadas às Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DNSB), de janeiro de 2004, que trata da organização da ASB.
4.2. <i>Organização da “Atenção em Saúde Bucal”.</i> A Organização da ASB é objeto desta pesquisa, nas cinco CRS da PMSP e será analisada pelas respostas aos itens do documento apresentado, que referencia o roteiro em questão.	“ASB é constituída pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a SB” (NARVAI 1999).
1.Reafirmar o princípio de construção do modelo de atenção em saúde, incluindo a SB, referenciado na compreensão da saúde na sociedade, conforme conceito ampliado de saúde expresso na legislação do SUS.	Conhece esse princípio? Como está sendo tratado esse princípio em seu local? Há diferenças entre as UBS da região? Quais
2.Ampliar a compreensão da SB no sentido de qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo. Para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou coletivo, com ações convergentes dos diversos setores, implantadas de forma integrada pelos governos, pelas instancias representativas do controle social e pelas entidades da sociedade civil organizada.	Como está ocorrendo atualmente essa integração? Quais seriam as possíveis tendências? Como as pessoas (comprometidas no processo) têm essa compreensão? Investigar junto à SMS, na região, na coordenação de SB, nas US, com CDs e equipe de SB, colaboradores e usuários se a integração ocorre e desde quando?
3.Definir a política de humanização da atenção à SB como eixo estruturador da atenção e da gestão da saúde, nas três esferas de governo.	Verificar se a definição política nos três níveis já foi efetuada e qual é sua situação em termos de implementação. Quais medidas foram tomadas?
4.Assegurar e ampliar o acesso às ações integrais de SB no SUS, estendendo-a a todas as faixas etárias (segundo OMS).	Como efetivamente nas UBS das UA ocorre esse acesso? Qual a forma de assegurá-lo?
5.Garantir que equipes de SB incluam pelo menos um CD, um THD e um ACD, com isonomia salarial conforme NOB de RH, e realização de concurso público para seleção e contratação dos mesmos, no âmbito do SUS, incluso o PSF.	Levantar a situação atual das equipes e verificar a viabilidade da proposição, tendo em vista as restrições orçamentárias e a Lei de Responsabilidade Fiscal.
6.Estabelecer política de vigilância à saúde que contemple os três grandes componentes: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, e a vigilância ambiental, para melhoria das condições de SB da população e financiamento do SUS.	Em nível municipal como poderia essa política ser operacionalizada? Já há iniciativas? Quais são as da vigilância epidemiológica? Quais as da vigilância sanitária? E as da vigilância ambiental?
7.Garantir o atendimento integral, em especial no que tange ao acesso à atenção secundária e terciária, incentivando a criação de centros de referência de especialidades. É preciso aumentar a capacidade instalada da rede pública e definir, em cada sistema local de saúde, deveres das instituições que o integram, com sistema de referência e contra-referência.	No nível estadual e municipal os orçamentos contemplam essa intenção? Caso positivo, como? Caso negativo, por que não?

“continua”

Apêndice 1 - Roteiro para levantamento da situação atual e condições necessárias para implantar no município de São Paulo as proposições voltadas à organização da atenção em saúde bucal.

“continuação”

8. Estabelecer, efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre as unidades de saúde, os serviços do SUS (incluindo o sistema de referência e contra-referência), os conselhos de saúde e demais instâncias gestoras nas esferas federal, estadual e municipal, privilegiando o controle social.	Quais as facilidades de informática disponíveis para viabilizar essa proposição? Quais estão sendo utilizadas?
9. Implementar a política de Saúde do Idoso nas três esferas de governo, em consonância com o Estatuto do Idoso, com orientações preventivas aos agravos inerentes a idade, respeitando questões étnicas, gênero e orientação sexual. Garantir o funcionamento do Conselho Nacional do Idoso.	Quais as iniciativas na UA (unidade de análise)? Qual o perfil demográfico dos usuários? Existem esses dados? Há grupos de idosos?
10. Estabelecer que cada equipe do PSF conte com no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 técnico em higiene dental e 1 atendente de consultório dentário, trabalhando em tempo integral (40 horas por semana).	Levantar a situação atual das equipes e verificar a viabilidade da proposição, tendo em vista as restrições orçamentárias e a Lei de Responsabilidade Fiscal.
11. Estabelecer protocolos cientificamente validados de inspeção sanitária que contemplem não apenas os aspectos da biossegurança de serviços odontológicos públicos e privados, mas a produção de insumos odontológicos no que tange aos seus registros, produção e comercialização, e ao controle da fluoretação das águas, com divisão de recursos financeiros e responsabilidades nos três níveis de governo.	Verificar se os protocolos foram definidos e como estão sendo operados nos três níveis de governo. Qual é a situação, em termos de implementação, considerando os aspectos de registros, produção, comercialização e controle?
12. Produzir indicadores de saúde, incluindo a qualidade do atendimento prestado. Promover ampla divulgação e facilitar o acesso aos sistemas de informação em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência.	Apurar como estão sendo captados os dados para a produção ou não desses indicadores. Como os indicadores estão sendo construídos e divulgados?
13. Organizar e desenvolver, a partir dos sistemas de informações em saúde e de dados complementares específicos, um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal que facilite a realização de levantamentos epidemiológicos, tanto nacionais quanto em nível loco-regional, e contribua para melhorar a qualidade das informações sobre saúde bucal no país.	Apurar a situação atual e as possibilidades de atender ao preconizado nesse item. Os dados desses levantamentos são utilizados? Como? São realizados levantamentos epidemiológicos loco-regionais? Onde? Quando? Com que finalidade?
14. Implantar um sistema de informações com tratamento estatístico dos dados epidemiológicos para o diagnóstico, controle e planejamento das ações em SB, padronizando, sempre que possível, os procedimentos de atenção e divulgando-os para a população, Estados e Municípios.	Apurar a situação atual e as possibilidades de atender ao preconizado nesse item.
15. Inserir no currículo escolar das escolas de primeiro e segundo grau, conceitos e práticas de saúde bucal, incluindo educação sobre nutrição e dietas adequadas.	Verificar na Secretaria de Educação, junto às escolas das UA, a inserção desses conceitos nas grades curriculares. Se inseridos, como estão sendo construídos.
16. Implementar medidas que visem à redução gradual de alimentos cariogênicos nos ambientes escolares, em especial na merenda escolar, como parte de processos de educação alimentar e nutricional.	Verificar nas Secretarias responsáveis se os cardápios da merenda escolar estão sendo adaptados, levando-se em conta a redução dos alimentos cariogênicos. E outras orientações sobre nutrição? E para que grupo (s)? <i>“continua”</i>

Apêndice 1 - Roteiro para levantamento da situação atual e condições necessárias para implantar no município de São Paulo as proposições voltadas à organização da atenção em saúde bucal.

“continuação”

17. Estabelecer que alimentos e produtos reconhecidamente cariogênicos devem conter no rótulo advertência de que o produto é potencial causador de cárie. Esta alusão deverá estar contida inclusive na publicidade veiculada pelos meios de comunicação.	Essa medida é de âmbito federal. Portanto, depende de legislação específica. Todavia, os órgãos de defesa do consumidor e da regulação de publicidade poderiam ser ouvidos à respeito. Durante a pesquisa poder-se-á investigar junto aos mesmos.
18. Aumentar oferta de medicamentos da Farmácia Básica nas US, incluindo material de SB (escova, pasta e fio dental).	Levantar as iniciativas a respeito. Como estão sendo realizadas?
19. Viabilizar um projeto de integração das áreas de saúde, educação e comunicação social, buscando a formação de profissionais, multiplicadores e professores capacitados para juntos atuarem na promoção de saúde bucal da população.	Levantar em nível das UA a viabilidade, as iniciativas e as possíveis dificuldades para implantar essa proposição. Investigar junto a essas instituições as dificuldades e oportunidades dessa integração.
20. Garantir espaços institucionais em todos os meios de comunicação de massa para veicular informações úteis ao desenvolvimento dos programas de educação em SB, bem como informações sobre o SUS.	Apurar junto aos jornais do município a utilização atual desses espaços institucionais. Constatar junto à assessoria de imprensa da unidade de análise as iniciativas atuais e futuras. Analise documental.
21. Incorporar à responsabilidade intersetorial do SUS, em parceria com o Ministério das Cidades, o controle da qualidade da água, ações de vigilância sanitária, ambiental, e alternativas viáveis para os casos de fluorose.	Essa responsabilidade é de âmbito federal. Verificar como poderá ser estadualizada e/ou municipalizada essa responsabilidade. Isso é interessante? Como operacionalizar?
22. Garantir o cumprimento da Lei 6.050/74 que estabelece obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento.	Verificar junto à SABESP e CMS o cumprimento da Lei 6050/74.
23. Garantir em cada Secretaria Estadual de Saúde, inclusive em suas instâncias regionais, e nas Secretarias Municipais de Saúde, uma coordenação de saúde bucal, assegurando recursos para o adequado desenvolvimento de suas ações.	Consultar a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde sobre a criação do cargo de coordenação de saúde bucal, bem como o quadro de assessores das coordenações.
24. Compreender o PSF como uma estratégia, e não apenas como mais um programa. A estratégia do PSF deve ser entendida como a aplicação plena dos princípios do SUS, notadamente os da universalidade, integralidade, equidade, e do controle social. Reconhecer que o PSF não é a única modalidade de organização da Atenção Básica, mas que, em consonância com as diretrizes do SUS, pode contribuir para melhor organização do Sistema de Saúde brasileiro.	Averiguar a existência de programas de desenvolvimento do pessoal da saúde de forma abrangente, além do PSF, no sentido de capacitar os participantes do processo em que o PSF constitui uma verdadeira estratégia de atuação.
25. Efetivar a Política de Saúde Bucal para atendimento de urgência e emergência em todos os hospitais.	Verificar se UBS, pronto-socorros e hospitais da região estão preparados para atendimentos emergenciais em SB.
26. Garantir que os usuários portadores de deficiência física, mental, motora ou múltiplas, ou de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas tenham o seu atendimento executado em qualquer UBS da rede SUS que deverá contar com arquitetura adequada, normas e rotinas de biossegurança e pessoas devidamente capacitadas para tal fim.	Averiguar se nas UBSs das UA há facilidades para atender o preconizado. Caso não tiver, verificar as disponibilidades da região.

“continua”

Apêndice 1 - Roteiro para levantamento da situação atual e condições necessárias para implantar no município de São Paulo as proposições voltadas à organização da atenção em saúde bucal.

“continuação”

27.Implementar ações de SB junto às populações indígenas após ampla discussão com as suas organizações a fim de se garantir o estabelecimento de um programa de atendimento não mutilador, integral e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo indígena.	Averiguar se na área de abrangência da UA há populações indígenas. Caso positivo, quais as iniciativas a respeito?
28.Assegurar que a ANS amplie os direitos dos titulares de planos e seguros de saúde na área de saúde bucal possibilitando ampliar o grau da atenção.	Assunto de âmbito federal, e os responsáveis pela SB, na ANS poderão ser ouvidos à respeito.
29.Integrar as UBSs às escolas, inclusive nas comunidades indígenas e quilombolas, implantando política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre os hábitos alimentares e preservação ambiental.	Averiguar na UA quais as iniciativas a respeito dessa integração, bem como eventuais dificuldades em implantá-las.Realizar contatos com as secretárias responsáveis, para complementação dos dados obtidos.
30.Proibir a propaganda e comercialização de planos de SB privados dentro de qualquer órgão público, especialmente aqueles vinculados ao SUS.	Consultar o responsável pelas US das UA sobre as intenções à respeito dessa portaria. Consultar os gestores das US à respeito.
31.Garantir que todos estabelecimentos de SB integrantes do SUS tenham licença de funcionamento e revalidação periódica, expedida pelo órgão de vigilância sanitária.	Consultar os órgãos de fiscalização para averiguar se as licenças estão sendo renovadas. Se tiver conhecimento – descrever esse processo.
32.Divulgar para todos os gestores municipais, estaduais, universidades, população e entidades odontológicas as DPNSB do MS.	Iniciativa foi de ordem federal, porém, na unidade de análise verificar se a Secretaria de Saúde efetuou essa divulgação, ou quem a fez? Como?
33.Acompanhar o impacto das ações de SB, com indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.	Levantar a existência do acompanhamento e seus reflexos nos indicadores. Verificar se há indicadores especiais, criados pela unidade e o porquê.
34.Garantir atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares aos casos em outras unidades (pronto atendimento, pronto socorro e hospital).	Pesquisar em todas UA de Pronto Atendimento (PA) e de Pronto Socorro (PS) o cumprimento desses atendimentos.
35.Realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se um laboratório de referência para o exame patológico com agilidade e rapidez.	Levantar se houve campanhas à respeito e se há um programa permanente em vigor. Quais são os procedimentos? Há protocolo?
36.Utilizar produtos com flúor para prevenir a cárie dentária é conquista da odontologia e da saúde pública que precisa atingir a todos os brasileiros. É preciso também que os órgãos de vigilância sanitária controlem a qualidade da água, cremes dentais e dos produtos que contenham flúor.	No âmbito das UA averiguar se há conhecimento de iniciativas a respeito. Solicitar sugestões de como poder-se-ia realizar e coletar dados desse controle.
37.Lutar pelo arquivamento do Projeto de não fluoretar a água no Brasil ou interromper sua continuidade. Deve ser considerada atitude juridicamente ilegal, cientificamente insustentável, e socialmente injusta.	Assunto de ordem federal e de interesse público. Deve ser remetido aos CMS e representantes políticos da população. Há conhecimento se a região, CG e as US tem se inteirado e participado dessa luta?

Apêndice 2 – Itens das diretrizes da política nacional de saúde bucal, diretrizes da política municipal de saúde bucal, 2ª Conferência Municipal de Saúde Bucal e 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que nortearam a formulação dos roteiros de questões para entrevistas.

TEMA	DPNSB	DPMSB	2ª CMSB*	3ª CNSB	Questões do Roteiro
1. Acesso	3.3 3.4 6.5	1.3.3 1.3.7 1.3.8	19. B -19. C 26. A 51 - 54 64. F - 64. R	Eixo 1:29-44-61 Eixo 3: 54 Eixo 4:14 - 38	a. Qual é o procedimento de encaminhamento do usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS) ao programa de Saúde Bucal (SB)? b. Quem procura a UBS para qualquer tipo de tratamento também é encaminhado para o serviço de Saúde Bucal? Como?
2. Espaço físico	4.5	1.3.4 1.3.6	2- 26. C-26. E 42. S-42. T 59	Eixo 1: 57 - 69 Eixo 2: 20 Eixo 4: 31. F	a. Os consultórios são individualizados ou em módulos? b. Há equipamentos especiais (de tecnologia avançada)? c. Há adequação dos consultórios para pacientes especiais?
3. Urgência e Emergência	6.2 4.4	2	26.C 64.A	Eixo 3: 38	a. Onde são realizados os atendimentos? Como?Em que períodos? b. Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa de ASB I? Como é o procedimento? Há encaminhamentos formais? c. Há referência e contra referência? É formal?
4. Programa Saúde da Família (PSF)	2.7 8	1.3.1	42. K 64. k 64. U	Eixo 1: 26 - 27 Eixo 3: 46 Eixo 4: 22.G-31.A	a. Existe na sua área? Como é a atuação? b. Como é a integração da Unidade de Saúde com o PSF? c. Há unidade de PSF com atendimento à Saúde Bucal? d. Como é a integração da UBS com a equipe de saúde bucal do PSF?
5. Centros de Especialidades Odontológicas - CEO	7	3.1	64. E 64. P 64. Q	Eixo 4: 38. D - 38.N 38. O - 38.P 38. Q - 39 - 41	a. Existem na sua área? Quantos? b. Estão funcionando? Se sim – como? Se não - por quê? c. Quais especialidades estão funcionando efetivamente? d. Como os usuários são encaminhados? Com que critérios? e. Há um centro de regulação de vagas? Como funciona?
6. Sistemas de Informações	2.2 2.4 2.5	1.3.5	15 16 17 18 19	Eixo 1: 5-6-9-10-12-14-15- 17-19-20-38-40-41- 42-43-83	a. É utilizado algum sistema de informação em SB na sua US ? b. Qual ou quais? Para que serve(m)? c. Há registros dos procedimentos realizados? d. Quais são? Para que servem? e. Há retorno de envio desses registros? Como? Com que frequência?

“continua”

Apêndice 2 – Itens das diretrizes da política nacional de saúde bucal, diretrizes da política municipal de saúde bucal, 2ª Conferência Municipal de Saúde Bucal e 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que nortearam a formulação dos roteiros de questões para entrevistas.

“continuação”

TEMA	DPNSB	DPMSB	2ª CMSB*	3ª CNSB	Questões do Roteiro
7. Relações Intersetoriais	4.1 5.1.2	1.1.1 1.1.1.2 1.1.1.4	19.G 19. P 19. T	Eixo 1; 33-55-59-79 Eixo 2: 35 -37	a. São levados em consideração temas de SB no projeto pedagógico escolar? b. São levadas em consideração sugestões sobre SB para a qualidade da merenda escolar? Isso está sendo trabalhado? c. São realizadas ações coletivas para a SB em escolas da região? Quais? Como? Qual o número de crianças cobertas pelas atividades? d. Há encaminhamento dos escolares? Para onde? Com que critérios?
8. Parcerias	4.2 4.3 5.1	1 § 12 e 13	13 19. M 26. H 42.B - 42.J- 42.O	Eixo 1: 1-2-4-7-11-46- 50-74 Eixo 2: 22-23- 24 Eixo 3: 15-16- 25	a. Operadoras de Planos de Saúde? Como são? b. Organizações Sociais? Como são? c. Instituição de Ensino? Como são? d. Outras Entidades? Como são?
9. Programas Especiais	6.1 6.5	Anexo 1.3	14 19- 19. F - 19.S 45 50	Eixo 1: 11 - 64 – 65 Eixo 2: 21 Eixo 3: 37 Eixo 4: 38	a. Existem? b. Quais são? c. Como funcionam?
10. Uso do Flúor	5.1.1 5.14	1.1.1.3	25	Eixo 1: 24-35-36 Eixo 2: 14	a. Existe controle do Flúor nas águas de abastecimento nas unidades de sua região? Onde ocorre? b. Existe controle do Flúor no creme dental e em outros produtos? Quem faz? Esses cuidados são repassados aos usuários? c. Quais os critérios para aplicação tópica do Flúor em ações individuais? E coletivas?
11. Material de Higiene Bucal	4.5	1.1.1.2	19. N	Eixo 1; 49-81-83 Eixo 4; 31.C – 31.D	a. Existe oferta de materiais para higiene bucal à população? b. Quais são esses materiais? c. Quais são os critérios para distribuição?
12. DPNSB	-	-	-	Eixo 1: 66-80 Eixo 2: 33	a. Conhece? b. Como tomou conhecimento delas? c. Há quanto tempo (quando)?
13. DPMSB - SP	-	-	-	-	a. Conhece? Se sim - Como tomou conhecimento delas? Há quanto tempo ? b. Foram disponibilizadas ? Como? Quando? c. Como foi a aceitação em sua região? d.Dê exemplos de pontos positivos. e. Dê exemplos de pontos negativos. f. Você tem sugestões? Quais?.

Apêndice 3 – Roteiro de Questões para Entrevistas

Universidade de São Paulo
Brasil

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde Bucal Coletiva. Orientador: Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez. Aprovação: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - CEP/SMS: Parecer nº0022/2006. Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/ USP - COEP: Protocolo nº1401.

“Estudo da Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo”

Roteiro de Questões para Entrevistas Semi-Estruturadas com Coordenadores da ASB, Entrevistas de Grupo com Supervisores da Atenção à Saúde Bucal (ASB) e para Grupo Focal com as Equipes de Saúde Bucal no Município de São Paulo.

1. Acesso
 - a. Qual é o procedimento de encaminhamento do usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS) ao programa de Saúde Bucal (SB)?
 - b. Quem procura a UBS para qualquer tipo de tratamento também é encaminhado para o serviço de Saúde Bucal? Como?
2. Espaço físico para atendimento odontológico.
 - a. Os consultórios são individualizados ou em módulos?
 - b. Há equipamentos especiais (de tecnologia avançada)?
 - c. Há adequação dos consultórios para pacientes especiais?
3. Urgência e Emergência em Saúde Bucal.
 - a. Onde são realizados os atendimentos? Como?
 - b. Em que períodos?
 - c. Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa de Atenção à Saúde Bucal? Como é o procedimento? Há encaminhamentos formais?
 - d. Há referência e contra referência? É formal?
4. Programa Saúde da Família (PSF)
 - b. Existe na sua área? Como é a atuação?
 - c. Como é a integração da Unidade de Saúde com o PSF?
 - d. Há unidade de PSF com atendimento à Saúde Bucal?
 - e. Como é a integração da UBS com a equipe de saúde bucal do PSF?
5. Centros de Especialidades Odontológicas - CEO da Região
 - a. Existem na sua área? Quantos?
 - b. Estão funcionando? Se sim – como? Se não - por quê?
 - c. Quais especialidades estão funcionando efetivamente?
 - d. Como os usuários são encaminhados? Com que critérios?
 - e. Há um centro de regulação de vagas? Como funciona?
6. Programas Especiais (mãe paulistana, DST/AIDS, população indígena, quilombolas, ou outros grupos).
 - a. Existem? Quais são? Como funcionam? *“continua”*

Apêndice 3– Roteiro de Questões para Entrevistas

“continuação”

Faculdade de Saúde Pública

7. Sistemas de Informações
 - a. É utilizado algum sistema de informação em SB na sua Unidade de Saúde (U.S.)?
 - b. Qual ou quais? Para que serve(m)?
 - c. Há registros dos procedimentos realizados?
 - d. Quais são?
 - e. Para que servem?
 - f. Há retorno de envio desses registros? Como? Com que frequência?
8. Relacionamentos com a Secretaria da Educação e Secretaria de Abastecimento.
 - a. São levados em consideração temas à respeito da Saúde, incluindo a Saúde Bucal no projeto pedagógico escolar?
 - b. São levadas em consideração sugestões sobre Saúde Bucal para a qualidade da merenda escolar? Isso está sendo trabalhado?
 - c. São realizadas ações coletivas para a Saúde Bucal em escolas da região? Quais? Como? Qual o número de crianças cobertas pelas atividades?
 - d. Há acordos de encaminhamento dos escolares para atendimento? Para onde? Com que critérios?
9. Parcerias ou Relacionamentos (complementariedade do sistema).
 - e. Operadoras de Planos de Saúde? Como são?
 - f. Organizações Sociais? Como são?
 - g. Instituição de Ensino? Como são?
 - h. Outras Entidades? Como são?
10. Uso do Flúor.
 - a. Existe, nas unidades, controle do Flúor nas águas de abastecimento? Onde ocorre?
 - b. Existe, nas unidades, controle do Flúor no creme dental e em outros produtos? Onde esses cuidados são repassados aos usuários?
 - c. Quais os critérios para aplicação tópica do Flúor em ações individuais e coletivas?
11. Material para higiene bucal.
 - a. Existe oferta desses materiais à população?
 - b. Quais são?
 - c. Quais são os critérios para distribuição?
12. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
 - a. Conhece?
 - b. Como tomou conhecimento delas?
 - c. Há quanto tempo (quando)?
13. Diretrizes específicas para o Município de São Paulo.
 - a. Conhece? Se sim - Como tomou conhecimento delas? Há quanto tempo (quando)? Se não, por quê?
 - b. Foram disponibilizadas para a equipe? Como? Quando?
 - c. Como foi a aceitação em sua região?
 - d. Dê exemplos de pontos positivos sobre a implantação das Diretrizes para a Atenção à SB.
 - e. Dê exemplos de pontos negativos sobre a implantação das Diretrizes para a Atenção à SB.
 - f. Você tem sugestões? Quais?

Apêndice 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAR COMO SUJEITO DA PESQUISA COM O TÍTULO “Estudo da Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo”. **Em duas vias: uma para o participante voluntário (sujeito da pesquisa) e outra para o pesquisador.**

Sou Laura Pereira Robles, aluna da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, inscrita no programa de pós-graduação (doutorado) sob o número USP: 4119628 e pretendo realizar o trabalho intitulado “Estudo da Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo”.

Introdução: As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB) de 2004 constituem reorientação para os serviços de saúde bucal no País. **Objetivos:** **a)** Observar a adesão do Município às DPNSB em relação à Atenção à Saúde Bucal (ASB) e adequação às regiões e recursos gerais. **b)** Sugerir procedimentos facilitadores de gestão. **Método:** Qualitativo - As fontes de dados provirão de: entrevistas com gestores e supervisores da ASB, coordenadores do Programa Saúde da Família, grupos focais (GF) - com a participação de representantes dos Conselhos Gestores e das Equipes de trabalho em Saúde Bucal das Unidades Básicas de Saúde e Clínicas Especializadas, documentos referentes aos procedimentos e observação das atividades desenvolvidas pela Coordenação de Desenvolvimento de Programa e Políticas de Saúde (CODEPPS).

Participantes (Sujeitos da Pesquisa): Foram selecionados por conveniência e para a formação dos GF a escolha foi de modo que cada sujeito pertença a um espaço diferente. Os convidados - que livremente consentem comparecer e aceitem fazer depoimentos a respeito do tema - após terem sido esclarecidos sobre o estudo, terão garantias de anonimato e confidencialidade. Para isso os voluntários deverão firmar o compromisso de sua participação. Garantir-se-á impessoalidade e sigilo das respostas ao roteiro elaborado para a pesquisa. Dados individuais não serão divulgados e serão respeitados aspectos éticos. Os depoimentos nos grupos, entrevistas, anotações de campo e documentos consultados uma vez transcritos e analisados com rigor constituirão os resultados.

Forma de esclarecimentos: *Eu, pesquisadora estarei disposta a esclarecer dúvidas e informar sobre os resultados da pesquisa a CODEPPS.*

Desconfortos, riscos e benefícios: Como não se prevê nenhuma sanção pessoal ou coletiva em relação às opiniões firmadas, nenhum risco é previsto para o depoente. Os procedimentos utilizados neste estudo, não oferecem desconforto nem danos transitórios ou permanentes ao voluntário e estão de acordo com as normas ditadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os benefícios serão: conhecer a adesão às DPNSB e possíveis propostas para melhoria da gestão.

Resultados Esperados: Grau de aderência e adequação das DPNSB observadas nas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde do Município.

Indenizações: *Não previstas, pois os voluntários serão acolhidos em local adequado e seguro.*

Declaro que li e entendi a proposta do estudo e a minha participação. As dúvidas foram esclarecidas em linguagem clara. Consinto livremente em participar como sujeito desta pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2007.

Pesquisador: Laura Pereira Robles Número USP: 4119628

Assinatura do Voluntário.....

Nome do Voluntário

RG do voluntário.....

Para solução de dúvidas ou esclarecimentos, contatar a pesquisadora responsável: Laura P. Robles (F: 8111-8607).

Apêndice 5 – Convite para participação dos grupos

Faculdade de Saúde Pública
USP **Universidade de São Paulo**
 Brasil

Convite para Participação de Grupo de Discussão (GRUPO FOCAL)

Tema:

“Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo”

Data: 17 de março de 2007

Horário: 9 Horas

Local: Sala Walter Belda - Faculdade de Saúde Pública / USP
 Avenida Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César
Metrô Clínicas

Prezado (a) Sr. (a) Representante do Conselho Gestor (Usuário)

Sou aluna da Pós-Graduação (Doutorado) na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Estou pesquisando sobre a **Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo (MSP)**.

O objetivo do estudo é conhecer o que o Município de São Paulo acolheu das propostas das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPNSB) de 2004, para a Atenção à Saúde Bucal, observando: contrastes operacionais, recursos e adequação às regiões.

Os resultados esperados são: conhecer a aderência e adequação das DPNSB na Atenção à Saúde Bucal no MSP, a partir (dentre outros) de vossos depoimentos.

A Coordenação de Políticas e Programas de Saúde (CODEPS) apresentou-me às Coordenações Regionais de Saúde e considera que “... o estudo refere-se à cidade de São Paulo e poderá contribuir com subsídios para esta administração...”.

O procedimento para coleta dos depoimentos é o do Grupo Focal, onde em uma reunião presencial, representantes dos Conselhos Gestores (segmento usuário), expressarão suas considerações sobre questões do tema, numa discussão coordenada e sob um roteiro especialmente elaborado.

Ressalto que o referido trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da FSP/USP e da Prefeitura do MSP.

Peço que **confirme sua participação**, pois ela é muito importante para o estudo. (A data e horário da reunião seguem abaixo).

Agradeço a colaboração, atenciosamente

Laura Pereira Robles

Cel.: 8111- 8607 / Com.: 5574-5236

lauraperobles@usp.br

Local: Faculdade de Saúde Pública – USP

Avenida Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César – **Metrô Clínicas**

Sala Walter Belda

Data: 17 de março de 2007 Horário: 9 Horas

Apêndice 6 – Perfil dos Participantes

Universidade de São Paulo

Brasil

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública. Orientador: Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez. Aprovação: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - CEP/SMS: Parecer nº0022/2006. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: Protocolo nº 0129/05. Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/ USP - COEP: Protocolo nº1401.

Dados dos Coordenadores da Área Técnica de Saúde Bucal entrevistados

1. Sexo
() Feminino () Masculino
2. Tempo de formado
_____ anos
3. Tem Pós-Graduação? Qual (is)?
() Especialização () Mestrado () Doutorado
4. Tempo de atuação no cargo de Coordenador de Saúde Bucal:
() menos de um ano () de 1 a 2 anos
() de 3 a 5 anos () mais de 5 anos
5. O cargo é formal?
() Sim () Não
6. Recebe adicional de cargo?
() Sim () Não
7. Trabalha em período
() Integral () Parcial
8. Qual o requisito para exercer este cargo?

9. Quantas sub- prefeituras existem em sua área ()
10. Quantos interlocutores se reportam à sua coordenação ()
11. Qual o critério de seleção para os interlocutores de saúde bucal? E para os coordenadores?

12. Preencha o número de unidades de saúde sob sua coordenação:
UBS () AE () PSF () CEO () CRDST/AIDS () AE DST/AIDS ()
13. Observações:
OBS: Este mesmo roteiro foi utilizado para coleta de dados dos interlocutores.

Apêndice 6 – Perfil dos Participantes

“continuação”

Universidade de São Paulo
Brasil

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública. Orientador: Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez. Aprovação: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - CEP/SMS: Parecer nº0022/2006. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: Protocolo nº 0129/05. Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/ USP - COEP: Protocolo nº1401.

Dados dos Componentes das Equipes de Saúde Bucal - Região Sudeste (Participantes do Grupo Focal)

Dentistas

1. Sexo
() Feminino () Masculino
2. Tempo de formado
_____ anos
3. Tem Pós-Graduação? Qual (is)?
() Especialização () Mestrado () Doutorado Obs.....
4. Tempo de atuação na Prefeitura do Município de São Paulo no cargo:
() menos de um ano () de 1 a 2 anos
() de 3 a 5 anos ()
5. Tempo de atuação no PSF
() menos de um ano () de 1 a 2 anos
() de 3 a 5 anos ()
6. Recebe algum adicional?
() Sim () Não
Se Sim Por Que?.....
7. Trabalha em período
() Integral () Parcial
8. O seu trabalho é em equipe?
Quatro mãos() seis mãos () isolado ou em outro sistema()
9. Qual o requisito para exercer este cargo?

10. Qual o critério de seleção?

11. Preencha o(s) tipo(s) de unidade(s) onde trabalha:
UBS () AE () PSF () CEO () CRDST/AIDS () AE DST/AIDS () Outra.....
12. Suas atividades são (exclusivamente) nas unidades citadas
13. Observações

Apêndice 6 – Perfil dos Participantes

“continuação”

Universidade de São Paulo
Brasil

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública. Orientador: Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez. Aprovação: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - CEP/SMS: Parecer nº0022/2006. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: Protocolo nº 0129/05. Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/ USP - COEP: Protocolo nº1401.

Dados dos Componentes das Equipes de Saúde Bucal

Região Sudeste (Participantes do Grupo Focal) – Pessoal Auxiliar: ACD () THD () TPD ()

1. Sexo
() Feminino () Masculino
 2. Tem formação? Há quantos anos? _____
 3. Tempo de atuação na Prefeitura do Município de São Paulo no cargo:
() menos de um ano () de 1 a 2 anos
() de 3 a 5 anos ()
 5. Tempo de atuação no PSF
() menos de um ano () de 1 a 2 anos
() de 3 a 5 anos ()
 4. Recebe algum adicional?
() Sim () Não
Se sim: Por que?
 5. Trabalha em período
() Integral () Parcial
 6. O seu trabalho é em equipe?
Quatro mãos () seis mãos () isolado () em outro sistema ()
.....
 7. Quais os requisitos para exercer este cargo?
.....
 8. Qual o critério de seleção?
.....
 9. Preencha o(s) tipo(s) de unidade(s) onde trabalha:
UBS () AE () PSF () CEO () CRDST/AIDS () AE DST/AIDS () Outras.....
 10. Suas atividades são (exclusivamente) nas unidades citadas?
.....
- Observações:

Apêndice 6 – Perfil dos Participantes

“continuação”

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação: Serviços de Saúde Pública. Orientador: Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez. Aprovação: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - CEP/SMS: Parecer nº0022/2006. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: Protocolo nº 0129/05. Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/ USP - COEP: Protocolo nº1401.

Dados dos Representantes dos Conselhos Gestores de Saúde Bucal

1. Sexo: Feminino () Masculino ()
2. Profissão.....
3. Por que se interessou em ser Conselheiro?.....
4. Sua participação no Conselho Gestor foi por:
() Eleição () Indicação Política () Escolha da Chefia () Outros.....
5. Em que nível do Conselho Gestor o Sr. ou Sr^a. atua?
() Unidade de Saúde () Supervisão () Coordenação () Outros.....
6. Houve capacitação? Sim () Não () .Se houve, quem aplicou e onde?.....
7. Tempo de atuação na Prefeitura de São Paulo como Conselheiro:
() menos de um ano() de 3 à 5 anos() de 1 à 2 anos() Outro
8. Qual a frequência das reuniões do Conselho Gestor?
() 1 vez por mês () Outra :
9. Quais os seus objetivos como conselheiro?
10. Como é o seu trabalho como Conselheiro?
Descreva-o:
.....
11. Quais os requisitos para exercer este cargo?
.....
12. Atualmente suas atividades são exclusivamente no Conselho? () Sim () Não
13. Quais suas outras atividades?
14. Atua em alguma(s) outra(s) associação (ões)? Qual (is)?
15. Está exercendo atividade remunerada?
() Sim () Não () Aposentado
16. Quais os cargos que já ocupou?

Atenciosamente Agradeço: Laura Pereira Robles

Apêndice 7 – Matriz para esquema analítico de posturas, categorias e sujeitos.

Urgência e Emergência – CG

<p>a. Onde são realizados os atendimentos? Como? Em que períodos?</p> <p>b. Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa Saúde Bucal da UBS? Como é o procedimento? Há encaminhamentos formais?</p>	
Sinais, Significados e Sentimentos	<p><i>Imposições, Ameaças, Frustrações, Descrédito.</i></p> <p>- Olha se a senhora não for atender agora, olha eu não sei... eu vou na Coordenação, na Supervisão, Conselho Municipal eu não sei onde eu vou, mas que sra. vai ter que atender vai."</p>
Idéias Centrais	<p>- o dentista vai avaliar</p> <p>- tem um trabalho com demanda de emergência</p> <p>- Não existe um padrão.</p> <p>- a questão não é a ordem da supervisão é a gerente que impôs para a dentista.</p> <p>- Após a emergência vai para o agendamento.</p> <p>Agendamento mesmo em casos de urgência</p>
Expressões-Chave	<p>O dentista vai avaliar, deu aquele, aplicou o remédio pra tirar dor, aí vai falar pra ela: "Olha você vai ter que voltar na UBS, no seu bairro e entrar na fila da emergência pra fazer tratamento".</p> <p>- chegou com dor você entra, não é mandado embora,</p> <p>>>a questão não é a ordem da supervisão é a gerente que impôs pra dentista: "Olha, chegou aqui com dor não vai sair"</p> <p>>> isso não acontece com frequência na região né, é na unidade...</p> <p>>> conforme a dentista também...</p> <p>o dentista vai avaliar, deu aquele...Aplicou o remédio pra tirar dor, aí vai falar pra ela: "Olha você vai ter que voltar na UBS, no seu bairro e entrar na fila pra fazer tratamento".</p> <p>Eu acho que varia de unidade pra unidade e de profissional pra profissional.</p> <p>- Olha se a senhora não for atender agora, olha eu não sei... eu vou na Coordenação, na Supervisão, Conselho Municipal eu não sei onde eu vou, mas que sra. vai ter que atender vai" (com criança acidentada).</p>
Problemas	<p>- varia de unidade pra unidade, profissional pra profissional.</p> <p>- Prioridades: se for deficiente, se for idoso, se for gestante sim; porque se chegar lá uma jovem ou um rapazinho "vai no dentista particular, a prioridade já tá lá!" prioridade, é prioridade....</p> <p>- Não existe um padrão.</p> <p>- falta médico e falta procedimento dentro das Unidades, aparentemente tem unidade que não tem o procedimento. Como deve ser atendido? Quais são as prioridades? Prioridades é gestante ou prioridade é emergência? É Pronto-Socorro ou não é Pronto-Socorro? Qual é ? o que deve ser adequado? Agora é o que eu falei, tá faltando um projeto de procedimentos dentro das unidades.</p> <p>um caso difícil, às vezes por conta do profissional que não quer, entendeu... mesmo acidente... Conforme o dentista...</p> <p>O paciente será medicado para sanar a dor e voltará para uma fila de espera para o tratamento.</p>
Pontos Positivos	Na emergência todo paciente será encaminhado para o serviço S.B. ????
Propostas	Prioridades - é gestante ou prioridade é emergência? É Pronto-Socorro ou não é Pronto-Socorro? Qual é ? o que deve ser adequado? Agora é o que eu falei, tá faltando um projeto de procedimentos dentro das unidades.
Outras Observações	>> Eu vou dar um exemplo de mim, eu fiquei um ano e meio pra fazer um canal, um ano e meio e com três dias que o dentista fechou o dente ele quebrou!...

Apêndice 7 – Matriz para esquema analítico de posturas, categorias e sujeitos. Urgência e Emergência – ESB

<p>a. Onde são realizados os atendimentos? Como? b. Em que períodos?</p> <p>c. Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa de Atenção à Saúde Bucal? Como é o procedimento? Há encaminhamentos formais? d. Há referência e contra referência? É formal?</p>	
Sinais, Significados e Sentimentos.	- Há um acolhimento ao paciente em situação de urgência.
Idéias Centrais	<p>- Cumpre-se o protocolo de não recusar emergências, mesmo sendo CEO.</p> <p>- Orientam o usuário a buscar a vaga do dia para não tornar a urgência em porta de entrada sem a triagem.</p> <p>- O atendimento de Urgência e Emergência faz parte da rotina diária.</p>
Expressões-Chave	<p>- A minha unidade no..., o paciente chega no balcão e fala que está com dor,..., vão fazendo uma listinha de espera, então cada dentista tem pelo menos uma vaga de emergência por dia garantida, então um,..., primeiro paciente faltar, dá aquela tolerância de quinze a vinte minutos, não veio, já encaixa a emergência, e assim vai distribuindo aos dentistas ao longo do dia.</p> <p>>>chegou lá com dor, né, claro que tem hemorragia, abscesso, trauma, tem alguns critérios assim que o balcão já seleciona, mas eu mesmo além dos meus pacientes agendados da endo eu atendo urgência, todos lá. Porque é uma procura que você tem que atender, a gente não pode devolver para a UBS, vai para a UBS mais próxima, não a gente atende lá também, agora a gente já teve uma reunião com a C. e ela falou que o CEO não deve atender urgência, não deve atender clínico geral, né, só que lá a gente por enquanto ainda está atendendo porque provavelmente vão montar um serviço para atenderem essa demanda, mas agora, atualmente ainda está.</p> <p>>>antes eles atendiam cinco bases e duas emergências, aí mudou agora para especialidades, então eles atendem seis especialidades, normalmente é agendado cinco, como às vezes são só retorno de próteses, os protéticos atendem seis, e uma emergência, e a endo atende três pacientes marcados da emergência, aí se acontece de todos eles já atenderam a emergência e os pacientes deles, por exemplo, se vem três e um dos três não vem agente marca mais uma emergência, no lugar do paciente que estava marcado e não veio. Aí já atenderam essa quantidade de pacientes que era para atender, aí a gente pede para vir no segundo período, que lá são três períodos, aí se chega ao segundo período e já foi atendido também, a gente faz no terceiro período, porque as vezes acontece de chegar no segundo período e já ter acabado as vagas de emergência, a gente fala vem no terceiro período em três horas, que quem atende as emergências, se não conseguir pode mandar vir no outro dia, porque acontece</p> <p>>>- Não é porque você atendeu uma emergência que você não vai atender mais, depende muito, né.</p> <p>>>é claro o paciente chega lá com dor você não vai mandar embora porque acabou as vagas.</p> <p>>>- Tem gente que faz assim, tenta entrar pela urgência para ver se consegue a vaga.</p> <p>>>- Tem muita gente fazendo tratamento só na emergência, então tem que tomar cuidado. Então está cuidando do dente, está tratando.</p> <p>>> Eles são orientados em cada unidade a procurar vaga ao dia, é isso, resolve recomendar urgência e orienta tal data, chega cedinho de madrugada para conseguir marcar também.</p> <p>>> se for uma consulta mais de urgência entre aspas, porque às vezes eles querem uma consulta, a urgência, urgência mesmo, um trauma ou o paciente com dor, ela é atendida no período em que a gente está trabalhando, e a urgência ela acaba sendo, a gente procura dificultar isso, mas em todo caso ela é sim uma porta de entrada, porque alguns pacientes que a gente vê que tem necessidade de tratamento quase imediato, com várias extrações ou vários dentes que precisam, que tem algum abscesso a gente acaba encaixando para o tratamento, porque isso facilita para a gente que é preferível a gente atendê-los agendados do que, porque ele vem na urgência, é bem atendido, ele sabe que vem na urgência outra vez e não vai ser atendido, e está com dor e tal, então a gente prefere em alguns casos estar agendando, a gente procura dificultar isso para que faça com que a triagem, a situação de risco seja,</p> <p>>> explicando para o paciente as regras, que ele não pode faltar, porque normalmente aquele paciente que consegue ser atendido por urgência, é aquele mais folgado entre aspas e não quer seguir as regras e que acha que pode chegar no horário, a hora que quiser e que vai ser atendido e a gente explica de faltas, se faltar vai perder a vaga, porque assim, a gente está abrindo uma exceção.</p>
Problemas	<p>- Há uma demanda elevada também na Urgência e Emergência.</p> <p>>> aí se acontece de todos eles já atenderam a emergência e os pacientes deles, por exemplo, se vem três e um dos três não vem a gente marca mais uma emergência, no lugar do paciente que estava marcado e não veio. Aí já atenderam essa quantidade de pacientes que era para atender, aí a gente pede para vir no segundo período, que lá são três períodos, aí se chega ao segundo período e já foi atendido também, a gente faz no terceiro período, porque as vezes acontece de chegar no segundo período e já ter acabado as vagas de emergência, a gente fala vem no terceiro período em três horas, que quem atende as emergências, se não conseguir pode mandar vir no outro dia, porque acontece.</p> <p>- Em alguns locais e dias há apenas um profissional trabalhando então o atendimento das urgências fica bem difícil.</p> <p>- os pacientes são encaixados no decorrer do dia, podendo vir a serem orientados para retornar no dia seguinte por falta de vaga ou por falta de material.</p>
Pontos Positivos	- é uma maneira de se evitar vagas ociosas nas agendas e dar atendimento de urgência ao usuário.
Propostas	<p>- alguns pacientes seguem o tratamento após terem entrado pela urgência, porque é preferível que eles sigam os tratamentos agendados, mesmo que por encaixes.</p> <p>- agora a gente já teve uma reunião com a C. e ela falou que o CEO não deve atender urgência, não deve atender clínico geral, né, só que lá a gente por enquanto ainda está atendendo porque provavelmente vão montar um serviço para atender essa demanda, mas agora, atualmente ainda está.</p>
Outras Observações	- (mudanças relativas as diretrizes ?) >>antes eles atendiam 5 bases e 2 emergências, aí mudou agora para especialidades, então eles atendem 6 especialidades, normalmente é agendado 5, como às vezes são só retorno de próteses, os protéticos atendem 6, e 1 emergência, e a endo atende 3 pacientes marcados da emergência.

Apêndice 7 – Matriz para esquema analítico de posturas, categorias e sujeitos.

Urgência e Emergência - Interlocutores 19 -10-2006

<p>a. Onde são realizados os atendimentos? Como?</p> <p>b. Em que períodos?</p> <p>c. Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa de Atenção à Saúde Bucal? Como é o procedimento? Há encaminhamentos formais?</p> <p>d. Há referência e contra referência? É formal?</p>	
Sinais, Significados e Sentimentos.	
Idéias Centrais	<p>>>Ele vai pra unidade, e aí ele é triado, verifica-se se realmente é urgência odontológica e ele é encaixado, ou ele é atendido no início do período ou ele é atendido no final do período.</p> <p>>> é no horário da UBS.</p>
Expressões-Chave	<p>>>Ele vai pra unidade, e aí ele é triado, verifica-se se realmente é urgência odontológica e ele é encaixado, ou ele é atendido no início do período ou ele é atendido no final do período.</p> <p>>> é no horário da UBS. >> É no Pronto Atendimento. >> Pronto Socorro.</p> <p>>> porque nós não temos, algumas unidades, a gente tem dentista, por exemplo, no primeiro período mas não tem no segundo período, falta RH .</p> <p>>> eles vão para outra unidade ou para PA.</p> <p>>> então não existe um horário assim específico, a unidade junto à comunidade ela já acaba orientando, falando “olha...”, a própria comunidade já sabe né, que tem dentista ali só de manhã, então chega, acordar com dor de dente ele tem que correr logo pro primeiro período porque ...</p> <p>>> é assim, a emergência, é uma coisa que a gente tem muito claro né, tem que ser, é um paciente pra entrar no programa secundária e abrangência. Tem outros municípios que tem fronteira com algumas unidades que têm emergência, então é resolvido o caso de dor dele e encaminhado pra Atenção Básica do Município dele...</p> <p>>> Aí vai que entrar naquela lista lá do começo da conversa...</p> <p>>> aí ele vai pra demanda espontânea. >> “espontânea” ? Risos >> que é a lista ...</p> <p>>> e uma coisa que eu acho importante também que ela falou é assim, tem muitos usuários que devido à essa demanda que a gente às vezes não consegue estar absorvendo, ele tenta estar entrando nas UBS através do tratamento da urgência, então a gente tem que ter muito critério, a gente pede pros profissionais terem muito critério, até pra avaliar se é realmente urgência, e atender realmente essa urgência e levar esse usuário pro procedimento normal, pro atendimento normal, porque como a demanda é muito grande, às vezes os usuários tentam entrar na UBS através da urgência.</p> <p>>> tentam de várias formas, e mesmo tendo às vezes as nossas áreas de abrangência, isso muitas vezes considerando uma vaga de especialidade alguma coisa assim, eles vão tentando assim, vão colocando o nome dele em todas as UBS, o que chamar primeiro ele tá no lucro, só que ele esquece às vezes de avisar à unidade onde ele deixou o nome, então às vezes acaba acontecendo isso...</p> <p>>> mas aí que eu acho que deveria ter um protocolo, porque quando acontece essas coisas normalmente a gente acaba percebendo, pra, ah, porque a mãe começa a gritar na porta, faz escândalo, cria caso... um horror, é tão desgastante, que a gente acaba atendendo...</p> <p>>> e daí ela vai fazer isso sempre, ela nunca mais entra no fluxo normal</p>
Problemas	<p>>> infelizmente a gente tem assim uma quantidade de instrumentais que não é suficiente pra todos. Então vamos supor, você vai fazer uma exodontia nessa criança, que poderia aguardar uma semana, ou de repente esse dentinho ele mordeu uma maçã, você orienta pra comer coisas duras e o próprio dentinho acaba ocorrendo essa esfoliação, e aparecer realmente um paciente com uma dor aguda uma pulpite, alguma coisa que você precise usar uma Seringa Carpule pra fazer anestesia, e você não ter mais porque você usou pra esse outro paciente, então por isso que tem a necessidade de fazer essa triagem pra saber se realmente é uma urgência...</p> <p>>> a pulpite que não é pulpite...</p> <p>>> é... não maioria é tudo crônico.</p> <p>>> e tá na cara do paciente que está com dor né...</p> <p>>> “ah, eu estou dor de dente há dois meses” uê...</p> <p>>> “é aí hoje resolvi acordar e ao invés de ir trabalhar vim aqui né...” Risos</p> <p>>> quero atestado... >> aquele dia de sol né...</p>
Pontos Positivos	
Propostas	<p>>> se a equipe fizesse um protocolo, porque eu acho que o protocolo tem que nascer da base, não de cima, tem que ser da base, estar atendendo esse protocolo o que a gente está vivendo no dia-a-dia, encima desse protocolo pode gritar, espremer e mesmo que ela fale na ouvidoria, nos podemos obter o respaldo da Secretaria para a gente não engolir seco esse sapo.</p>
Outras Observações	<p>>>ou ouvidoria, quando não dá certo eles entram com ouvidorias >> Vereador (para tentar antecipar o seu lugar na lista de espera)</p> <p>>> por que às vezes assim, a mãe chega assim: “olha meu filho está com o dente mole o outro já está nascendo” pra ela aquilo é uma urgência...</p> <p>>> já está lá mesmo...>> dia de coleta é uó>> e resolveu “aproveitar”....</p> <p>>>como que a gente se preocupa, porque aí a gente vai ter para onde referenciar, e ela mandou se não me falha a memória, ela passou alguns endereços, que todos que eu tentei, nenhum eu consegui</p> <p>>> nenhum, então assim, foi uma coisa que não ficou fechada, você acha que por trás tem uma interligação, porque né, a atenção secundária e terciária, e no fundo não tem pra eles virarem pra você e perguntarem se lá onde você conseguiu referência, se tem químico e radio ? eu me recusei até a responder, falei: “eu não vou responder”, porque eu acho assim, um absurdo, porque a professora (da X) virou pra mim e falou assim: “X, vocês não tem?”... Você fica com cara de tacho...</p>

Apêndice 7 – Matriz para esquema analítico de posturas, categorias e sujeitos.

Urgência e Emergência - Interlocutores 21 -10-2006

<p>a. Onde são realizados os atendimentos? Como?</p> <p>b. Em que períodos?</p> <p>c. Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa de Atenção à Saúde Bucal? Como é o procedimento? Há encaminhamentos formais?</p> <p>d. Há referência e contra referência? É formal?</p>	
Sinais, Significados e Sentimentos.	- interessados nos casos reais de emergência.
Idéias Centrais	- discussão do que é emergência - a emergência como porta de entrada
Expressões-Chave	<p>>> a minha experiência, porque eu faço atendimento ainda. Quarta-feira é o dia que a gente mais atende emergência, porque todo mundo vai ao médico, e é o dia que mais clínica tem, e a pessoa já que está no posto de saúde, já que vai ao médico, vai ao dentista também, e traz os quatro filhos pra passar... Então quarta-feira é um dia que acontece muito isso...</p> <p>>> seria o dia da emergência....</p> <p>então provando mais um vez, que a prioridade talvez não seja a odontologia, ou então, lembrem da gente só quando tá doendo, ou só quando... a mentalidade da população é essa. Dentista é igual Santa Bárbara, só lembra de Santa Bárbara quando tropeja, só lembram do dentista quando tá doendo....</p> <p>>> mas isso é "pseudo-urgência né...</p> <p>>> tenho uma experiência legal,...então tudo caía lá. Tudo era lá, porque tinha o acesso mais fácil. E o dentista, ele não dava conta – isso foi antes das diretrizes, dessas coisas e tal, ele não dava conta, ele não conseguia atender, porque ele ficava o dia inteiro atendendo urgência. O dia inteiro não né, o período que ele tava lá. Aí ele, da cabeça dele, eu achei super legal isso aí sabe... ele falou assim "<i>não, eu tenho que fazer alguma coisa, sei lá</i>", então ele chamou essa população de entorno lá não-sei-o-quê e criou. Ele falou: "<i>eu quero ver o que esse povo tem na boca!</i>". Então ele começou a fazer assim, porque ele via que ele chamava 100 pessoas, aí via quem tava pior, na cabeça dele lá, e começou a limpar, a tirar, o foco de atenção da boca da pessoa. Ele passou seis meses fazendo isso, aí faz um ano mais ou menos que ele contou essa história, uma ano e pouquinho... e alguns meses Depois disso, essas emergências diminuíram, sabe, e isso era as diretrizes que a gente tava aplicando na época, fazendo as oficinas e tal pra isso, então ele já veio com essa história, intuitivamente, Ele que não conseguia trabalhar absolutamente, porque ele só atendia emergência.</p> <p>>>tem unidade que marca hora pra emergência. Uma emergência às 7 uma emergência às 11, puxa, emergência não tem hora! Mas também você não vai ficar, se você chegar num dia lá, você tem paciente 7 horas da manhã e tem 10 emergência, você vai ter que desmarcar seus pacientes pra atender só emergência. Então algumas coisa você tem que fazer, então eu acho que essa adequação aí da boca, que esse menino fez intuitivamente, foi um processo que dá certo, mas a emergência ela tem que ser revista ...</p> <p>>>Assim, alguns capôs nem todo capô faz cabeça e pescoço, pra começar... então a gente já começa com problema aí né... então o que a gente tá batendo mesmo é uma coisa informal, ou é não-sei-quem, não-sei-quem, agora o que a gente tá tentando lá na secretaria, é fazer com que isso seja formalizado né, que as pessoas tenham garantia de referência, todos estão sendo tratados, desses 26 que a gente encontrou esse ano, todos estão com tratamento, graças a Deus, mas alguns com alguns esforço.</p>
Problemas	Quarta-feira é o dia que a gente mais atende emergência, porque todo mundo vai ao médico, e é o dia que mais clínica tem, e a pessoa já que está no posto de saúde, já que vai ao médico, vai ao dentista também, e traz os quatro filhos pra passar... Então quarta-feira é um dia que acontece muito isso...
Pontos Positivos	>> é pra isso tem a triagem, eu acho que a triagem, pelo menos que a gente tá tentando fazer lá na minha região, ela tem dado certo. Você tria, seleciona, e aquela pessoa que tá com dor que ela vai...
Propostas	então eu acho que essa adequação aí da boca, que esse menino fez intuitivamente, foi um processo que dá certo, mas a emergência ela tem que ser revista ...
Outras Observações	<p>>> ...a alguma coisa de trabalho, não é? eu acho eu tenho tentado...porque eu tô fazendo mestrado, então eu tenho tentando conhecer porque que a pessoa, porque que quando você tá, você tá doente, você fala assim: "<i>Puxa, não tô bem de saúde !</i>" você tem muita chance de morrer dali a cinco anos, e na bucal não é assim, você fala: "ah, minha saúde bucal tá péssima", não tá ótima, o dentista vai dizer que tá péssima, né... é totalmente diferente a saúde geral da saúde bucal né. A saúde geral, se você fala "<i>eu não tô legal</i>", você não tá legal mesmo! Agora a saúde bucal não, você fala "<i>a minha saúde bucal é boa!</i>", aí o dentista vai olhar é uma porcária né, é bem diferente, então ele vai no dentista por conta do trabalho mesmo...</p>

Apêndice 7 – Matriz para esquema analítico de posturas, categorias e sujeitos.

Esquema analítico – Urgência e Emergência – Coordenadoras

<p>a. Onde são realizados os atendimentos? Como?</p> <p>b. Em que períodos?</p> <p>c. Quem procura a urgência e emergência é encaminhado ao Programa de Atenção à Saúde Bucal? Como é o procedimento? Há encaminhamentos formais?</p> <p>d. Há referência e contra referência? É formal?</p>		
Sinais, Significados e Sentimentos	C1	
	C2	
	C3	
	C4	
	C5	
	C6	
Idéias Centrais	C1	>>A urgência e emergência ela é ah... ela tem que ser atendida na unidade, a princípio nós temos algumas unidades que acaba m tendo alguns problemas, por falta de profissionais. Então sempre a emergência tem um numero de vagas pra essa urgência e emergência poder ser atendida, em termos de esterelização do instrumental tudo isso
	C2	>>Faz parte das nossas Diretrizes que toda a urgência, ela tem que ser avaliada pelo dentista e ele vai atender conforme as suas condições
	C3	>>na diretriz a gente tem também como esse acolhimento, porque isso já é uma coisa trabalhada né, antes, humanização, acolhimento, até para equipe de saúde bucal até para ter um norte, mas até para quem não é da equipe de saúde bucal também ter um norte do que é e como proceder nas urgências, ... mas a idéia é isso mesmo, dor, tem que passar no mínimo por um acolhimento, se não tiver mais instrumental, não é porque determina o horário que ele não vai ser atendido, se ele chegar depois é só para dar o mínimo de organização no fluxo.
	C4	
	C5	
	C6	
Expressões-Chave	C1	>>Então a princípio ela é atendida, lógico isso não pode virar um PA, a gente não quer que a Unidade vire um PA, então assim existem alguns critérios, a pessoa dá uma avaliada, ver se realmente é uma dor um caso de urgência, ou já coloca ela numa lista normal pra estar sendo atendida tá... Na região todos os nossos Pronto-Socorros tem odontologia. >>Então, na verdade assim, a ... eles tem que fazer urgência deixar, né, aquela pessoa numa situação sem dor, se for uma endodontia, abrir este canal tal, e referenciar pra Unidade de Saúde, porque a porta de entrada pra qualquer outra coisa é a Unidade de Saúde.
	C2	>>Faz parte das nossas Diretrizes que toda a urgência, ela tem que ser avaliada pelo dentista e ele vai atender conforme as suas condições, obviamente que se um dia aparecer dez, vinte urgências fica inviável, mas o dentista tem que pelo menos fazer uma avaliação da urgência, procurar dar o atendimento resolutivo dentro da sua possibilidade, quando não fazer o encaminhamento para o serviço de urgência, mas elas devem ser atendidas sim na unidade. >>Bom, ele faz o encaminhamento, existem ofícios de encaminhamento e ele vai encaminhar para o pronto socorro mais próximo, o serviço de pronto atendimento, pronto socorro mais próximo a unidade >>... todo o sistema de referência está desenhado. Que aí é um pouco diferente, uma vez diagnosticado o câncer bucal, você tem que encaminhar para o tratamento, né, para o hospital para tratamento e depois reabilitação, então todo ano a gente acorda com alguns hospitais, que já fazem, eles são hospitais que fazem parte da rede de oncologia de cabeça e pescoço e a gente tenta acordar, estava funcionando de uma forma bem informal porque a gente quer prioridade nos hospitais para esses pacientes nossos, então todos os casos de câncer que foram diagnosticado na rede, na campanha de vacinação, todos foram encaminhados para tratamento, estavam sendo tratados, teve uma região que ficou com dificuldade e ligou aqui para a gente e a gente resolveu isso, mas nós estamos querendo cada vez mais, que isso fique mais institucionalizado, então tem um setor aqui na nossa secretaria que
		é o setor de credenciamento né, que lida com a regulação das áreas e tal, então existe toda uma forma de regular as vagas das redes de alta complexidade, que o tratamento já é, já envolve a alta complexidade, alguns hospitais na verdade, de cabeça e pescoço, eles querem receber pacientes por exemplo, é uma coisa informal agora, que o câncer já foi diagnosticado bem precoce e tal, as vezes um paciente que já tem um caso mais avançado acaba encontrando mais dificuldade, na via normal de ser aceito. >>Nós fizemos em 2005, já fazia-se antes, mas nós fizemos em 2005, fizemos em 2006 e ainda você encontra gente na rede que não sabe para onde mandar o paciente. Então é uma situação complicada, porque isso não deveria mais existir, assim como não deveria mais existir a, o pessoal dos nossos centros especializados que também não sabem para onde mandar o paciente que deu positivo, porque isso já foi...
	C3	>>o que a gente tem orientado para organizar o serviço, assim, que se estabeleça os horários nos começos dos períodos, eu acho isso mais racional para as urgências, porque cria um fluxo, daquela pessoa que não é aquela urgência alucinante, ela vem naquele horário, então o dentista, se ele tiver ASD, não é realidade, ele tem pelo menos uns quinze minutos para fazer uma avaliação meia hora prévia daquilo que realmente vai precisar passar na cadeira, demandar instrumental, se for o caso até desmarcar algum paciente para pôr essa urgência na frente ... >>aí tem a estratégia, dá para atender agora? Não, ou dá, não, não dá, então eu vou passar para o seu, se tiver algum dentista para o segundo período imediatamente aquele dentista que já está com o instrumental e já tentar encaixar ou então para o dia seguinte medicar, mas assim, não deixar solto, se ele for da tua área porque urgência não tem território né, urgência, chega na unidade ele pode ser do outro lado da cidade ele vai ser atendido agora se ele for da UBS depois encaixá-lo. <i>"continua"</i>

		<i>Esquema analítico – Urgência e Emergência – Coordenadoras</i> <i>“continuação”</i>
	C4	<p>>>Existem três Pronto Socorros, um em cada região que o princípio deles é atender a urgência que a unidade não consegue absorver e tem SB nos três.</p> <p>>>Mas, na unidade, a gente tem atendimento de urgência para a procura diária, assim normalmente a orientação é assim, o dentista avalia se a pessoa faz uma queixa ao médico, tá com dor de dente, normalmente esse paciente acaba indo procurar o dentista. O dentista avalia o caso, se é para passar na hora ou se dá pra ser agendado no outro dia. Se o dentista não está na unidade ele é encaminhado para o Pronto Socorro. Esse é o fluxo da urgência.</p> <p>>>O relacionamento entre PS e Unidade de Saúde não é coisa fácil não! O relacionamento entre PS e Unidade não é fácil! Mesmo com essa conversa do Butantã continuam ainda os desentendimentos e ah! ...mandamos para lá e não sei o quê não tem! e aí a pessoa também não fala. A gente pede para dizer em que período que foi e ela não fala e o dentista também não fala. Então é complicado o relacionamento.</p> <p>>>O PS não é da nossa administração direta pertence a uma Autarquia. É uma outra...são subordinados administrativamente a um ao outro... não é da SMS. Então nós também temos entraves, a gente até consegue marcar uma reunião, mas não tem como agir muito nesses ...</p> <p>>>São funcionários de outro setor. É difícil o relacionamento entre PS e a UBS.</p>
	C5	<p>>>Toda a rede básica atende urgência. Porque hoje... a urgência mesmo deveria ser atendida nos PS, nos PA e PS. Tanto que a gente encaminha aquela demanda de urgência que a gente não consegue atender, por falta de instrumental né, acabou o instrumental do dia, naquele período, chegaram mais três, quatro urgências, não tenho condição de atender... daí a gente encaminha pra um PS mais próximo né, que seja referência. Mas a gente atende as urgências sim, dentro da nossa, do nosso programático diríamos né, a gente tem os agendados do dia, mais duas ou três urgências por período, o que for possível, o que for cabível na medida das nossas...</p>
	C6	<p>E... depende das unidades. Algumas unidades, por exemplo, é... não registram tantas emergências quanto outras. Porque também, a gente repara que tem algumas unidades com uns bolsões de... assim invasões, de uma população que, de repente aumentou. Então nessas unidades próximas a essas regiões a gente tem muita urgência.</p> <p>>>Na nossa região tem um PA, O PA X, que é lá no Y, eles também atendem as urgências. Em XX a gente tem o YYI, com dentistas, e tem o PA do F região de Z...</p> <p>>>Ah, sim. Eles fazem o atendimento de urgência, daquele momento daquela necessidade do paciente e orienta; <i>“ah você tem que buscar na Unidade Básica mais próxima da sua residência”</i>.</p>
Problemas	C1	<p>E eles sabem se a pessoa foi procurar?</p> <p>M: É isso a gente não tem esse controle. Até porque a autarquia fica um pouco isolada das nossas ações, a gente não tem...</p>
	C2	<p>Obviamente que ainda tem, nada funciona tão lisinho, tão bonitinho, mas para você ter uma idéia, a contra-referência ainda eu acredito, isso é uma avaliação minha, pessoal, que ela deveria ser melhorada, da nossa especialidade para a rede básica, mas o mais complicado é a contra-referência da terciária para a secundária, entendeu, dos hospitais e o que a gente tem colocado é que os nossos colegas da rede secundária é que não podem perder de vista esse paciente, eles tem que ir atrás.</p> <p>>> Porque do hospital para a rede básica é mais complicado.</p>
	C3	
	C4	<p>Aquela urgência que ele consegue absorver - a do faltoso- a agenda dele está incompleta... tem uma procura do dia que ele resolve. E ao mesmo tempo que você atender muitas procuras diárias, que as vezes não são urgência, mas que a maioria tem necessidade de tratamento, mas que não é urgência momentânea, não é, não está com dor na hora, essa urgência declarada mesmo e em quantidade muito pequena, a maior parte é de pessoas que não conseguiram acesso, e resolvem no dia da consulta médica passar no dentista. Para esse usuários se a gente atender fora do fluxo às vezes a gente força um fluxo informal, né, do acesso e acaba fazendo uma coisa muito pontual. Então a urgência tem que ser muito bem avaliada e bem orientada.</p> <p>>>A maioria das urgências é de que já dói de vez em quando, quando eu mastigo dói né, é uma necessidade que já está acumulada e por falta de acesso, a pessoa um dia passou lá e ... diz hoje eu quero passar!</p>
	C5	<p>P: com os Pronto-Socorros e com os Pronto Atendimento, como é o relacionamento?</p> <p>RC: É pontual também. Tem locais que se dá muito bem, a relação é boa, e a gente encaminha e tem resposta, o usuário chega e é atendido ...</p> <p>P: E o contrário...</p> <p>R:...O cliente vai pra uma emergência e a contra referência...</p> <p>P: Ele é orientado a procurar?</p> <p>R: É, ele é orientado a procurar, a maioria das vezes ele é mal atendido no serviço de urgência, e quando ele é orientado pra chegar numa UBS, na UBS ele barra, não vê.</p>
	C6	<p>E tudo informal, não tem uma formalidade nisso? (sobre o encaminhamento para o PA)</p> <p>Z: não... tudo por conta das necessidades.</p> <p><i>“continua”</i></p>

		<i>Esquema analítico – Urgência e Emergência – Coordenadoras</i>	<i>“continuação”</i>
Pontos Positivos	C1		
	C2		
	C3	<p>É formal essa referência?</p> <p>R: Pactuado, com o X é pactuado, como o Y não, eles tem lá a equipe de buco-maxilo.</p> <p>>> você tem também a contra-referência? Quando eles te passam o retorno?</p> <p>R: Com o X a gente tem, o X já está estabelecido com o CEO Geral, o CEO Y, já tem até a conversa entre os profissionais porque a região né, então nós já fizemos a primeira conversa.</p> <p>>>A gente providencia até transporte, traumatismo, assim queda, criança que cai de gangorra, quebra, a gente tem a panorâmica no.... norte, então tem os pronto socorros da referência, não são todos, tem o Tatuapé que é nosso também né, então tem algum que a gente tem, eu já estou fazendo, a gente tem até com H.</p>	
	C4		
	C5		
	C6		
	C1	Eu acho que daria, não acho que você daria conta também de uma demanda de adultos que está muito reprimida, que é uma coisa que é histórica, vem vindo né, nós abrimos essa ... essa possibilidade de tratamento, mas a gente não tá dando conta mesmo, a gente tem essa... por falta de profissionais.... porque....	
	C2		
	C3	<p>É isso, que ele entre e seja atendido na urgência e se ele tiver que ser atendido e sentar na cadeira é porque ele já é alto risco, então ele já tem uma prioridade no agendamento disso, na urgência a gente vai tentar trabalhar com a RT, com a adequação de meio naquela consulta que você está fazendo ou na volta desse paciente para o retorno dessa urgência que você já faça uma declaração.</p> <p>> Por isso é o diagnóstico, quando você vê o acolhimento que você vai determinar, eu acho assim, a gente tem critério técnico para isso, se é um abcesso, se é uma palpite, se não for uma coisa assim tão grave, ah não, aí você tem que esclarecer justamente.</p> <p>>>Porque esse é o risco, a população quer fazer disso uma porta de entrada, então essa é a orientação que nós damos, ele vai entrar, ele vai ser classificado pelo risco dele, ele vai ser agendado por aquele grupo que está marcado na unidade que vai ser o grupo educativo para a triagem de risco, ele vai ter que entrar no esquema da unidade né, por isso que tem que ter um fluxo muito bem definido.</p>	
	C4		
	C5		
	C6		
Outras Observações	C1		
	C2		
	C3		
	C4		
	C5	A gente já tentou nessa administração alguns encontros entre PS, Serviços de Urgência e Serviço Ambulatorial ... mas como eles são Autarquia, fica difícil ... nesse momento acho que está mais difícil essa referência e contra-referência. São instâncias administrativas diferentes né, e fica difícil. Embora em alguns lugares, até por conhecimento, você conhece ... a pessoa responsável pelo serviço na informalidade. Alguns plantonistas são mais compromissados do que outros, e mesmo os dentistas das unidades também, então tudo é muito pontual. Embora devesse ser uma coisa assim né, tranquila, uma coisa mesmo de referência, contra-referência, vai muito, passa muito pelo compromisso que cada um tem com o serviço de atendimento né.	
	C6	A queixa dos nossos colegas na ponta, eles falam: "Olha, aqui a gente... próximo a nossa unidade, tem essa área que foi invadida e que vem pessoas de outras regiões e que acabam vindo pra unidade com necessidades é... com grandes necessidades de saúde bucal". Então essas regiões a gente tem bastante urgência.	

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética – COEP FSP/USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/58/06

23 de fevereiro de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP **analisou e aprovou com recomendação**, em sua 2.ª/06 Sessão Extraordinária, realizada em 22.02.06, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o Protocolo de Pesquisa n.º 1401, intitulado: “ESTUDO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Laura Pereira Robles.

O Comitê recomenda que a pesquisadora atenda às recomendações do relator, conforme parecer em anexo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma caligrafia fluida e elegante.

Eunice Ap. Bianchi Galati
Professora Doutora
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP – COEP

ANEXO 2 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-SMS

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
CODEPPS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São Paulo, 1º de fevereiro de 2006

PARECER Nº 0022/2006 – CEP-SMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução CNS 196/96, o protocolo de pesquisa **CAAE – 0129/05 “Estudo da Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo”**, de autoria do(a) pesquisador(a) **LAURA PEREIRA ROBLES**

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretária Municipal da Saúde – CEP SMS

Ilustríssimo (a). Senhor (a).
LAURA PEREIRA ROBLES
NESTA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

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

Telefone (011) 3066-7796 - Fax (011) 3083-3501

Professor Titular Fernando Lefèvre, Chefe

lefevre@usp.br

CÓPIA

PARECER RELATORIO ATIVIDADE PROGRAMADA.

Interessada: Laura Pereira Robles.

Matricula USP 4119628

Senhor Presidente:

A Atividade Programada realizada pela Cirurgiã Dentista Laura Pereira Robles, aluna do curso de Doutorado - Serviços de Saúde Pública da FSP/USP, no período de Agosto a Dezembro de 2005, com duração de 150 horas, constava de seu Projeto de Estudos desde a época de sua matrícula em fevereiro de 2005.

Estas atividades tal como formuladas em seu pedido inicial estão detalhadas no relatório apresentado pela aluna e tinham por objetivo realizar observação de campo e coleta de dados para subsidiar a elaboração de Tese com o tema "Estudo da Organização da Atenção à Saúde Bucal no Município de São Paulo", sob a Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Administração em Saúde_ sublinha: Saúde Bucal Coletiva.

Atividades Programadas junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo:

- Visitas de observação e coleta de dados junto à Coordenação da Gestão Descentralizada - COGEST;
- Visitas às Coordenadorias Regionais de Saúde: Centro, Oeste, Leste, Norte e Sul;
- Reuniões com Interlocutores de Saúde Bucal nas 5 Coordenadorias Regionais de Saúde;
- Visitas a Unidades Básicas de Saúde.

A declaração do Coordenador da CODEPPS (antiga COGEST), reitera o desejo de que as atividades tenham alcançado a sua finalidade e atesta a frequência da aluna no cumprimento de suas tarefas.

Finalmente devo expressar que estas atividades pelo relatório apresentado denotam que foram realizadas com dedicação e aproveitamento pessoal e que atingiram o objetivo proposto.

Por tanto solicito que a CPG atribua à candidata os créditos correspondentes à Atividade Programada, conferindo-lhe nível "A" e 100% de frequência.

Atenciosamente

 Roberto Augusto Castellanos Fernandez
 Orientador

Ilmo. Senhor
 Prof. Titular José Alfredo Gomes Arêas
 DD. Presidente da CPG/FSP/USP.