



Universidade Estadual do Ceará

Centro de Ciências da Saúde

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Aníbal Araújo Pinto

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
O CASO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MARANGUAPE, CEARÁ.**

Fortaleza – Ceará

2006

Universidade Estadual do Ceará
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Aníbal Araújo Pinto

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
O CASO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MARANGUAPE, CEARÁ.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, área de concentração Políticas e Serviços de Saúde, como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Jose Jackson Coelho Sampaio

Fortaleza–Ceará
2006

**“Nem o sol, nem o mar
Nem o brilho das estrelas
Tudo isso não tem valor
Sem ter você
Sem você
Nem o som
Da mais linda melodia
Nem os versos dessa canção
Irão valer
Nem o perfume
De todas as rosas
É igual
A doce presença
Do seu amor
O amor estava aqui
Mas eu nunca saberia
Do que um dia se revelou
Quando te vi”**

Beto Guedes

AGRADECIMENTOS

Devo agradecer a algumas pessoas pelas mais diversas razões. Em primeiro lugar ao meu orientador, Prof. Dr. Jose Jackson Coelho Sampaio; nesses dois anos acabamos estabelecendo uma relação tranqüila, que, sem dúvida, deve perdurar.

Também devo gratidão a todos os professores do curso que deram sua parcela de contribuição.

Aos funcionários do CMA SP que sempre me trataram com gentileza e carinho.

Aos meus colegas de mestrado que começaram como colegas e hoje são meus amigos.

Fora dos muros da Universidade, agradeço também às várias pessoas que me ajudaram principalmente aquelas ligadas aos serviços de saúde que pesquisei. Agradeço também a todas as pessoas, que se dispuseram a ceder seus depoimentos para a construção da pesquisa.

Aos professores doutores que participaram da Banca de Qualificação do projeto deste trabalho, os professores Mauro Serapioni e Maria Eneide Leitão de Almeida, pela inestimável ajuda à construção do método.

Ao amigo e irmão Moacir Tavares Martins Filho, pelo incentivo e orientação para o processo seletivo de ingresso ao mestrado.

Ao amigo e, na oportunidade, chefe, Dr. Carlos César de Oliveira Carneiro, pela flexibilização do horário de trabalho.

RESUMO

O foco do presente estudo dirige-se ao processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal-ESB no Programa Saúde da Família-PSF de Maranguape, Ceará, de 1999 a 2004. O objetivo geral desta dissertação é analisar o processo de implantação das ESB no PSF em Maranguape, no período citado, na perspectiva de consolidação de uma política integral de atenção primária. O estudo caracterizou-se como estudo de caso, analítico-crítico, incluindo construção retrospectiva, dentro da lógica geral do método histórico. A pesquisa adotou as seguintes categorias analíticas: Políticas Públicas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família e Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva. Na fase de campo, foi utilizada, basicamente, a pesquisa documental, onde foram verificados aspectos relativos à implantação das ESB no município pesquisado, complementada por entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, pessoas diretamente envolvidas com o processo de implantação das equipes de saúde bucal no PSF de Maranguape. Para a interpretação dos dados o estudo apoiou-se na técnica de Análise do Discurso. Os trabalhadores de nível superior em saúde bucal apontaram um desprestígio do setor, materializado nas condições de trabalho, alijamento dos processos decisórios, baixa cobertura e não conformação de um modelo de atenção elaborado a partir das condições de vida das pessoas. Os administradores, por sua vez, declinam a pressão popular a partir de seus reclamos, a participação do financiamento do nível federal e a sensibilidade política do executivo local como definidores da inclusão das ESB no PSF, tudo isso com uma forte conotação de externalidade ao processo de governo. Conclui-se que o poder político local é preponderante nas definições das ações do setor a despeito de qualquer norma ou apontamento emanado do nível federal, constituindo-se em campo fértil de disputa para os diversos atores sociais e que, no caso estudado, tem oscilado entre o pioneirismo das idéias e o arcaísmo das implantações.

Palavras-Chave: **Políticas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal.**

RESUMEN

Este trabajo se inserta en los procesos de constitución de los Equipos de Salud Bucal -ESB del Programa de Salud de la Familia-PSF de Maranguape, Ceará, Brasil, durante los años 1999 al 2004. El objetivo general de esta comunicación es analizar el proceso de implantación del ESB en el PSF en Maranguape, durante el período de referencia, desde la perspectiva de consolidación de una política integral de atención primaria de salud. Se trata de un estudio de caso, analítico-crítico, que incluye la construcción retrospectiva, dentro de la lógica general del método histórico. La investigación adoptó las siguientes categorías analíticas: Política pública de salud, atención primaria de salud, salud de la familia y atención primaria en salud bucal colectiva. En la fase del trabajo de campo, se utilizó principalmente la investigación documental, en la que se verificaron los aspectos relativos a la implantación del ESB en Maranguape. El estudio se completó con entrevistas con informadores-clave, que implicaron directamente a personas que participaron en el proceso de implantación de los ESB en el PSF de Maranguape. La interpretación de las entrevistas del estudio fue realizada con la técnica del análisis del discurso. Los trabajadores de salud bucal constataon un despresigio del sector que se concretaba en las condiciones de trabajo, la debilidad en la toma de decisiones, la baja cobertura del programa y la constitución de un modelo de atención que no estaba de acuerdo con las condiciones de vida de la población. Señalaron además que los gestores rehuyeron la presión de la población evitando sus reclamaciones, no aprovecharon el financiamiento de las políticas procedentes del nivel federal y no tuvieron en cuenta la sensibilidad del ejecutivo local para incluir el ESB en el PSF, todo ésto con un sentimiento de fuerte externalidad al proceso de gobierno. Se concluye que el poder político local es preponderante oponiéndose a cualquier norma emanada del nivel federal, constituyéndose en un campo fértil para las disputas de los diversos actores sociales y que, en el caso estudiado, oscila entre el pionerismo de las ideas y els arcaísmo de las implementaciones.

Palabras-clave: Política de salud, atención primaria de salud, salud de la familia, equipos del programa de salud bucal.

LISTA DE SIGLAS

ACD - Atendente de Consultório Dentário
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS - Atenção Primária a Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CD – Cirurgião-Dentista
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade
CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
CPOD – Dentes Cariados Perdidos e Obturados
ESB – Equipes de Saúde Bucal
ESF - Equipe Saúde da Família
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
FMI – Fundo Monetário Internacional
FMS – Fundo Municipal de Saúde
GPS – General Practitioners
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipais
MS – Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa Agentes Comunitarias de Saúde

PC – Procedimentos Coletivos

PIB – Produto Interno Bruto

PSF – Programa Saúde da Família

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SESA-CE – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

THD – Técnico de Higiene Dental

SUMÁRIO

Introdução	10
1. Motivação	10
2. Políticas de Saúde	11
3. Atenção Primária a Saúde.....	12
4. Programa Saúde da Família.....	13
5. Saúde Bucal no PSF	18
6. Questões Norteadoras	24
7. Justificativa.....	25
8. Objetivos	26
Tratamento Metodológico.....	27
1. Desenho Geral da Pesquisa.....	27
2. Categorias Analíticas.....	29
2.1. Políticas públicas de saúde	29
2.2. Atenção primária a saúde.....	30
2.3. Saúde da família	31
2.4. Atenção primária em saúde bucal coletiva	32
3. O Campo do Caso: Maranguape, história e perfil sócio-econômico- sanitário.....	34
3.1. Aspectos históricos.....	34
3.2. Aspectos sócio-econômicos	36
3.3. Aspectos sanitários	38
4. Os Procedimentos Iniciais e de Acesso ao Campo	38
5. Os Instrumentos e Técnicas de Investigação e Interpretação.....	39
6. Questões Éticas	41
6.1. Solicitação para coleta de dados	41
6.2. Termo fiel depositário	41
6.3. Termo de consentimento livre e esclarecido	42

6.4. Diretrizes e normas regulamentadoras da comissão de ética ...	42
7. Forma de Exposição	42
1. Capítulo I: A Visão dos Trabalhadores em Saúde Bucal.....	44
1. Implantação.....	45
2. Composição, Organização e o Sistema de Referência	50
3. Atividades.....	58
4. Relacionamentos.....	61
5. Dificuldades e Facilidades	62
6. Sugestões	66
2. Capítulo II: A Visão dos Administradores em Saúde.....	68
2.1. Que Diz a Secretaria de Saúde	68
2.1.1. Motivações e atuações	68
2.1.2. Contextos	69
2.1.3. Critérios de boa prática	73
2.1.4. Indicadores	74
2.2. Que Diz a Coordenação de Saúde Bucal.....	75
3. Considerações Finais.....	81
3.1. Considerações Gerais.....	81
3.2. Conclusões.....	81
3.3. Recomendações	85
Referências	86
Anexos	91
Anexo I – Lei Municipal N.º. 1480/99	92
Anexo II – Portaria N.º 1444 / 2000 / MS	93
Anexo III – Histórico da Implantação do PSF em Maranguape	95
Apêndices.....	96
Apêndice I – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
 Apêndice II – Termo de Fiel Depositário	 98
Apêndice III – Roteiro de Entrevista: Cirurgião-Dentista	99
Apêndice IV – Roteiro de Entrevista: Coordenador de Saúde Bucal.....	100
Apêndice V – Roteiro de Entrevista: Secretário de Saúde	101
Apêndice VI – Parecer do Comitê de Pesquisa em Ética.....	102

INTRODUÇÃO

1. Motivação.

Quando participei do curso de especialização em Saúde Coletiva, realizado pela Associação Brasileira de Odontologia-Ceará, durante o período de fevereiro de 1999 a março de 2000, vários questionamentos emergiram e me fizeram repensar minha prática profissional, até aquele momento fruto do aprendizado obtido durante a graduação do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará. Como regra, no referido curso, predominava a cura, o indivíduo, e este segmentado na boca e no dente.

Ainda longe do domínio do método qualitativo para a compreensão da realidade social, quantitativamente gostei da justificativa de que 90% dos problemas de saúde poderiam ser solucionados com medidas mais simples, economizando recursos e diminuindo filas em hospitais. Isso era possível através da Atenção Primária a Saúde-APS.

O PSF, desde 1994, fora proposto pelo Ministério da Saúde - MS como estratégia para reorganizar a APS do Brasil. Minha primeira aproximação ao objeto dessa dissertação resultou na monografia de conclusão daquele curso de especialização, que teve com título “A Inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Município de Maracanaú”.

Hoje sou integrante do PSF de Maranguape, onde busco contribuir para que as condições de saúde da população melhorem. Sinto-me motivado em pesquisar tanto o trabalho que desenvolvo, a política na qual este se insere, como também o município onde desempenho minhas funções e no qual vive a população beneficiada.

O foco do presente estudo dirige-se, portanto ao processo de implantação das ESB no PSF de Maranguape de 1999 a 2004.

2. Políticas de Saúde.

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do SUS visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira.

Apesar dos princípios referidos ainda não terem sido atingidos em sua plenitude, é impossível negar os avanços obtidos na última década no processo de consolidação do SUS, sobretudo no caso do SUS/Ceará, dentre os quais se destaca a descentralização, com efetiva municipalização. O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática hospitalocêntrica, pelo individualismo assistencial curativo, pelo reducionismo biológico, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação em todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços.

Como consequência, o bom senso milenar do “prevenir para não remediar” foi sendo reescrito, com o abandono da prevenção e da promoção da saúde, em todas as suas dimensões. Como consequência desta prática, a rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, passou a ser acessória e desqualificada. Assim, perdeu seu potencial de resultados, alimentando a própria lógica que a excluía de antemão. O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada. Essa situação não se consubstanciaria se não houvesse o mínimo de resultados. No entanto, a síntese dessa situação resulta em um modelo caro, ineficiente e desumano, que degrada a prática profissional e não atende às necessidades da população. Como tentativa de reverter essa situação emergem as propostas de cuidados básicos em saúde, tendo como carro chefe o PSF.

As origens da atenção à saúde do grupo familiar remontam aos primórdios da Medicina. Durante muitos séculos, na vigência do modo

artesanal de prática médica, o local preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, não raro, se situava no âmbito da própria residência destes profissionais. Alternativamente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, sob as vistas diretas das famílias e, com sua participação direta no processo de cura (GOULART, 2002).

É preciso definir, de início, os diversos elementos conceituais que distinguem o que se chama hoje de práticas em saúde da família.

3. Atenção Primária a Saúde

Impõe-se, inicialmente, uma aproximação conceitual do que seja APS. Neste aspecto, obrigatória referência é a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Em termos textuais, em livre tradução do original, realizada pelo autor do presente estudo, a APS é conceituada como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possa manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde (WHO, 1978, p. 5).

SOUSA (2001) define alguns dos conceitos que sustentam a idéia do PSF, citando, entre outros, a saúde como direito de acesso a bens e serviços, não apenas assistenciais; a promoção da saúde; a saúde para todos e a atenção primária à saúde; a ação da comunidade para a saúde; a *advocacy* em favor da saúde; os ambientes saudáveis e de apoio à saúde; o envolvimento social; a auto-ajuda; o desenvolvimento sustentável, bem como a proposta de cidades saudáveis.

Segundo GOULART (2002), como uma aproximação, tentando agora uma síntese, poder-se-ia destacar os componentes essenciais que unem os conceitos de APS e de Saúde da Família, a saber:

- a) As práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado, o que as caracterizaria como partes de um corpo de políticas sociais;
- b) O processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo de tipos de doenças;
- c) Os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na ampliação e superação dos conceitos tradicionais, antinômicos, entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;
- d) A proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de práticas sociais de saúde;
- e) O desenvolvimento de vínculos entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

4. Programa Saúde da Família.

O PSF apresenta-se com imenso potencial, na medida em que foi constituído no Brasil como importante ação estratégica de reestruturação das práticas de atenção primária à população, construindo um modelo de saúde sintonizado com os princípios de territorialização, intersetorialidade, controle social e abordagem multiprofissional. Contudo o PSF também pode ser considerado mais uma política racionalizadora, de caráter focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais no terceiro mundo.

Para ALMEIDA (2000), determinadas medidas racionalizadoras, baseadas na lógica de um Estado eficiente em detrimento de um organismo redutor de iniquidades, podem justificar a ação em determinados grupos sociais a partir de um princípio de universalidade equitativa. Em tese, centrar as ações em setores da sociedade expostos a um maior risco à saúde (e este é um dos critérios para a priorização de implantação de equipes de PSF) não deixa de ser um princípio de equidade. A questão imposta neste raciocínio é que, no mais das vezes, não se trata de uma perspectiva da implementação de

um modelo equânime, mas de uma lógica racionalizadora em que a contenção dos gastos regula o acesso aos serviços.

O princípio da territorialização permite que se desenvolva um conhecimento progressivo de um segmento geográfico-populacional delimitado, homogêneo em características históricas e culturais, com o objetivo de acumular informações para a ação sobre condições de vida, estilo de vida, exposições ao risco de adoecer ou morrer, barreiras de acesso aos serviços de saúde, equipamentos sociais e locais, problemas prioritários de família e comunidade, liderança e atores sociais impulsionadores ou opositores de mudança e condições ambientais, tanto físicas como sociais.

Segundo o MS, cada equipe de saúde deve ter sob sua responsabilidade uma população definida de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes.

Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sócio política e econômica da região, levando-se em conta fatores como densidade populacional, consideradas como relevância local (BRASIL, 1998, p.45).

O princípio da intersetorialidade é realizado com o intuito de buscar a integração com vários setores da administração pública municipal, visando o desenvolvimento de práticas sociais voltadas para uma boa qualidade de vida.

A parceria e a ação tecnicamente integrada com os diversos órgãos de poder público que atuam nas políticas sociais são objetivos perseguidos. A questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde, tampouco se interferir na própria situação sanitária sem que haja a interligação com vários responsáveis pelas políticas sociais.

A participação da comunidade, por meio de suas instâncias formais, na definição, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde deve ser estimulada pelo PSF, em atendimento ao princípio do controle social. O MS, em seu principal documento sobre o tema, afirma que:

As ações desenvolvidas pelo PSF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Muito do que apenas seguí-las, o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde e as necessidades da população (BRASIL, 1998, p.65).

O atendimento do PSF deve ser multiprofissional, a ser constituído com base em princípios operacionais, tais como o enfrentamento dos determinantes do

processo saúde/doença; a integralidade da atenção; a ênfase na prevenção, sem descuidos das ações de diagnóstico precoce e tratamento oportuno das doenças e agravos mais comuns, dentro da capacidade resolutiva das equipes; o atendimento das clínicas básicas; e a parceria com a comunidade e as possibilidades locais.

O planejamento e a programação local do PSF são realizados com base na realidade local e pensados como um todo, direcionado à resolução dos problemas identificados, visando à melhoria progressiva das condições da saúde e da boa qualidade de vida da população.

Sobre planejamento e programação local no PSF, o governo federal ressalta que:

O pressuposto do PSF é o de que quem planeja deve ser pensado como o todo e relacionado e direcionado a resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 1998, p.81).

A visão do MS tem respaldo na literatura científica. Como diz DOMINGUES (1999, p.56),

A atenção da saúde da família deverá ser universal, voltando-se para todos: doentes, sadios, crianças, adolescentes, idosos, homens, mulheres. A população deve ser acompanhada pela mesma equipe permanentemente. Para alguns autores isto compreende a essência da mediana familiar. A equipe deverá ir à comunidade, à família, com a finalidade de identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com a família, informando e promovendo educação em saúde.

Outra característica importante do PSF é a realização do diagnóstico de saúde da comunidade, por meio de levantamento dos indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos, feitos a partir do cadastramento de todas as famílias da área de abrangência.

São muitos os países que vêm realizando reformas de seus sistemas de saúde, tendo por base o eixo da atenção primária. Cuba, por exemplo, tem procurado provar que atenção à saúde da família é viável em países subdesenvolvidos, apresentando resultados magníficos, nos macro-indicadores, na satisfação real da população e na operacionalização dos serviços de saúde. A experiência cubana é, provavelmente, a mais conhecida no Brasil e, neste modelo, a equipe é composta por um médico e um auxiliar de enfermagem que se responsabilizam por 120 famílias (ORDONEZ, 1995).

No Canadá, oito em cada dez médicos são médicos de família. Eles costumam ser o ponto de contato inicial dos clientes com o sistema de saúde e existe cerca de um médico para cada grupo de 423 pessoas. Controlam os encaminhamentos a especialistas e às internações hospitalares, além de decidirem sobre as necessidades de exames, diagnósticos ou terapia medicamentosa (WHO, 1994).

Na Inglaterra, os médicos de família, também conhecidos como *General Practitioners-GPs*, atendem os mais diversos problemas. Naquele país o médico ganha pelo número de pacientes, forma de remuneração denominada de processo de captação. Como no Canadá, os médicos da família ingleses são os primeiros a atender os pacientes e encaminhá-los para serviços especializados (WHO, 1994).

Na América Hispânica, continental, a medicina familiar foi impulsionada nos anos 1970. O primeiro programa começou no México, em 1971. Em seguida, a experiência foi na Bolívia, em 1974, imediatamente acompanhada pelo Panamá, em 1976 (WHO, 1994).

No Brasil, as experiências iniciais de medicina familiar mais conhecidas, são as do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em 1983, e a do município de Niterói, no Rio de Janeiro, em 1992. O Programa Médico de Família, em Niterói, foi implantado sob a ótica da atenção integral, sendo inspirado no modelo cubano. A equipe básica do programa foi concebida com um médico e um auxiliar de enfermagem, cada dupla destas acompanhando cerca de 1000 pessoas (NITEROI, 1995).

O surgimento do PSF no Brasil deu-se de modo formal, resultando na afirmação nacional da idéia, a partir de uma iniciativa do município de Quixadá, localizado no sertão do Ceará. No decorrer de 1993 foi desenvolvida uma ampla discussão sobre sistemas locais de saúde e modelos assistenciais, e, neste âmbito, o referido projeto foi discutido pela assessoria do MS, com a participação do então secretário municipal de saúde de Quixadá, o médico Luís Odorico Monteiro de Andrade. A experiência cearense deslocou o eixo do programa de medicina da família para saúde da família e ofereceu a base para a institucionalização e a federalização do modelo (ANDRADE, 1998).

Em 1994 foram implantadas as primeiras Equipes de Saúde da Família - ESF no Brasil. O principal propósito consistia na inversão do modelo assistencial vigente, sabidamente centrado na doença. Assim, o PSF surge com o objetivo geral de

melhorar o estado de saúde da população por meio de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que incluía desde proteção e promoção de saúde, até a identificação precoce e o tratamento das doenças (BRASIL, 1998).

Inicialmente o PSF ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde-FUNASA, com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade-COSAC. Em 1995 o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde-SAS e no ano seguinte já estava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA-SUS. Com a implementação da Norma Operacional Básica - NOB01/96, no início de 1998, foram criados, além do pagamento *per capita*, os incentivos para o Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS e PSF. Esses incentivos fazem parte da fração variável do Piso de Atenção Básica - PAB, correspondentes a R\$ 2.200,00 por Agentes Comunitários de Saúde - ACS/ano e de R\$ 28.800,00 a 54.000,00 por ESF/ano, de acordo com faixa de cobertura populacional.

GOULART (2002) diz que o conceito de Saúde da Família, no Brasil, ainda está em formação. Mesmo na realidade brasileira encontram-se praticadas diversas acepções do Programa. Quando a comparação é com as propostas internacionais, por exemplo, o GPS britânico ou, ainda, o Médico de Família cubano, o risco de equívoco é muito grande. Aliás, o caso cubano, embora radicalmente diferente, é freqüentemente tomado como o paradigma sobre o qual se construiu programa brasileiro. Uma parte do engano em interpretar os PSF como modelo gerado em situações externas, que se pretenderia transplantar para a realidade brasileira, está, justamente, em tentar aproximar propostas muito diferentes entre si e também bastante divergentes daquela que oficialmente vigora no País, sem contar que há novos cenários e novos atores em jogo.

CARVALHO (1994) esclarece que nem toda a problemática social é passível de uma abordagem via famílias, constituindo a família apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais. Embora reconheça que a família vem recebendo por parte das políticas públicas no Brasil uma atenção especial ao longo da década de 90, a autora adverte que há muito que caminhar na superação de uma tradição normatizadora e autoritária de tais ações do Estado.

A formulação e início da implementação do PSF praticamente coincidiram com o advento do Plano Real, um conjunto de políticas que, nos anos seguintes, produziu marcantes transformações sociais e econômicas na vida dos brasileiros, podendo ser destacadas entre elas: (a) o Plano Real pode ser considerado como a principal ação social de governo em toda a década, pois, na vigência do mesmo mais de 9 milhões de pessoas deixaram de ser tecnicamente pobres e cerca de 80% das famílias tiveram aumento efetivo de renda – a renda real dos 10% mais pobres simplesmente dobrou entre 1993 e 1995; (b) o crescimento econômico proporcionado pelo Plano foi mais acentuado entre 1994 e 1995, depois deteriorando-se (LAHÓZ, 2002).

Outra característica da era que se sucede à formulação do PSF, e que corresponde ao período inicial de implementação do mesmo, refere-se ao padrão de relacionamento político entre o Executivo e o Legislativo, caracterizado, segundo CHAGAS (2002), pela existência de um autêntico “rolo compressor”, formado por uma poderosa base parlamentar politicamente, de alto custo que, entre outras mudanças institucionais, viabilizou alterações no capítulo da Ordem Econômica da Constituição; promoveu a quebra do monopólio estatal do petróleo e das telecomunicações; incrementou as privatizações das empresas estatais; aprovou reformas, embora parciais, da Previdência e da Administração, garantindo, de quebra, a reeleição do Presidente da República. Na saúde, através do uso do rolo compressor governamental, foi possível não só manter por períodos sucessivos a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira-CPMF como até mesmo alterar a Constituição no ano de 2000, em busca de novas fontes e vinculação do financiamento setorial, com a promulgação da Emenda Constitucional 29, formulada por deputados da oposição quase 10 anos antes.

Observou-se uma implantação progressiva do PSF nos municípios brasileiros que acompanhou uma ampliação das coberturas, configurando um processo de expansão que apresentou, simultaneamente, a ocorrência de dois fenômenos: a expansão territorial do PSF em todos os estados e regiões do país e a ampliação das coberturas populacionais nos municípios a cada ano.

A expansão do Programa expressa a adesão dos gestores municipais à proposta e atendem a um pré-requisito fundamental da institucionalização do Programa. Tal institucionalização ocorre segundo MENDES (2002) em diversos

espaços: o espaço político, o espaço dos serviços de saúde, o espaço educacional, o espaço corporativo e o espaço da representação populacional.

O PSF em Maranguape foi implantado em maio de 1999, a partir da lei municipal número 1443/99.

5. Saúde Bucal no PSF.

O processo de consolidação institucional do SUS, que consubstancia a proposta de reforma sanitária, inscreve para o setor saúde um novo panorama de questões e exigências. A universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social exprimem o conjunto de atribuições com as quais diferentes organizações de saúde necessitam conviver. Conseqüentemente, é incontestável a necessidade de reordenação de novas práticas sanitárias para a construção de novos modelos de atenção.

Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares, por meio de programas voltados para a cárie e a doença periodontal, conseguindo-se com isso uma expressiva redução nos níveis de cárie na população infantil (cerca de 54% na faixa etária de 12 anos), enquanto que os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento a situações de urgências odontológicas. Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas.

O PSF é uma estratégia para a reorganização da APS que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde.

Considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla enquanto qualidade de vida, adquire maior importância a busca de mecanismos que ampliem as suas ações e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil.

Apesar de flexibilizar a entrada de outros profissionais no PSF, de acordo com as demandas e as características da organização do serviço local, o MS não inclui formalmente a participação de ESB nas diretrizes do programa. Entretanto,

vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão da saúde bucal nos PSF, despertando para o fato que a inclusão de ações de promoção e prevenção à saúde bucal representa uma ruptura com assistência odontológica tradicional, biologicista, iatrogênica, mutiladora, dentistocêntrica, individualista, centrada na técnica e pouco resolutive (PINTO et alii, 2000), (CALADO, 2002).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, em 1998, divulgou os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD, quando referiu o surpreendente número de 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) que nunca foram ao dentista. A publicação dos dados da pesquisa e também sua ampla divulgação pela mídia provocaram uma reação do Ministro da Saúde, José Serra, que se declarou “abismado” com o dado, deixando claro, desta forma, que era inadmissível, do ponto de vista do poder público, que quase 20% dos brasileiros nunca tivessem sentado na cadeira de um dentista.

Como consequência, o MS estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF, com a publicação da portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000, resultado de longo processo de discussões que envolveram, de algum modo, entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde (Anexo II).

Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro por equipe implantada, de acordo com a composição da ESB: Modalidade I – Um Cirurgião-Dentista - CD e um Atendente de Consultório Dentário-ACD, Modalidade II – Um CD, um ACD um Técnico de Higiene Dental - THD. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos).

Os profissionais de saúde bucal deverão desenvolver as suas atividades obedecendo aos princípios do PSF, fundamentais para o conhecimento da realidade local, o estabelecimento do vínculo com a comunidade e a compreensão dos determinantes da situação de saúde da população.

O MS afirma que a inserção da saúde bucal no PSF garante a atenção integral aos indivíduos e às famílias. O que se observa é o contrário, pois, na prática, o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro

princípio constitucional, o do atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares aonde o PSF vem sendo implantado. Afirma-se, ainda, que esta ênfase na atenção básica contribui, objetivamente, para desobrigar o Estado de arcar com as necessidades assistenciais em todos os níveis, empurrando a classe média ainda mais para os planos de saúde, que não param de crescer, e garantindo aos demais cidadãos apenas uma cesta básica de saúde, nos termos propostos claramente pelo Fundo Monetário Internacional-FMI e pelo Banco Mundial, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Com isto, também o preceito constitucional da universalização, a saúde como direito de todos e dever do Estado estaria sendo contrariado (NARVAI, 2001).

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará-SESA-Ce, pelo seu grupo gestor, com a participação de vários grupos técnicos de nível central, regional e de unidades de referência e com a colaboração de representantes de sociedades médicas, de universidades e de entidades civis ligadas ao campo da Saúde, redefiniu, por meio das Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do SUS do Estado do Ceará, em 1998, as estratégias de reestruturação dos serviços e da atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, apresentando princípios, estratégias de organização, bases operacionais e um elenco de ações e serviços prioritários para cada nível de atenção.

O anexo sete, das referidas Diretrizes, que trata especificamente da Saúde Bucal, propõe inserir o CD no quadro de profissionais do PSF de cada município para o gerenciamento local das ações de saúde bucal articulados às equipes mínimas. Inserir também o THD na Equipe do PSF para atuar junto a espaços sociais de execução das ações coletivas/saúde bucal e núcleos familiares em articulação com os agentes de saúde (CEARÁ, 1998).

Preocupado com os baixos níveis dos indicadores de Saúde Bucal no Estado do Ceará, o Governo assume, em 2003, o compromisso de expandir a assistência odontológica na atenção básica, lançando então, o Programa Dentista da Família. Foram selecionados municípios que apresentavam os menores Índices de Desenvolvimento Humano Municipais (IDH-M). Entre estes, buscavam-se os que estavam cumprindo a recomendação do MS de implantação de uma ESB para cada duas equipes do PSF.

À SESA-CE cabia repassar os recursos financeiros para o Fundo Municipal de Saúde—FMS para pagamento de pessoal e aquisição dos equipamentos odontológicos; assessorar o processo de seleção dos profissionais odontólogos e a estruturação das unidades de saúde quanto à adequação dos espaços físicos e a instalação dos equipamentos; promover cursos de capacitação para os profissionais; acompanhar e supervisionar as ações e os serviços odontológicos nos municípios.

Em três de junho de 2003, o MS publica a portaria nº 673/GM, que atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do PSF, parte integrante do PAB, estabelecendo que possam ser implantadas, nos Municípios, quantas ESB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF, e considerem a lógica de organização da atenção básica.

Apesar do aumento do número de ESB em todo país, a não vinculação às equipes do PSF vem mostrando que a proporção entre as mesmas continua desigual, contrariando com isso, a integralidade da atenção.

No ano de 2004, o Presidente Lula lançou a Política denominada “Brasil Sorridente”, que apresenta diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de Odontologia e de Saúde Coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micro-política, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais.

As diretrizes apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de

saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venham a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004b).

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais, quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação (BRASIL, 2004b).

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas de cuidado”, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, com referência e contra-referência. Onde o usuário, por meio de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir

da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004b).

Em consequência, os profissionais da ESB devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, 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 (BRASIL, 2004b).

Entretanto, mesmo com os avanços aqui referidos, ainda estamos longe de atingirmos modelos universais, como pressupõe o ideário do SUS, modelos em que todos os cidadãos tenham acesso irrestrito ao atendimento, com estratégias que combinem o estabelecimento de prioridades, a partir do conceito de equidade da atenção, com medidas de caráter coletivo e individual que apontem para uma maior resolutividade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Segundo SOUZA (2005):

As equipes de saúde bucal não incorporam no seu cotidiano os princípios de equidade em saúde, pois não se apropriam dos instrumentos que podem demarcar as desigualdades nos territórios, isso é, condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, socioeconômico e cultural. Torna-se imprescindível construir-se instrumental para reconhecer que a realidade vivida pelas pessoas é formada pela interação do homem com o mundo e já não pode ser analisada com dados independentes e isolados. Refere-se a um mundo e a um certo modo de viver, agir e perceber que gera valores, entre os quais está o entendimento sobre o que é saúde e saúde bucal no imaginário das pessoas. Portanto, a aproximação com a sociedade não pode se restringir à transmissão de conhecimentos sobre os benefícios da atenção odontológica qualificada, mas deve

se estender à participação na luta pela melhoria da sua qualidade de vida. Uma luta de natureza ideológica, mas que requer que seu espaço seja ampliado no campo político.

Se assim for, estaremos construindo trilhas comuns, ajudas, respeito e responsabilidades compartilhadas. Ora, para alcançar essa compreensão é necessário que a saúde bucal participe de um profícuo diálogo interdisciplinar.

A saúde bucal no PSF em Maranguape foi implantada em dezembro de 1999, a partir da lei municipal número 1480 (Anexo I).

6. Questões Norteadoras.

Em referência à implantação das ESB no PSF no município de Maranguape, algumas perguntas orientam o campo e necessitam de esclarecimento:

- ⇒ **Como vem se constituindo a implantação da ESB no PSF em Maranguape, no período de 1999 a 2004?**
- ⇒ **Qual a visão dos atores sociais, administradores da saúde e trabalhadores em saúde bucal de nível superior, acerca da implantação da ESB no PSF Maranguape, no período de 1999 a 2004?**
- ⇒ **Será que a atuação das ESB no PSF em Maranguape realiza as normas propostas pelo MS?**

7. Justificativa

Existem abundantes estudos, no Ceará, no Brasil e na América Latina, por exemplo, em relação à atenção primária. Existem abundantes estudos, sobretudo no Ceará e no Brasil, sobre a Estratégia Saúde da Família. Porém, os registros sobre saúde bucal em saúde da família, como parte integrante de uma estratégia de atenção primária, no Brasil são muito poucos.

A carência de literatura, por si, já representaria uma justificativa. A este fato se acresce a posição atual de objeto privilegiado da política de atenção à saúde bucal, gerando significativo aumento das ESB em todo o país, de modo

empírico, muitas vezes espontaneísta, o que torna imperativo sua avaliação e seu acompanhamento cientificamente embasado.

O Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, da Universidade Estadual do Ceará, dedicou apenas uma Dissertação ao tema da Saúde Bucal inserida no PSF (CORDEIRO, 2001). Entretanto, o período estudado pela autora é anterior à criação, por parte do MS, do incentivo financeiro para a atuação das ESB no PSF, fato este que desencadeou grande expansão da nova estratégia, no país.

Um outro estudo, encontrado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CALADO, 2002), usando de metodologia quantitativa, identifica os municípios que há mais tempo desenvolvem ações de saúde bucal no PSF, assim como analisa o estágio de inserção das ESB neste programa.

O estudo de Farias & Moura (2003) teve por objetivo identificar os benefícios e obstáculos relacionados à implementação de ações de saúde bucal no município de Iracema - CE, sob a perspectiva do PSF, e realizar uma análise comparativa das ações de saúde bucal oferecidas nos anos de 1998 e 2001.

Matos & Tomita (2004) e Albuquerque (2004) abordaram a formação do profissional de Odontologia, a partir dos desafios de sua inserção no PSF.

Portanto, a presente pesquisa é relevante pela carência de estudos com objeto e objetivo semelhante, também pelo grande aumento da estratégia das ESB no PSF em todo país, especial destaque no Ceará, e por ter adotado como caso o município de Maranguape, cuja administração pública protagonizou a criação de um programa de saúde bucal baseado em princípios similares às da ESB, antes da lei brasileira que estabeleceu o modelo e o incentivo.

8. Objetivos.

Geral:

Analisar o processo de implantação das ESB no PSF em Maranguape, no período de 1999 a 2004, na perspectiva de consolidação de uma política integral de atenção primária.

Específicos:

- **Descrever a visão dos atores sociais – Administradores da saúde e trabalhadores em saúde bucal de nível superior - sobre a implantação das ESB no PSF, como estratégia de atenção primária, em Maranguape de 1999 a 2004.**
- **Comparar a atuação das ESB no PSF de Maranguape com as normas ministeriais no período de 1999 a 2004.**
- **Pontuar limites, avanços e perspectivas da implantação das ESB no PSF em Maranguape, como estratégia de consolidação de uma política integrada de atenção primária.**

TRATAMENTO METODOLÓGICO

1. Desenho Geral da Pesquisa.

O estudo caracterizou-se como estudo de caso, analítico-crítico, incluindo construção retrospectiva, dentro da lógica geral do método histórico.

O estudo tomou o município de Maranguape como caso, acompanhando a implantação de uma política de saúde em determinado período histórico. O estudo de caso, segundo TRIVIÑOS (1987, p.134), constitui,

uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. (...) e suas características são dadas por duas circunstâncias, principalmente. Por um lado a natureza e abrangência da unidade (...) Em segundo lugar, também a complexidade do estudo de caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho ao investigador.

Segundo Denis & Champagne (1997), os estudos de caso constituem estratégias úteis de pesquisa qualitativa quando está em foco a análise de implantação de programas ou projetos, justamente com os estudos comparativos e os estudos experimentais. Um estudo de caso justifica-se na investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado de seu contexto e, também, quando se torna difícil diferenciar efeitos da intervenção propriamente dita das características do meio. Trabalha-se, deliberadamente, com um número pequeno de unidades de análise, com observação feita no interior de cada caso e na coerência da estrutura de relações entre os componentes do caso e variações destas relações no tempo, de tal forma que a “potência explicativa” do estudo decorre mais da profundidade da análise, e não do número de unidades observadas. Segundo BRASIL (1997), apesar de focalizar o particular, o estudo de caso preserva o teor unitário do objeto estudado, considerando-o uma totalidade.

O estudo analítico, segundo o pensamento cartesiano, consiste em desmontar fenômenos complexos em pedaços a fim de compreender o comportamento do todo a partir das propriedades de suas partes. A capacidade de analisar e a necessidade de observar as diferentes perspectivas constituem o exercício essencial do pensamento, cujo primeiro passo consiste em analisar. É

necessário, de início, discriminar as partes ou elementos mais simples de um problema complexo, como o enfrentado pelo presente estudo, e articular seqüências explicativas, em acordo com a reflexão dos vários atores sociais.

O estudo também é crítico, pois estabelece critérios de valor, aceita ou rejeita à luz das experiências, contextualiza os fenômenos estudados e os reconstrói, teoricamente, usando a lógica dialética. A dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo, e considera que o fenômeno social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos (MINAYO, 2004).

Conforme Lakatos & Marconi (1995, p.82), a construção retrospectiva remete ao método histórico, que:

consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar suas influências na sociedade de hoje, pois as instituições alcançaram sua forma atual através de alterações de suas partes componentes ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época.

A necessidade de periodização decorre do uso do método histórico, sobretudo quando se pretende escapar do aleatório de quinquênios ou décadas. Para SAMPAIO (1994, p.13), toda

periodização traz um arbitrário que só pode ser reduzido caso sejam aclarados os critérios de escolha. Existem datas que simbolizam fraturas estruturais e expõem o funcionamento sócio-econômico desnudado dos velamentos ideológicos habituais. Para que tal data tenha poder simbólico, urge que congregue fatos político, econômico e social, direta ou indiretamente ligados ao fenômeno estudado.

Como ensaio de periodização tomou-se o ano 1999 como início, pois marca a implantação das equipes de saúde bucal no PSF no município e o ano de 2004 como fim, já que o presente estudo teve sua etapa de campo realizada em 2005. Este período histórico não traz significado especial para além do objeto, assim tornou-se necessário realizar uma contextualização histórico-política, tomando como base o período denominado Governo das Mudanças ou Governo dos Empresários, que caracteriza a política do Ceará, a partir de 1987 (SAMPAIO et alii, 2001).

2. Categorias Analíticas.

Categorias analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais, comportando vários graus de abstração, generalização e de aproximação (MINAYO, 2004).

O presente estudo adotou, de modo intencional e prévio, as seguintes categorias teóricas: Políticas Públicas de Saúde, Atenção Primária a Saúde, Saúde da Família e Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva.

Após análise dos discursos, as seguintes categorias empíricas foram identificadas: a) dos trabalhadores – implantação, composição, organização, sistema de referência, atividades, relacionamentos, dificuldades e facilidades; b) da secretaria de saúde – motivações, atuações, contextos, critérios de boa prática e indicadores; c) da coordenação de saúde bucal - implantação, organização, sistema de referência, grupos prioritários, dificuldades e estatuto político da coordenação.

2.1. Políticas públicas de saúde.

O estudo das políticas em geral e, especificamente, de políticas setoriais como as de saúde, tem sido alvo freqüente de investigação e teorização por parte de autores diversos.

Várias obras, dos mais diversos matizes conceituais, dedicam-se à descrição, análise e crítica das políticas de saúde no Brasil. Mas, o que seria política? Para COUTINHO (1995, p.47), quando falamos de política, “...falamos em grande medida de representação de interesses e, por conseguinte, de formulação das políticas que implementam ou bloqueiam tais interesses”.

Tal afirmação remete ao debate de quem é e como são representados os interesses, e quais as suas justificativas. A discussão fica balizada pela formulação de políticas e pelas questões da legitimidade e da hegemonia. Assim, situa-se como determinante, a participação do Estado, a estratificação social em classes, na medida em que satisfaz interesses ou absorve demandas, na perspectiva da legitimação de um projeto econômico, político e social. A relação entre as macro-

opções políticas de Estado e as políticas de saúde serão, por sua vez, mediadas pela formulação e implementação das políticas públicas (MARTINS FILHO, 2001).

Freqüentemente, as políticas públicas atuam como políticas compensatórias, no campo da saúde, sob a forma de proteção social, principalmente a grupos sociais atuantes nos setores-chave da economia capitalista. Tal afirmação não aponta, contudo, para a compreensão do Estado como um *bureau* de negócios da burguesia, mas como um palco para lutas/contradições políticas que espelham em dada medida as lutas/contradições de classe, e situam o poder como fruto tanto da coerção como da cooptação (MARTINS FILHO, 2001).

Segundo VIANA (1996), analisar as políticas públicas é algo que a produção científica contemporânea focaliza de dois modos: primeiro como maneira de funcionamento da máquina estatal, tendo como ponto de partida a análise das agências de *policy making* e dos atores nelas inseridos, bem como dos mecanismos, critérios e estilos decisórios nelas presentes; segundo, das inter-relações entre agências e atores e, também, das variáveis externas que possuem influência sobre o processo. Trata-se, como se vê, de um esforço para explicar a complexa interação de intenções e ações, construídas, respectivamente nas fases de formulação e implementação de políticas, ou seja, um processo de reflexão continuado, para dentro e para fora da ação, buscando a difícil e complexa relação entre sociedade, política, economia e governo, ou ainda, sobre as relações estabelecidas entre atores diversos, governamentais e não-governamentais.

2.2. Atenção primária a saúde.

STARFIELD (2001), autora que constitui referência obrigatória no tema em tela, define a APS como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e além do mais capaz de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. A APS representaria, além disso, a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984) define que a APS deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, equidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade e sustentabilidade. Tais aspectos estão em consonância com o que aquela entidade define contemporaneamente como saúde, ou seja, “o grau em que uma pessoa ou grupo é capaz de realizar suas aspirações e de satisfazer suas necessidades e de enfrentar adequadamente seu ambiente”, o que resulta que a mesma saúde deve ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana, e não um objetivo da vida. O conceito é positivo, pois engloba tanto os recursos materiais e sociais como capacidade física para alcançá-lo.

Para VUORI (1985), a APS tem como objetivo a saúde, integrando prevenção, assistência e cura; como conteúdo a promoção da saúde e a atenção continuada e integral; como base organizacional, os médicos generalistas ou de família, além de outros profissionais de saúde integrados em uma equipe; como responsabilidade a colaboração inter-setorial, a participação da comunidade e a auto-responsabilização. Este autor sintetiza, com estas categorias, as necessidades de mudança no sistema de saúde tradicional, ancorado em objetivos como: a cura de doenças, o conteúdo baseado em terapias e atenção episódica referente a problemas específicos, a organização baseada em médicos e especialistas envolvidos com o trabalho individual e a responsabilidade centrada de forma restrita no próprio setor saúde, com predomínio técnico-profissional nos cuidados de saúde.

2.3 Saúde da família.

As propostas de saúde da família são caracterizadas por PAIM (1986) como de fundo ideológico, dado sua constituição a partir de um conjunto de práticas que buscam substituir a formação especializada e técnica dos médicos por uma alternativa, que propõe a atenção integrada e completa. Registram-se, no caso, vertentes de interpretação mais saudosistas, de resgate histórico de antigas práticas sepultadas pela tecnificação e pela mercantilização da medicina, de um lado, em contraposição a outras concepções mais racionalizadoras e preocupadas, por exemplo, com a redução de custos, com

o impacto das tecnologias, bem como com a pressão da população pela reorganização dos serviços de saúde.

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

2.4. Atenção primária em saúde bucal coletiva.

Entende-se por Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva, um conjunto orientado de ações para identificação, prevenção e solução dos problemas de saúde bucal emergentes na população de um determinado espaço-território ou distrito sanitário. Processo este que se produz como fruto da participação consciente e organizada da coletividade. Estas ações concretizam-se por meio da utilização de tecnologias apropriadas e recursos humanos colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias, nos espaços restritos ou ampliados do espaço de trabalho, num custo que a sociedade possa suportar.

Alguns elementos metodológicos podem orientar as ações de saúde bucal coletiva dentro da estratégia de atenção primária, que mais do que esquemas rígidos devem ser entendidos como guias gerais que deverão levar à prática de acordo com as condições materiais e subjetivas específicas de cada espaço-território.

Segundo Cordon (1998), Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva sustenta-se e planifica-se a partir de:

- participação coletiva, desejada e estimulada adequadamente para os processos de decisão política, definição do espaço-território, diagnóstico epidemiológico e social da realidade, reconhecimento dos problemas prioritários, organização das práticas da saúde, em particular da saúde bucal coletiva, planejamento, execução, supervisão e avaliação das atividades necessárias e acompanhamento, controle e apoio político para as ações definidas;
- capacitação política dos trabalhadores em saúde bucal coletiva para compreender o processo como uma totalidade social e assumir o compromisso orgânico com a sociedade majoritária;
- pesquisa, fundamentalmente participativa, a partir de definição do espaço social particular no contexto da globalização da economia e das principais diretrizes da Constituição da República Federativa do Brasil, seguindo uma epidemiologia social, estrutural e operativa. Isto se faz necessário e fundamental, porque a situação sócio-econômica, cultural e de saúde é diversa de uma comunidade a outra e até dentro dos próprios territórios definidos;
- definição do conceito de saúde-doença bucal coletiva, para este que oriente as prioridades baseadas nos riscos e nos grupos da população afetadas;
- estudo e definição das formas de intervenção, iniciando-se pela capacitação dos trabalhadores de saúde bucal e dentre eles, os agentes de saúde, para abordar adequada e respeitosamente a sociedade nos diferentes espaços em que ocorrem os problemas, desenvolvendo as tecnologias mais apropriadas para realizá-las.
- definição dos recursos, principalmente humanos, formais ou informais, requeridos para realizar estas ações, seus perfis ocupacionais e necessidades de capacitação e supervisão, selecionando-os, preferencialmente, com e entre os membros da própria comunidade;
- correlação entre as instituições formadoras de recursos humanos em saúde, tanto pelo trabalho específico de adequação ao novo modelo, quanto à realimentação técnico-metodológica e política a ser discutida nos Conselhos de Saúde;
- coordenação intersetorial, trabalhando em equipes de saúde bucal e principalmente em equipes de saúde, distribuídas segundo os riscos no

espaço social de trabalho, desenvolvendo uma relação interinstitucional, especialmente com as outras esferas ou setores do poder local, regional, estadual ou federal, como parte da integralidade de saúde;

- definição de uma lógica clara, porém dinâmica e estratégica das operações e de um sólido sistema de financiamento que suporte um processo de mudança no modelo de atenção e um sistema de informação continuado, democrático e pertinente;

- reforço da capacidade operativa da rede de saúde, para permitir uma adequada referência e acompanhamento em termos de complexidade;

- estabelecimento de mecanismos de cooperação e solidariedade na equipe de saúde que assegurem o desenvolvimento real da saúde bucal coletiva como um componente indeclinável da atenção integral à família, os movimentos sociais e à sociedade como um todo, evitando que se converta numa estratégia paralela, devido à forte ideologização no paradigma flexneriano e da Odontologia integral;

- resposta atualizada ao trabalho integrado com uma estrutura diferente da prática odontológica, enfatizando a atenção integral e coletiva, universalizando ações de promoção da saúde;

- desenvolvimento de mecanismos que assegurem o intercâmbio de conhecimentos entre a comunidade organizada e as instituições de saúde, além dos Conselhos de Saúde, a fim de estimular a participação consciente da população no questionamento das ações, desde a indagação dos problemas, suas causas essenciais, os aspectos preventivos e de solução de seus problemas de saúde por meio dos espaços hierarquizados e nas diferentes instâncias de poder;

- contribuição da capacitação política da coletividade, promovendo a discussão mais aprofundada dos principais problemas e as vias de solução ideológico-políticas para eles. Definição, pela coletividade, do que é de maior significado para sua qualidade de vida e de elevação da consciência coletiva crítica e criativa, estimulando a participação no controle social do sistema de saúde, apoiando, em última instância, política e objetivamente, a sua execução, nos termos da organização da prática de saúde bucal definida como necessária;

- radicalização da descentralização e desconcentração de recursos, permitindo acesso universal nos diferentes espaços sociais.

3. O Campo do Caso: Maranguape, história e perfil sócio-econômico-sanitário.

3.1. Aspectos históricos.

A cidade de Maranguape situa-se ao pé da serra do mesmo nome e foi habitada pelos índios Potiguaras antes da chegada dos conquistadores europeus.

As primeiras incursões em seu território decorreram da busca de antigas minas de prata na ponta setentrional do maciço, estimuladas por notícias mais antigas, que diziam de que tais minas de prata teriam sido exploradas por Martim Soares Moreno, após sua chegada em terras cearenses em 1611 (MATOS, 1965).

Foi durante a segunda expedição de Matias Beck ao Ceará, que os holandeses adentraram o território que viria a se constituir o município de Maranguape. Após o contato com os Potiguaras, que dominavam a faixa litorânea do Rio Grande do Norte ao Piauí, iniciaram a exploração das minas, no local indicado pelos índios. O povoamento pelos portugueses só se tornou efetivo após a concessão das primeiras sesmarias, em 1707, tendo como donatários Pedro da Silva e Amaro Moraes (MATOS, 1965).

Posteriormente, o português Joaquim Lopes de Abreu, ampliou suas posses de terra com outras doadas pela Coroa Portuguesa. Os primeiros habitantes unidos pelos laços de religiosidade cristã, cuidaram de construir uma capela no local conhecido como Alto da Vila, à margem esquerda do Riacho Pirapora. Esse povoado passou depois a ser conhecido como Outra-Banda, denominação de um bairro conservado até os dias de hoje.

Em quatro de agosto de 1849 instalava-se a Paróquia de N. S. da Penha, transferida da freguesia de Messejana. De povoado a vila em 1851, e de vila a cidade em 1852, o crescimento político estreitava os laços entre o governo da

Capital da Província e o da administração municipal, que teve como seu primeiro intendente Joaquim José de Sousa Sombra (MATOS, 1965).

A Europa passou a ditar o rumo das relações de produção, comercial e de relações humanas com o advento da Revolução Industrial. No Brasil, no Ceará, em Maranguape, as influências se faziam sentir. No caso de Maranguape, a produção que levava à integração econômica, embora tardia em relação a outras regiões do Nordeste, foi a da cana-de-açúcar. Muitos engenhos rudimentares passaram a produzir açúcar e aguardente, destacando-se, como o mais expressivo de todos, o do Sítio Ypióca, que se expandiu, inclusive com a construção de novas unidades fora do município, e se consolidou no tempo, chegando ao padrão atual de indústria exportadora globalizada.

Além do mais, aqueles engenhos permitiram a aparecimento de máquinas impulsionadoras do progresso, como caldeiras, moendas, prensas; umas destinadas aos engenhos, outras às fábricas de beneficiamento de algodão, de fiação e tecelagem.

Com o aparecimento dos veículos motorizados, em particular do caminhão, a cidade foi perdendo o seu poder de empório, pois o abastecimento passou a realizar-se predominantemente na capital do estado. As produções industrial e agrícola ainda resistiram por algum tempo, mas o comércio se ressentiu, o que ocasionou o fechamento de muitos estabelecimentos.

3.2. Aspectos sócio-econômicos

De acordo com o último censo do IBGE, realizado em 2004, o município de Maranguape, com sua população geral de 96.569 habitantes, representa 1,18 % da população geral do Estado. Sua composição, em relação a sexo e distribuição urbano/rural, apresenta-se conforme o Quadro 1.

QUADRO 1

Composição da População de Maranguape, Ce, em 2004

POPULAÇÃO	URBANA	RURAL	TOTAL
------------------	---------------	--------------	--------------

HOMENS	34.635	12.972	47.607
MULHERES	36.879	12.083	48.962
TOTAL	71.514	25.055	96.569

A razão de sexo homem/mulher, em Maranguape, é de 0.97 no total, o que não difere do estado do Ceará, do nordeste e do Brasil que são respectivamente, 0.95, 0.96 e 0.97. O município apresenta uma densidade demográfica de 138,20 hab/Km² e uma taxa de urbanização de 74,08 %, apresentando razão de localização rural/urbano de 0,35 no total, o que se assemelha ao Brasil que apresentou em 2000 uma razão rural / urbano de 0,23.

O Índice de Desenvolvimento Humano-IDH medido no município de Maranguape foi de 0,691 no ano de 2000, sendo o 13º município no *Ranking* de classificação entre os municípios mais populosos do Ceará (Plano Municipal de Saúde, 2005).

O Produto Interno Bruto – PIB *per capita* de Maranguape em 2002 foi de R\$ 3.061, já o estado do Ceará na mesma época apresentou um PIB *per capita* de R\$ 3.129 (Plano Municipal de Saúde, 2005).

O percentual de crianças até 14 anos que estão na escola no município é de 79,12%, no ano de 2005, apresentando ainda uma taxa de evasão escolar entre os anos de 2000 a 2004 de 5,20% (Plano Municipal de Saúde, 2005).

Até o final da década de 1960, a economia do município esteve quase unicamente ligada ao setor primário, sobretudo a agricultura, tendo sua produção voltada às demandas de Fortaleza, a capital do Estado, distante 20 km por rodovia. O acesso dos dois municípios vem se ampliando desde 1947 com a pavimentação da CE 040, hoje CE 065, justificando o crescente intercâmbio econômico, ora consolidado na integração do município à Região Metropolitana de Fortaleza.

A fruticultura é, conforme os dados mais recentes, a mais importante expressão de produção agrícola, aliada às culturas cíclicas (milho e feijão) que ocupam a maior extensão de área plantada, embora, essas últimas sejam exploradas quase que totalmente em caráter de subsistência.

O grande obstáculo ao desenvolvimento da agricultura em Maranguape não difere do da maior parte do Estado. Apesar de não está incluído no polígono da

seca, Maranguape apresenta uma caracterização geo-ambiental que indica sua fitogeografia como sendo relativa ao semi-árido, tendo cerca de 60% do seu solo constituído por rochas graníticas e granitóides.

Apresenta, ainda, uma rede hidrográfica incipiente, com apenas duas bacias consideradas importantes: São Gonçalo, na zona rural, e Maranguape na sede, ambas com regime hidrológico afetado pelos índices pluviométricos intermitentes, sendo o volume de água armazenado insuficiente para atender as demandas e muito menos possibilitar a irrigação permanente.

Estas características tornam a economia de Maranguape bastante vulnerável à estrutura agrícola, o que interfere diretamente no processo de desenvolvimento do município. Portanto, apesar da agricultura, junto à pecuária e à extração vegetal, consideradas as principais atividades econômicas do município, o crescimento de Maranguape está relacionado ao desenvolvimento dos setores secundário (indústria) e terciário (comércio).

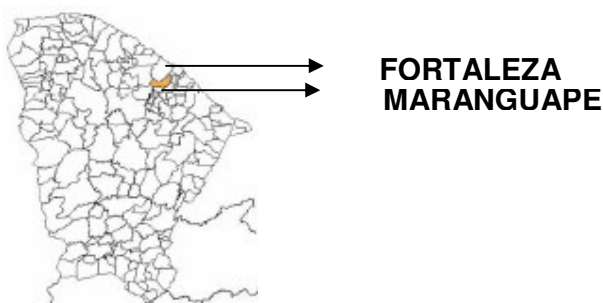
Mas, no setor terciário, o que se observa atualmente é o significativo crescimento do comércio informal, de rua, em toda a área urbana da sede.

Hoje, Maranguape busca o crescimento de sua economia, juntamente com o Governo do Estado, por meio de um pólo calçadista, que vem absorvendo boa parte da mão de obra disponível no município.

Certamente, o futuro de Maranguape está ligado a sua situação de Município da Região Metropolitana de Fortaleza, o setor industrial da economia vem se ampliando, beneficiado pela posição estratégica de localização próxima de uma grande área urbana, e há uma forte tendência do município em investir no turismo rural. História, serras férteis, calma rural, acesso fácil à capital e ao litoral, a cidade de Maranguape apresenta situação geográfica ímpar, como expressa a localização indicada na Figura 1.

Figura 1

Mapa do Ceará, com a indicação dos 184 municípios e destaque dos municípios de Fortaleza, capital do estado, e de Maranguape.



3.3. Aspectos sanitários.

O município é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme as Normas Operacionais de Assistência a Saúde - NOAS 01/02, está inserido na Microrregional de Saúde III e, no que diz respeito à NOAS, desempenha o papel de sede de pólo e compõe módulo assistencial com o município de Palmácia.

4. Os Procedimentos Iniciais e de Acesso ao Campo.

Na primeira fase do trabalho foi realizada pesquisa na literatura relativa ao tema, para compor o arcabouço teórico conceitual e definir os contornos do objeto. Em seguida os primeiros contatos foram realizados com o município estudado e foi verificada a disponibilidade dos dados, viabilizando a pesquisa.

A revista da literatura foi feita a partir da consulta às bases de dados mais comuns da área de saúde (*Medline*, *Lilacs* e *BBO*), considerando determinados descritores relativos ao tema em estudo. Foi realizada, também, uma busca ativa por trabalhos não publicados, textos, anais de congressos, monografias, dissertações e teses que escaparam à recuperação pelas bases. Finalmente, foram consultadas revistas especializadas na área de saúde coletiva e saúde bucal coletiva e sítios na Internet que disponibilizem informações relevantes e confiáveis. Os trabalhos foram, então, selecionados em função de sua pertinência ao tema e valor científico.

Na fase de campo, foi utilizada, basicamente, a pesquisa documental, onde foram verificados aspectos relativos à implantação das ESB no município pesquisado, complementada por entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, pessoas diretamente envolvidas com o processo de implantação das ESB no PSF de Maranguape.

5. Os Instrumentos e as Técnicas de Investigação e de Interpretação.

Para a investigação, lançou-se mão de:

a) Análise documental - Na busca da formulação das políticas após a implantação das ESB no PSF/ Maranguape. Foram solicitados, às autoridades competentes, alguns documentos considerados importantes para a consolidação dos dados e posterior análise. O critério de escolha destes documentos partiu do princípio de que deveriam conter informações pertinentes relativas ao objeto de estudo e que fossem considerados documentos oficiais, ou seja, que sua fonte fosse de total credibilidade. Entre os documentos solicitados estão os seguintes:

- **Plano Municipal de Saúde,**
- **Projeto de Saúde Bucal,**
- **Organograma da Secretaria Municipal de Saúde,**
- **Relatórios de avaliação dos programas,**
- **Subprojetos existentes na área de saúde bucal,**
- **Manuais de rotinas de atendimento ou de operacionalização de determinadas atividades,**
- **Relatórios de levantamentos epidemiológicos,**
- **Relatórios de gestão.**

b) Entrevistas com os atores sociais ativos – Especialmente aqueles que detinham cargos ou responsabilidades públicas, no período estabelecido, a fim de analisar de que modo eles interpretavam a implantação das ESB no PSF e como justificavam suas ações.

Entrevistou-se então: o Secretário de Saúde atuante no início das ESB no PSF em Maranguape; o Secretário de Saúde atuante no final do período do presente estudo; o Coordenador de Saúde Bucal, único em todo o período; e cinco dos 10 Cirurgiões-Dentistas que desempenhavam suas funções nas ESB do município. Os cinco trabalhadores excluídos o foram por: ausência de prática real de atenção básica (1) ou pouquíssimo tempo de trabalho nas ESB de Maranguape, inferior a três meses (4).

A entrevista constitui ferramenta de extraordinária importância, pois capta descrições e julgamentos de valor, fatos e opiniões. O desenvolvimento deste instrumento seguiu um roteiro, que, segundo MINAYO (2004, p.99), articula-se

visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

A entrevista caracterizou-se como semi-estruturada, um tipo que, como ensina MINAYO (2004, p.108/9),

combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. (...) as diferentes formas de entrevistas se resumem em “estruturada” e “não-estruturada” entre as quais há várias modalidades que se diferenciam em maior ou menor grau pelo fato de serem mais ou menos dirigidas.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas em linguagem coloquial com o mínimo de ajuste gramatical, a fim de facilitar o entendimento do leitor. A identificação das fontes, visando garantia de anonimato, foi procedida segundo a seguinte codificação, separação por ponto: a letra E, inicial, para identificar entrevista; em seguida a sigla GT, para gestor, GR para gerente e TB para trabalhador; por fim, as iniciais do nome, PAC (Pedro Álvares Cabral, por exemplo).

Para a interpretação das entrevistas o estudo apoiou-se na técnica de Análise do Discurso, que, segundo ORLANDI (1999, p.15),

[Procura] compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história.

Para a operacionalização da análise dos textos, foram adotados os processos de análise propostos por SAMPAIO et alii (1998), com os devidos ajustes práticos à realização do presente estudo, assim:

- a) 1º processo de análise: realizar em cada entrevista três leituras – cursiva analítica e crítica, destacando elementos que possam ser usados e objetivando dominar os textos.**
- b) 2º processo de análise: inventariar os elementos fechados de identificação, com a finalidade de montar o período histórico no qual agem os atores sociais específicos.**
- c) 3º processo de análise: avaliar as questões abertas de cada entrevista, identificando a lógica de cada sujeito e destacando conceitos e categorias, além de frases paradigmáticas.**

- d) 4º processo de análise: comparar com o texto dos documentos os destaques das entrevistas, buscando divergências e convergências.**

6. Questões Éticas.

6.1. Solicitação para coleta de dados.

Foi solicitada a Secretaria Municipal de Saúde de Maranguape-CE permissão para entrada no campo com finalidade de realizar a pesquisa. Na ocasião apresentamos a justificativa, os objetivos e a importância do estudo.

6.2. Termo Fiel Depositário.

Para a realização da Análise Documental, procedeu-se com o encaminhamento do Termo de Fiel Depositário (Apêndice II) para a Secretaria de Saúde, esclarecendo que os documentos ali consultados, serão utilizados com o intuito exclusivo de se alcançar os objetivos da pesquisa e que nenhuma pessoa citada nos documentos será submetida a constrangimento de qualquer natureza.

6.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os participantes envolvidos na pesquisa, após esclarecimentos quanto à justificativa, aos objetivos e as finalidades do estudo, receberam individualmente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice I).

6.4. Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Comissão de Ética.

Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará obedecendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/1996, sendo aprovado em 06 de junho de 2005, sob o registro 04464078-1 (Apêndice VI).

7. Forma de Exposição.

A Introdução contém motivação, problematização, justificativa e objetivos, segundo um padrão clássico de levantamento do estado da arte, sobre o assunto e o campo.

No Tratamento Metodológico estabelece-se o conjunto de critérios, procedimentos, instrumentos e elementos de segurança ética, que levam o estudo à obtenção de sujeitos e informações, para o alcance dos objetivos propostos.

O Capítulo I, **Saúde Bucal Coletiva no PSF de Maranguape: a visão dos trabalhadores**, os objetivos são buscados pelo caminho da opinião, da compreensão e da prática dos trabalhadores de saúde bucal, os cinco cirurgiões-dentistas da composição atual da ESB.

O Capítulo II, **Saúde Bucal Coletiva no PSF de Maranguape: a visão dos administradores** dá continuidade à apresentação de resultados e discussões, com os objetivos sendo buscados pelo caminho da opinião, da compreensão e da prática dos gestores e de um coordenador de programa, o mesmo que acompanhou o processo em todo o período estudado.

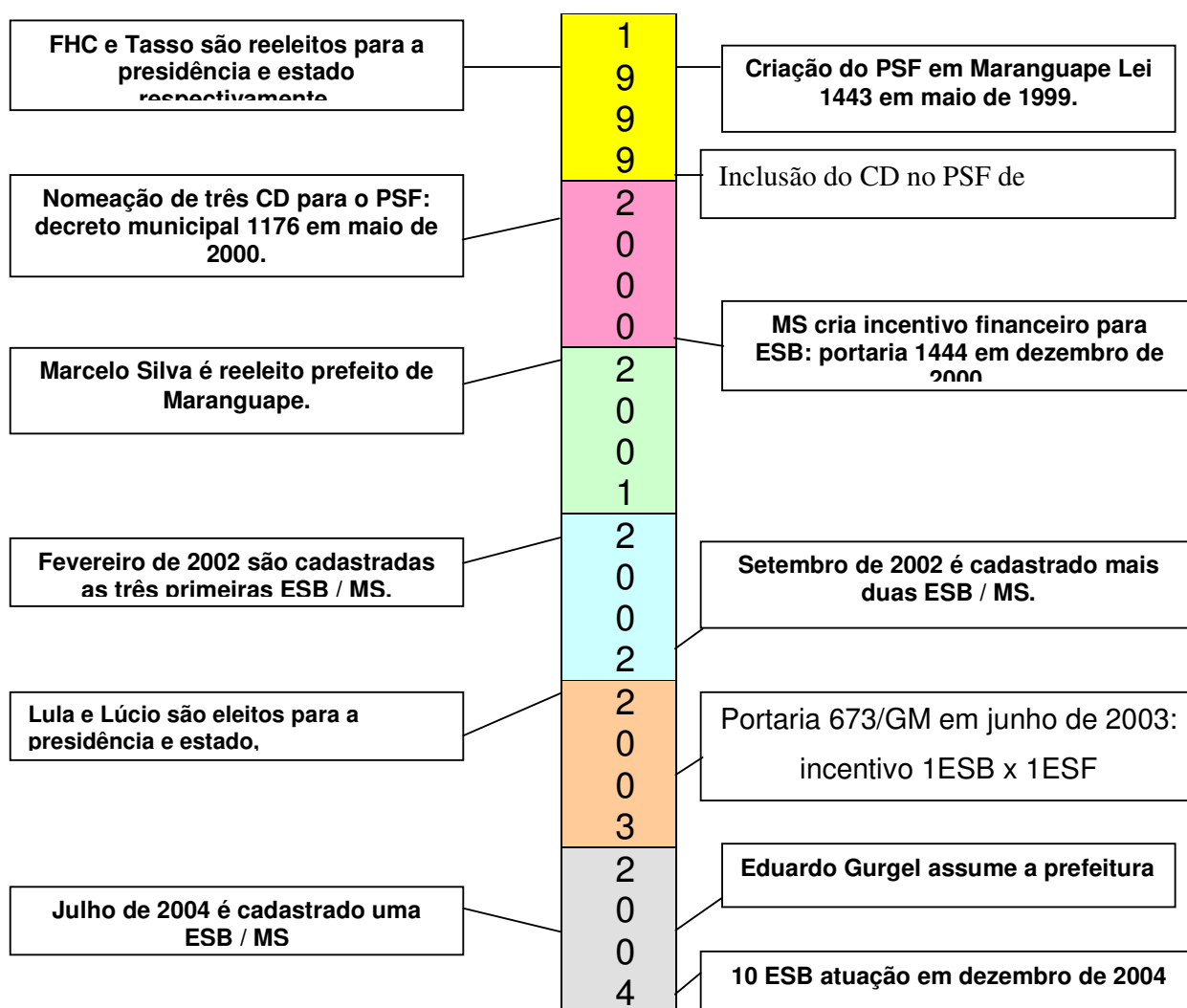
Nas Considerações Finais expõem-se considerações gerais, conclusões e recomendações extraídas do conjunto de resultados, destacando a especificidade do caso Maranguape e tanto oportunidades como dificuldades da implantação de uma política pública em saúde que faz avançar a universalidade e a integralidade, princípios fundamentais do SUS.

CAPÍTULO I:

SAÚDE BUCAL COLETIVA NO PSF DE MARANGUAPE: A VISÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE BUCAL DE NÍVEL SUPERIOR.

Todo estudo substantivado pela perspectiva histórica corre o risco de perder a clareza pelo acúmulo de descrições, referências a documentos e registro de datas. Visando evitar ou reduzir o risco referido, opta-se pela agregação de uma ferramenta de uso freqüente, denominada linha do tempo.

A geometria da linha do tempo, com as indicações dos fatos e datas relevantes, aclara a seqüência dos acontecimentos no decorrer do período estudado e cria um dispositivo visual bastante eficiente, como se vê a seguir:



1. Implantação.

As primeiras ESF começaram suas atividades em Maranguape somente em maio do ano de 1999, cinco anos após o lançamento oficial do PSF, por parte do MS. A publicação da lei municipal 1443/99 cria o PSF e a respectiva estrutura funcional no quadro de servidores públicos municipais de Maranguape.

Com a lei 1480/99 (Anexo I), em dezembro de 1999, incluiu-se o dentista na equipe básica de saúde da família, em cargo de provimento em comissão, para atuar com uma carga horária de 20 horas semanais. Sobre o assunto, um entrevistado comenta diz:

Quando o dentista passou para o PSF de Maranguape há uns três anos, não lembro, era prestador de serviços, então não podia ter mais prestador de serviços, aí saíram todos os prestadores de serviço da Odontologia e a câmara dos vereadores votou o dentista como cargo comissionado no PSF para os dentistas voltarem... foi desse jeito, mas continuou 20 horas, era como se continuasse à parte. Ficou só no papel o PSF (E.TBGGAT).

O decreto municipal 1176, de maio de 2000, nomeia os CD José Correia Paiva, Cláudio Fernandes Néri e Graziela Gadelha de Abreu para fazerem parte do PSF de Maranguape. Nesta época as ações de saúde bucal eram financiadas pelo município, sem incentivos específicos do Estado ou da União.

Falando sobre este período, um dos sujeitos destaca, em relação à prática anteriormente adotada, que:

... organizamos-nos diferente para o procedimento coletivo, passando a dar uma maior atenção às escolas... no restante do atendimento, até porque eram muito poucos os dias de atendimento, não houve modificação não, continuava demanda livre, sem outras prioridades (E.TBEAC).

Segundo Zannetti (2001), existiram adversidades e resistências, que não apareciam no discurso oficial, à idéia de inclusão da saúde bucal no PSF, dentro do MS e da Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Entre estes, havia sanitaristas que não consideravam a saúde bucal como questão básica e sim como referência especializada.

As pressões positivas dentro e fora do governo se sobrepuseram a essas resistências. A adesão oficial do MS foi decisiva para o aumento do número de ESB no Saúde da Família, pois se criou uma legitimidade nacional, uma estabilidade e um incentivo financeiro.

Antes desta decisão do governo federal as experiências locais com equipes de saúde bucal da família eram pontuais e dependiam de recursos municipais ou estaduais, muito descontínuos e escassos, para sua concretização.

A existência destas iniciativas pode ser verificada no estudo realizado pelo MS (1999) em 1.219 municípios, denominado “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF”, no qual os secretários municipais de saúde foram questionados quanto à composição da equipe mínima do PSF. A participação do CD foi referida por 28,8% dos entrevistados (BRASIL, 1999).

A portaria 1444, de dezembro de 2000 do MS, cria o incentivo de saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no PSF e define que o trabalho das ESB no PSF estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Cada ESB atende, em média, 6.900 pessoas, considerando a proporção de uma ESB para cada duas ESF em funcionamento no município. Os recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

A saúde bucal de Maranguape teve suas nove primeiras equipes qualificadas junto ao MS em outubro de 2001.

Para a qualificação das ESB, Brasil (2002) estabelece:

1º PASSO – O município já deve ter equipes de saúde da família implantadas, ou em vias de implantação, que atuem com a estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde de seu município.

2º PASSO – É necessário elaborar um plano de implantação de ESB no PSF, deve ser um documento que descreva a quantidade de equipes a ser implantada, a população a ser beneficiada e os principais objetivos e metas que o município almeja alcançar com a implantação das ESB.

3º PASSO – O município deverá submeter o Plano de Implantação ou Expansão das Ações de Saúde Bucal no PSF para aprovação do Conselho Municipal de Saúde;

4º PASSO – Depois da aprovação do plano, pelo Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde deverá enviá-lo para a Comissão Intergestores Bipartite - CIB do seu estado para análise e aprovação.

A CIB elabora e assina um ofício de aprovação do plano de implantação/ expansão proposto pelo município e o encaminha ao MS, aos cuidados do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde.

5º PASSO – O MS publicará no Diário Oficial da União a qualificação das ESB vinculadas ao PSF de cada um dos municípios que apresentaram o pleito.

Após a qualificação das ESB, continuam os passos:

6º PASSO – O município deve cadastrar todos os profissionais das ESB no Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB.

Estas informações, aliadas à alimentação do SIA/SUS, mediante realização de procedimentos de saúde bucal pela ESB, são as fontes de dados utilizadas pelo MS para o repasse dos incentivos de saúde bucal.

Em fevereiro de 2002, são cadastradas as três primeiras ESB, modalidade I, assim como são qualificadas mais duas equipes modalidade I, ficando o município com 11 ESB qualificadas (anexo III), o que é objeto de comentário:

...tinham aqueles profissionais de 20 horas e ele [o Secretário] não queria contratar ninguém de 40 horas, pelo custo. Então nessa época foi pensado e se agiu dessa maneira: foram unidos dois dentistas, escolhia-se o nome de um dos dentistas para lançar como sendo 40 horas, mas o trabalho era dividido (E.TBEAC).

Em setembro de 2002 são cadastradas mais duas ESB modalidade I, perfazendo um total de cinco equipes em atuação (anexo III).

...a Dra. Lene assumiu...ela não aceitou [o arranjo anterior]. Aquilo tinha que ser resolvido porque não podia ficar dois dentistas cumprindo uma carga horária de 40 horas. Foi quando foram chamados os três meninos do concurso que eram 20 horas, mas para assumir 40 horas (E.TBEAC).

Na mesma época, Maranguape contava com 19 ESF, atingindo uma cobertura de 73% para uma população de 89.742 habitantes. Já a cobertura das ESB era apenas de 38,4%. Fato que justifica a fala de um dos entrevistados que comenta:

desde quando a gente começou na odontologia, o que eu acho muito complicado é demanda reprimida, vai muita gente pra pouco dentista, mas é muita gente! Aí você imagina que eu tinha duas áreas e ainda ter que atender outra área, ainda tinha um pessoal que vinha de fora, porque a minha área tem uma vantagem: ela é fácil de transporte, o pessoal tem facilidade de transporte, ao contrário do Papara, da Vila Nova que é difícil, só tem gente que prefere vir de lá e descer na porta, porque o transporte é mais fácil, então é gente de mais, muito problema, uma necessidade muito grande de tratamento, a área é muito grande (E.TBJRC).

A ESB na ESF avança de forma planejada na cobertura de toda a população na área adstrita, buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade. Percebia-se que, além de ser necessária a continuidade da expansão do número de ESB, era premente a

melhor qualificação dos profissionais, visto que o maior desafio estava na mudança da atitude profissional em saúde bucal coletiva, que só se daria através da apreensão de conhecimentos necessários ao exercício desta nova prática.

Encontra-se no depoimento de um dos trabalhadores entrevistados a seguinte problematização:

Eu acho que o perfil do profissional é o grande quê do PSF... apesar de haver mais estrutura, mais condições, o profissional não quer assumir a responsabilidade esperada. Prefere manter aquele atendimento clínico, sem se responsabilizar pela saúde do paciente (E.TBEAC).

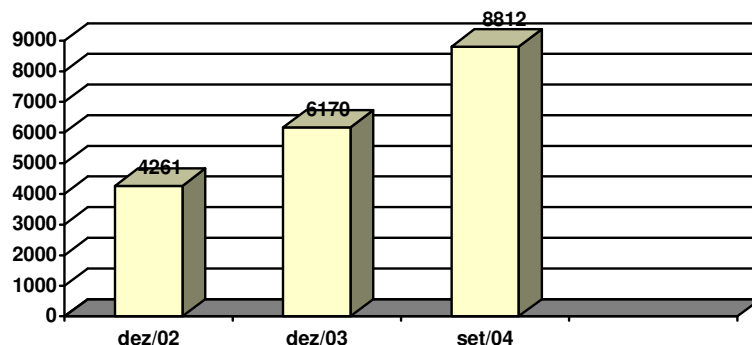
No dia 17 de março de 2004, o presidente Luís Inácio Lula da Silva e o ministro da saúde Humberto Costa, lançaram, na cidade de Sobral, Ceará, o Programa Brasil Sorridente. Fazia parte do programa a mudança da razão entre as equipes já modificada pela portaria ministerial 673, de três de junho de 2003, a qual estabelece que poderão ser implantadas quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica (BRASIL, 2003b).

Segundo Pucca Jr (2004), o Brasil Sorridente apresenta algumas inovações tais como a inclusão de insumos odontológicos nas farmácias do PSF; aumento dos incentivos financeiros para a implantação de ESB; repasse de um consultório odontológico completo para cada equipe modalidade II que os municípios implantarem; instituição de incentivo financeiro para criação de Centros de Referência em saúde bucal.

De acordo com Andrade (2004), os recursos liberados pela atual gestão federal para a saúde bucal pública podem ser insuficientes para minar de vez o déficit de assistência odontológica pública no país, mas demonstram no mínimo vontade política para atacar de frente a questão.

Nos dois últimos anos, nota-se, no país, um aumento considerável, calculado em 106,8% no número de ESB inseridas no PSF, de acordo com o gráfico 1:

Gráfico 1 - Representação gráfica das Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil, por período.

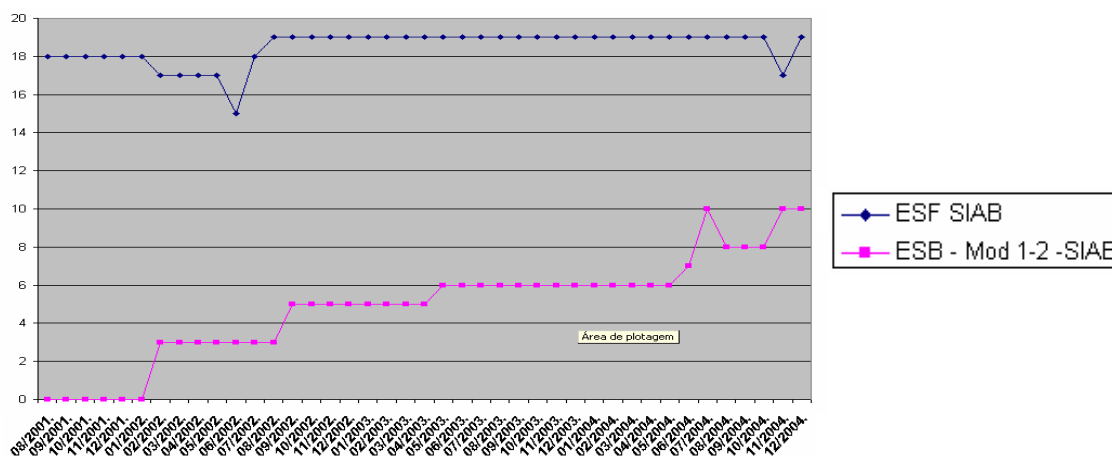


Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS, 2004

Este incremento pode ser justificado pelo aumento dos incentivos financeiros repassados às equipes, que, de dezembro de 2002 a janeiro de 2004, sofreram um acréscimo de 56,9% para a modalidade I, passando de R\$ 13.000 para 20.400, e de 65% para a modalidade II, de R\$ 16.000 para R\$ 26.400. Outro determinante deste incremento foi a possibilidade de equiparação entre o número de ESB e o de ESF, garantida pela portaria 673, de três de junho de 2003.

Em dezembro de 2002, o município de Maranguape contava com cinco ESB em atuação, passando para dez equipes em setembro de 2004, o que demonstra uma evolução semelhante à tendência nacional já apresentada.

Gráfico 2 – Representação gráfica da ESB e ESF implantadas em Maranguape no período do estudo



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde

O mês de dezembro de 2004 foi arbitrado como o final do ensaio de periodização deste estudo, que teve sua etapa de campo realizada a partir de janeiro de 2005. Nesse período, Maranguape contava com uma população de 93.196 habitantes sendo assistida por 19 ESF, o que

representa uma cobertura de 70,3%. Também havia 10 ESB desempenhando suas funções no município, com a cobertura atingindo 74% em relação às ESF e 37% em relação à população (anexo III).

2. Composição, Organização e o Sistema de Referência.

2.1. Composição.

A portaria 1444 do MS estipula que a composição das ESB, para atuarem no PSF, poderá ser de duas maneiras: Modalidade I – um CD e um ACD ou Modalidade II – um CD, um ACD e um THD.

A pesquisa documental e as falas dos entrevistados demonstram, de modo incontestado, que as ESB atuantes em Maranguape, no período estudado, são compostas por um CD e uma ACD, como definido em lei, para a modalidade I.

2.2. Organização.

De acordo com as falas dos entrevistados, verificou-se que não havia padronização na forma de organizar as ações de saúde bucal dentro da estratégia do PSF, no município de Maranguape. O que existia em comum era a elaboração de calendários mensais, que estipulavam os dias para o atendimento da população, vinculados a bairros, áreas, ou também micro-áreas.

Às vezes o acesso aos serviços era por meio da livre demanda, como comenta um trabalhador entrevistado:

Cada dentista fazia sua escala de atendimento, que não era definido por tipo de ação clínica, era por área, se eu estivesse na sede era por bairros, nos distritos era por área, micro-área... aí o paciente que estivesse entre as oito fichas era feito o que ele precisava: se extração, se fosse a restauração, se fosse a limpeza. Todos eles chegavam de manhã bem cedo para conseguir a ficha, era distribuída a ficha no próprio dia do atendimento. A atendente distribuía as senhas, as dezesseis senhas (E.TBEAC).

O modelo assistencial de atenção em saúde bucal, centrado na doença e com base na demanda espontânea, deve evoluir para um modelo de atenção integral à saúde onde as ações de promoção, de proteção, e de recuperação sejam incorporadas progressivamente, buscando a melhoria da qualidade de

vida. Esta mudança vem sendo fortalecida pela Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente, que consolida o PSF como re-orientador da atenção básica (ALBUQUERQUE, 2004).

A oferta de serviços públicos de odontologia, na maioria das vezes, reproduz o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada, cuja lógica dominante enfatiza as atividades restauradoras. Um importante aspecto na implantação de qualquer modelo de atenção em saúde bucal é a organização da demanda. Historicamente, a Odontologia, no campo da Saúde Coletiva, tem experimentado diversas fórmulas de organização da demanda, as quais, em sua maioria, trabalham a partir de grupos priorizados ou de demanda espontânea (NARVAI, 1994; ZANETTI, 1993).

Com relação à priorização de alguma parcela da população maranguapense, encontra-se algumas experiências na fala de dois entrevistados que relatam:

Quando eu cheguei tinha um calendário que, por exemplo, tinha o dia do Gererau, o dia da Tabatinga, dia das escolas... cada escola tinha um dia, às vezes dois, dependendo do tamanho da escola...(E.TBJRC).

...a gente conseguiu começar a priorizar um pouquinho as crianças, tinham dias das escolas, pra fazer o atendimento das crianças e tentamos iniciar um atendimento as gestantes, só que nunca foi pra frente, então as atividades eram mais ou menos estas o resto era demanda livre (E.TBEAC).

Sobre as estratégias de priorização tradicionais no setor público, na área de Odontologia, Botazzo et al. (1995) comentam que o povo, a população, enfim, os que devem ser assistidos em suas carências, continuam sendo discriminados na medida de sua existência no tempo: as chances de atendimento são maiores se ainda não se viveu muito. Ainda para estes autores, antigas políticas odontológicas sobrevivem dentro do SUS, a despeito das sofisticações técnico-profiláticas disponíveis:

“Um ‘modus’ odontológico continua penetrando o SUS, e esse ‘modus’, elege a criança e a gestante como clientela preferencial, mesmo quando se lamenta que não é isto o almejado. Uma ideologia puericultora, ancorada no interno na profissão, emerge em arranjos programáticos nos sistemas locais e regionais, sem relação aparente com a filiação partidária ou ideológica dos administradores. Na expressão odontológica, sua ideologia é suficiente: mesmo quando se promete o ‘resgate da cidadania’ (saúde bucal para todos), a criança surge priorizada. Já que não se pode atender todo o povo, que se atenda, ao menos, os ‘filhos do povo’” (Botazzo et al. 1995, p. 58).

Evidentemente, os autores, quando apontam a justificativa de não atender “todo povo, mas pelo menos os filhos do povo”, acrescentam uma dose de ironia à lógica tradicional de organizar a demanda com estratégias de priorização estabelecidas sem critério algum. Afinal, o princípio da equidade pressupõe o estabelecimento de prioridades, pois é uma consequência natural de uma assistência eqüitativa, contudo tais prioridades devem ter uma justificativa de ordem epidemiológica e social, o que, historicamente, não tem ocorrido nos modelos assistenciais de saúde bucal.

2.3. Sistema de Referência.

De acordo com o princípio da Integralidade, o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade.

O município é responsável pela saúde de sua população integralmente, ou seja, deve garantir que ela tenha acessos à atenção básica e aos serviços especializados, mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos. Só assim estará promovendo saúde integral, como determina a legislação.

No início da atuação das ESB no município de Maranguape, não havia oportunidade para encaminhamentos da atenção básica para tratamentos odontológicos especializados, ficando a população condenada a procedimentos mutiladores, como falam dois trabalhadores:

Até o CEO daqui abrir a gente não tinha pra onde encaminhar, não era dado nenhuma orientação pra gente de encaminhar pacientes para canto nenhum, se tivesse que fazer endo era extração mesmo (E.TBEAC).

Antigamente, quando eu cheguei, não existia ainda o CEO de Maranguape, então no caso se tinha endodontia pra fazer, simplesmente acabava fazendo exodontia mesmo, ou então o paciente teria que ir pro particular para tentar fazer o seu canal (E.TBFCPS).

Em novembro de 2002, com recursos e iniciativa municipal, foi inaugurado o primeiro centro odontológico para servir como referência às ESB. Eram dois consultórios dentários que foram instalados na sede de Maranguape. Na fala de um trabalhador fica posto como especialidades ofertadas:

Bom, quando tinha algum dente que ia precisar de cirurgia, dente incluso, a gente encaminhava pra sede, porque tinha broca cirúrgica, coisa que a gente não tinha... Canal a gente encaminhava também (E.TBGGAT).

Considerando o princípio da integralidade da assistência à saúde e a necessidade de identificar e habilitar uma rede assistencial consistente para produção de serviços odontológicos especializados, consoante as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o MS publica a portaria 1570 em julho de 2004, que define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e estabelece critérios, normas e requisitos para suas habilitações.

Os CEO são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.

O MS estabelece como critérios para o financiamento dos CEO as seguintes características:

→ Incentivo Mensal Fixo, repassado fundo a fundo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

CEO Tipo 1 – mínimo de três cadeiras: R\$ 6.600,00/mês

CEO Tipo 2 – Mínimo de quatro cadeiras: R\$ 8.800,00/mês

→ Incentivo Financeiro em parcela única para compra de equipamento e/ou reforma/ampliação

CEO Tipo 1: R\$ 40.000,00

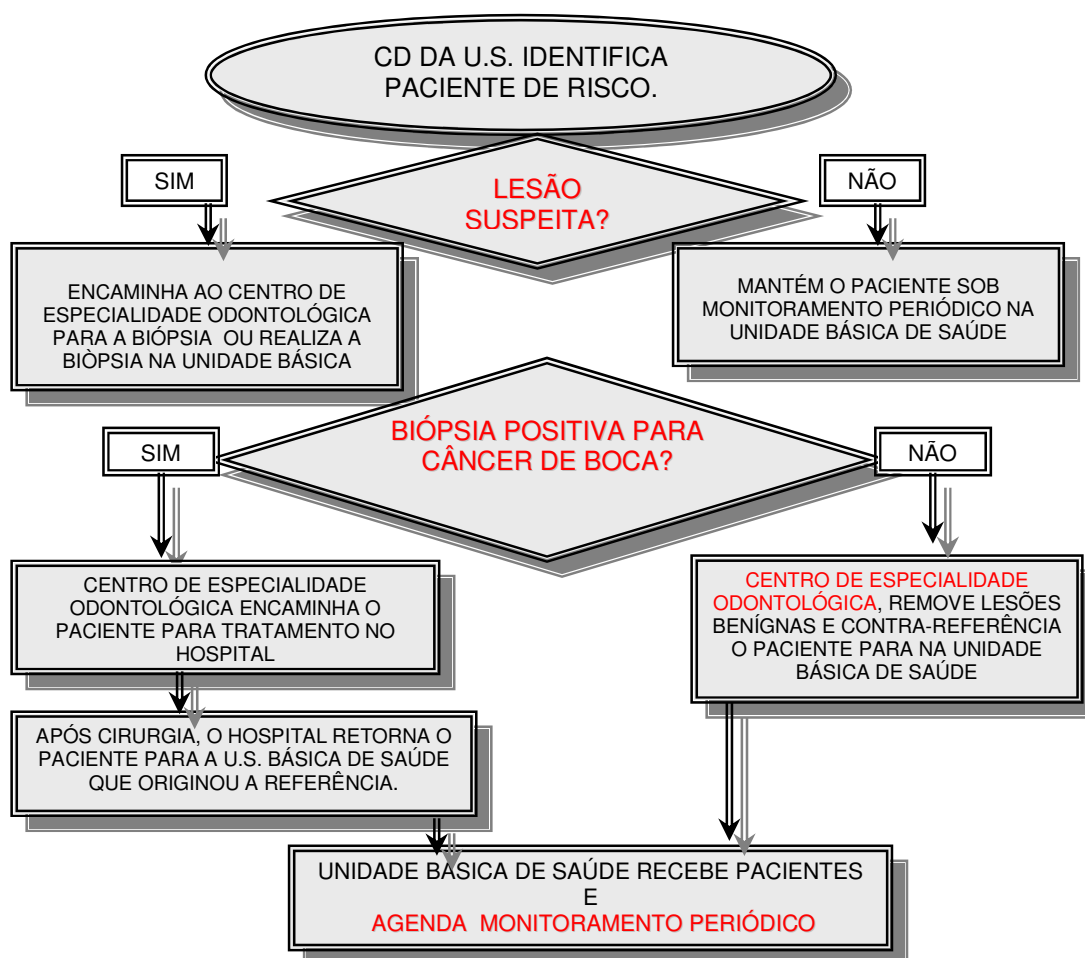
CEO Tipo 2: R\$ 50.000,00

Após adequação às normas do MS, em novembro de 2004 é inaugurado o CEO de Maranguape, com a conformação Tipo 1. A respeito das especialidades ofertadas e dos protocolos de encaminhamento E.TBJRC comenta que:

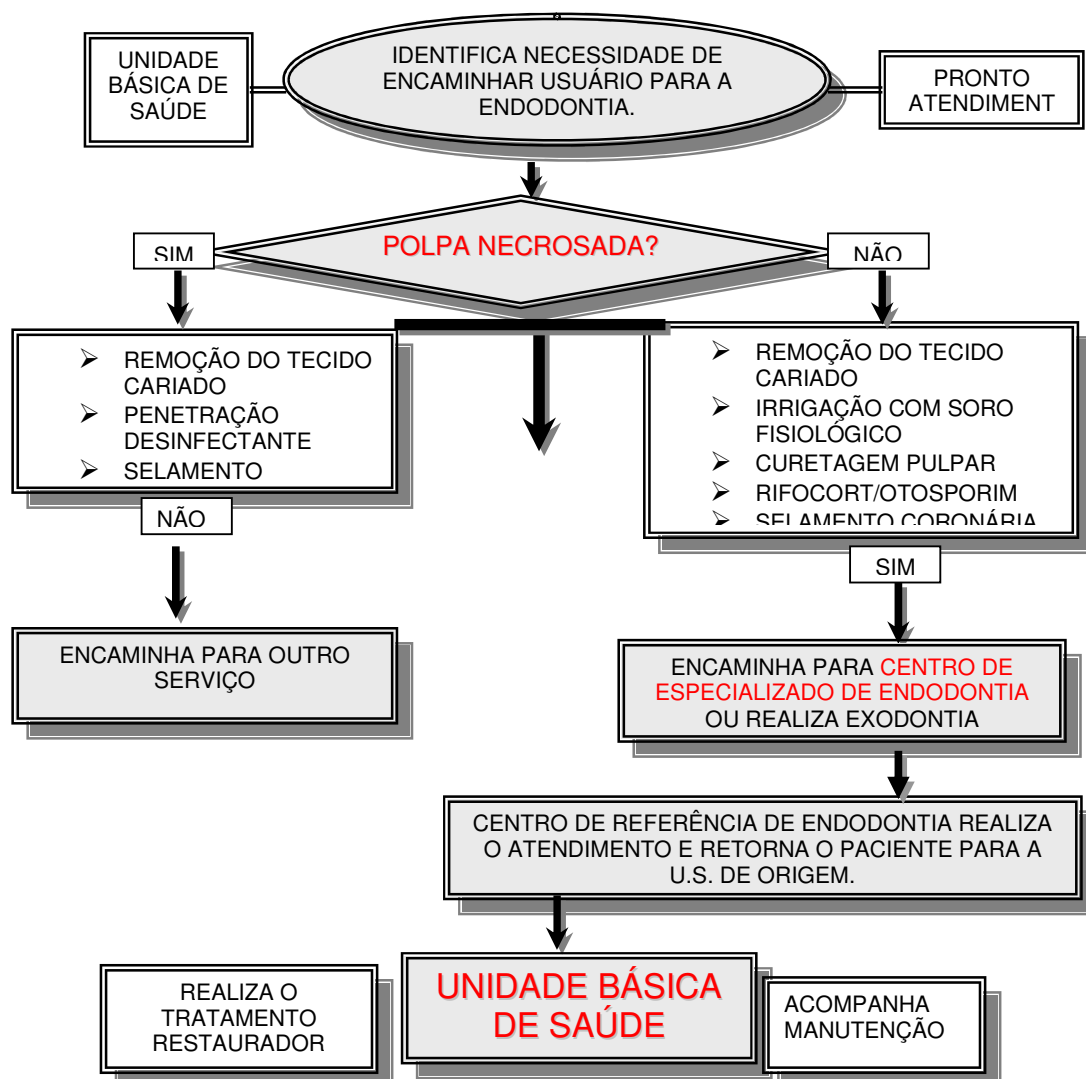
“... depois da inauguração do CEO, o paciente tem que entrar no sistema via ESB a gente diagnostica, vê se realmente tem que fazer o canal, e encaminha através de receituário, o seu tratamento endodôntico era feito e o paciente retornava ao posto pra poder terminar a parte restauradora. Tinha também: periodontia, dentística mais complexa, odontopediatria e cirurgia.

Para melhor orientar os sistemas de referência e hierarquizar as ações nos municípios, a coordenação nacional de saúde bucal sugere fluxogramas para todas as especialidades realizadas nos CEO (BRASIL, 2005).

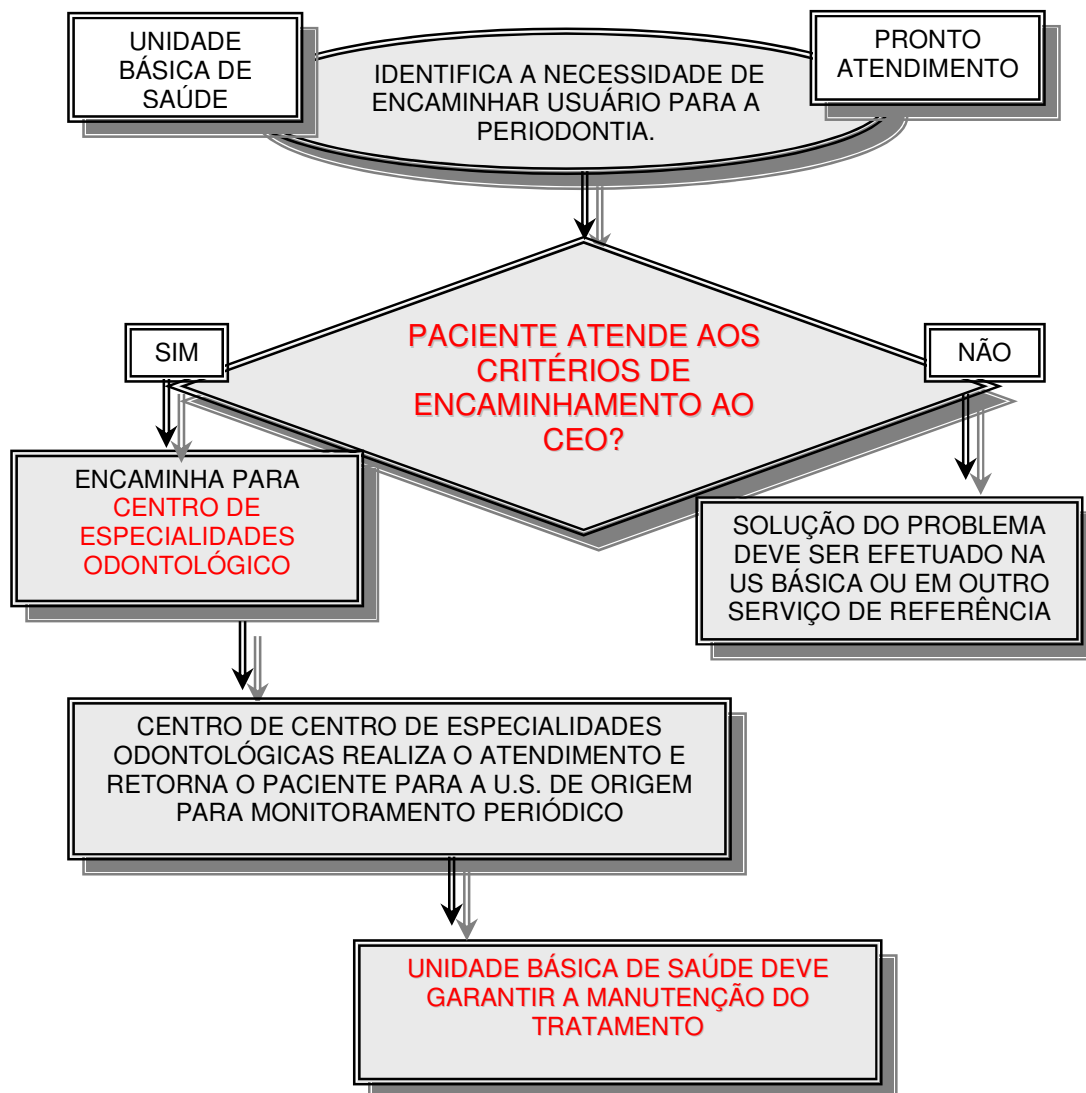
- Fluxograma para referência aos serviços especializados de diagnóstico das lesões de boca e câncer bucal.



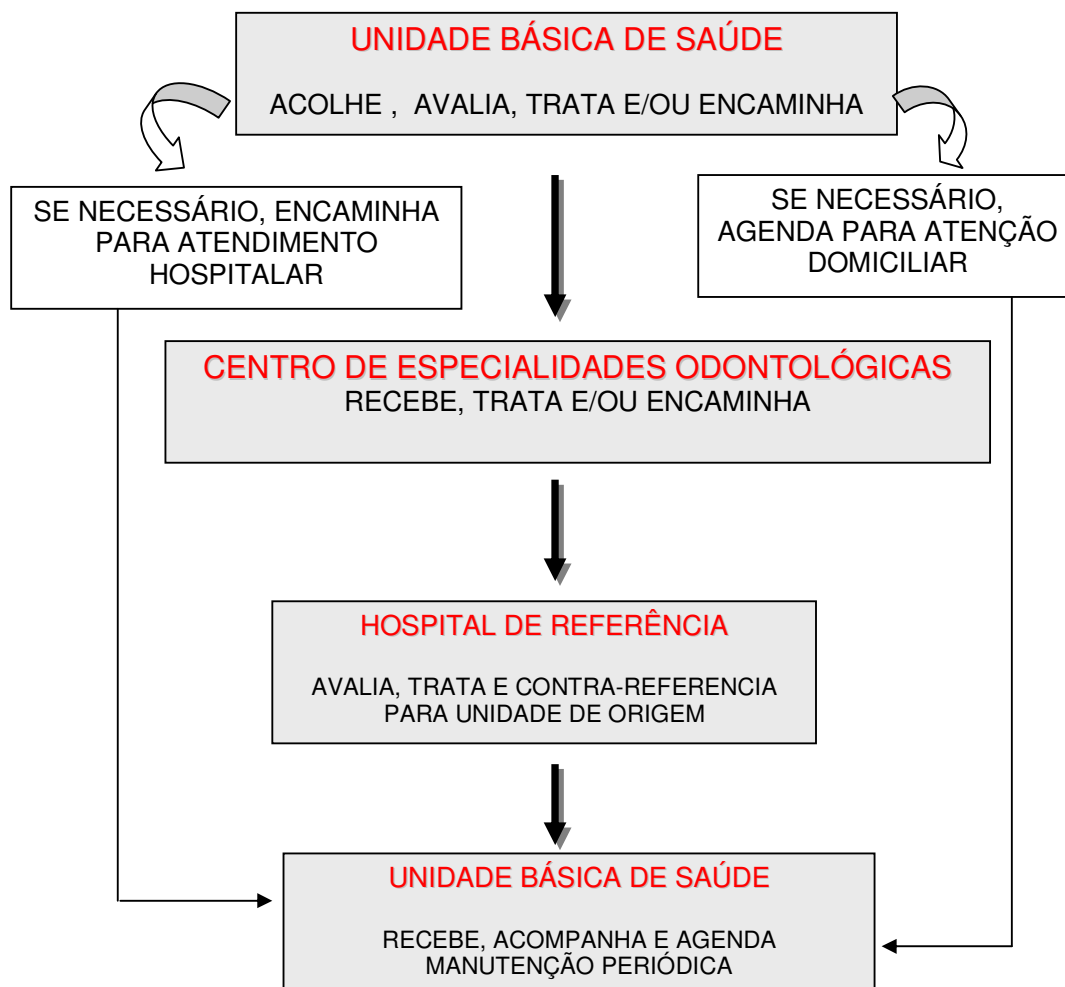
- Fluxograma para referência aos serviços especializados de endodontia. Em relação ao tratamento endodôntico, antes de encaminhar o paciente para o especialista, o dentista da Unidade Básica de Saúde - UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar vitalidade pulpar.



- Fluxograma para referência aos serviços especializados de periodontia. O acompanhamento e manutenção dos pacientes atendidos nos serviços especializados em Periodontia deverão ser feito nas unidades básicas de saúde.



- Fluxograma para Referência de Portadores de Necessidades Especiais ao Centro de Especialidades Odontológicas.



Na mesma época da inauguração do CEO-Maranguape, a cobertura das ESB era de 37% da população, dado que justifica a constatação feita por um dos entrevistados:

...o CEO daqui nunca foi um CEO realmente, ele pelo menos os dois primeiros anos parecia serviço de pronto atendimento, onde a gente fazia endo, mas eu me lembro que teve dia que eu atendi sete, oito pacientes, mais os três de canal e mais as emergências que apareciam, todas as emergências vinham aqui para o CEO: emergência, pedido, bilhete, tudo o CEO atendia era sem parar, ai não tinha característica de CEO... (E.TBEAC).

A apresentação dos quatro grandes fluxos concebidos pelo MS - referência aos serviços especializados de diagnóstico das lesões de boca e câncer bucal, referência aos serviços especializados de endodontia, referência aos serviços especializados de periodontia e referência de portadores de necessidades especiais ao CEO – poderia resultar em elemento de comparação para fluxos idênticos da prática em Maranguape, construídos a partir dos depoimentos. Ficou demonstrado um grau bastante incipiente de organização dos serviços, o que não proporcionou a comparação pretendida.

3. Atividades.

A portaria GM/MS nº 267, de seis de março de 2001, aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, definindo como principais objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal por meio da estratégia de organização da Atenção Básica preconizada pelo PSF;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção, de prevenção e de assistência em saúde bucal;
- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal para o PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

São também definidas as atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF:

- participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal;

- **estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;**
- **executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;**
- **organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;**
- **sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;**
- **programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;**
- **desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.**

Quanto às atribuições específicas do CD, ficam definidos:

- **realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a situação epidemiológica de saúde bucal da comunidade;**
- **realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica –NOB (96) do SUS e na NOAS;**
- **assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;**
- **encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento;**
- **realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;**
- **realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;**
- **prescrever medicamentos e outras orientações em conformidade com os diagnósticos efetuados;**
- **emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;**
- **executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;**
- **coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e a prevenção em saúde bucal;**
- **programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;**

- supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e pelo ACD;
- capacitar as ESF no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- registrar no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) todos os procedimentos realizados.

Segundo Zanneti (1993) um dos requisitos para boa atuação das ESB na ESF é o desenvolvimento de Procedimentos Coletivos - PC de Saúde Bucal, regulares e de qualidade, com o apoio e parceria das escolas, pré-escolas, escolas especiais, creches oficiais, creches não oficiais, mães crecheiras, presídios, grupos e associações identificados nos territórios cobertos pelo PSF. Para a realização destas atividades é necessário capacitar, atribuir funções aos "Multiplicadores de Saúde Bucal" que devem ser identificados no universo dos profissionais que trabalham nos espaços sociais.

O estudo de Farias & Moura (2003), diz que o PSF traz benefícios significativos à saúde bucal da população na medida em que a inserção do CD na equipe do Programa proporciona maior abrangência das ações voltadas para a promoção e prevenção, priorizando as atividades coletivas. Os PC podem ser definidos como um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais, previamente identificados, são exemplos: exame epidemiológico, educação em saúde, flúor e higiene bucal supervisionada.

Sobre as atividades em saúde bucal desenvolvidas fora do consultório odontológico, um entrevistado lembra que em Maranguape:

Quando eu cheguei já existia um trabalho de fluorterapia nas escolas, então a gente deu continuidade a este trabalho, existiam na época as chamadas meninas do flúor, que eram duas ACD, que uma vez por semana passavam distribuindo flúor nas escolas e os professores foram orientados para fazer a aplicação nas crianças de 15 em 15 dias, então a gente deu continuidade a este trabalho e passou também a desenvolver palestras nas escolas, mensais dependendo da procura: às vezes algum professor procurava a gente para dar mais alguma orientação... foi feito um trabalho neste sentido de dar continuidade ao que já existia e programar palestras e orientação de higiene bucal (E.TBAMB).

Como procedimentos realizados dentro do consultório odontológico encontram-se na fala de um trabalhador entrevistado que:

Na parte clínica continuamos o trabalho de dentística, quando eu cheguei lá não era realizado exodontia, a dentista não realizava exodontia, então a gente passou a fazer este trabalho, o pessoal sentia muita necessidade existia assim uma demanda muito grande nessa parte tanto que no início eu acho que eu passei os primeiros seis meses fazendo muitas exodontias, porque tinha aquela demanda acumulada, então foram feitos parte de dentisteria, exodontia, raspagem, profilaxia, aplicação de flúor e alguma emergência que aparecia (E.TBAMB).

4. Relacionamentos.

A reorganização do modelo de atenção caminha em passos lentos, entendendo-se que para uma mudança de paradigma é preciso muito mais do que um compromisso individual, é necessária a participação ativa da comunidade, apoio político dos gestores e meios que viabilizem este novo modelo.

O controle social, que constitui um dos princípios do SUS, reflete a participação dos usuários e demais categorias, inclusive os profissionais de saúde, no processo de decisão das estratégias a serem adotadas pelos gestores a fim de atender a suas principais necessidades no tocante à saúde. O Conselho de Saúde, a nível nacional, estadual, municipal e local é um instrumento de execução deste direito garantido pela lei 8.142 de 1990.

Segundo Brasil (1998), a participação da comunidade, por meio de suas instâncias formais, na definição, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde deve ser fomentada pela equipe do PSF. Sobre como aconteceu em Maranguape, dois trabalhadores comentam que:

O contato mais próximo dentro de uma participação popular era às vezes escutar o agente de saúde, porque de um jeito ou de outro representa a comunidade, então às vezes elas chegavam a reclamar para a enfermeira as dificuldades de acesso dos pacientes, a enfermeira pedia para gente se reunir no dia da avaliação dela, a gente se reunia e procurava contornar os problemas (E.TBEAC).

A comunidade nunca teve participação (E.TBGGAT).

Em uma tentativa isolada e incipiente no município, pode-se encontrar no depoimento de um entrevistado que:

Eu fiz duas reuniões, inclusive eu tenho as atas, que foram feitas na escola e colocamos cartazes, dizendo ia ter uma reunião, sobre o assunto: agendamento. Então as pessoas iam, a primeira foi até boa, mas a Segunda foi péssima... de vez em quando a gente conversava sobre algumas coisas, por exemplo, faltava material a gente conversava, quebrava alguma coisa, a gente conversava. Reuniões formais não tinham no posto, formais só foram essas duas que foram na escola João Cirino, tem ata, tem até foto da primeira e foi iniciativa minha, porque eu estava sentindo a necessidade de mudar o agendamento, mas eu não queria essa responsabilidade só pra mim (E.TBJRC).

Todos os trabalhadores entrevistados identificaram, no relacionamento das ESB com os demais membros das ESF, um bom padrão, tranquilo, como comenta um entrevistado:

Sempre foi muito bom, qualquer coisa que estou com dúvida eu chamo a Germana, que é a médica, na minha sala: Germana olha isso aqui, e quando a Germana tem dúvidas também de alguma lesão de boca, alguma coisa, a Ana enfermeira também quando vê que a boca da gestante tá numa situação muito ruim encaminha para mim. Então a gente tem assim, eu não tenho o que falar do PSF, porque tudo é discutido em grupo, vamos fazer uma reunião... Vai ter uma reunião com as agentes de saúde, já me ligaram dizendo do dia, entendeu? Então é tranquilo eu não tenho do que reclamar não (E.TBJRC).

O PSF configura uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação de trabalho, baseada na superação do positivismo biológico, requer uma nova prática que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes da equipe.

Entretanto, também é consenso entre os entrevistados que o relacionamento com o nível central da secretaria de saúde de Maranguape excluía a participação das ESB na política de condução multiprofissional das ações do PSF. Um trabalhador diz que:

Quando cheguei o que eu percebia e que soube até pela secretaria mesmo, a odontologia sempre era esquecida: tinha uma reunião a odontologia era colocada de lado, então, vamos fazer uma reunião sobre algum assunto, só para o médico e enfermeiro, então quando eu cheguei ia a estas reuniões mostrar a importância da odontologia na equipe de PSF... então eu dizia “também fazemos parte da equipe” (E.TBFCPS).

5. Dificuldades e Facilidades.

5.1. Dificuldades.

A equipe demonstra muita capacidade de identificar suas dificuldades e a fonte delas. Uma tipologia possível remete para o que é percebido por todos e o que é percebido por alguns. A percepção de alguns remete para duas possibilidades: maior capacidade discriminativa destes trabalhadores ou problemas específicos de suas áreas. As falas, a seguir, demonstram o que foi afirmado.

O calor intenso é bastante destacado como dificuldade para o desempenho das funções da prática odontológica, que exige padrões de biossegurança incompatíveis com ambientes não apropriados, como fica evidente nas falas de três entrevistados que dizem:

As dificuldades que eu encontrei inicialmente foi não ter ar-condicionado... realmente faz muito calor tem hora que a gente quer terminar logo o atendimento, devido ao calor (E.TBAMB).

O calor realmente é enorme, o calor é infernal em Itapebussu, região árida, de sertão, eu atendia numa sala fechada. [O calor] realmente dificultava muito o meu atendimento (E.TBFCPS).

...eu morria de calor, imagine o pessoal, a sala era muito pequena... (E.TBJRC).

Segundo Jan Dul (2004), em temperaturas acima de 24 graus Celsius há uma queda do rendimento e aumento de erros, havendo necessidade de concessão de pausas para a recuperação do organismo.

Como dificuldade, um dos entrevistados destaca a necessidade de...

mudar a mentalidade das pessoas, porque a gente chega oferecendo um tratamento bom de qualidade, e aí você se depara com a teimosia das pessoas em ter aquela mentalidade de não querer mudar, em querer propor um tratamento e eles não aceitarem, pois estão acostumados com extração de dente. Então a gente chega querendo dizer que tem solução tem tratamento: ele pode fazer uma restauração, não precisa perder aquele dente, mas ele acha que a gente tem má vontade, não quer extrair o dente, mas eu noto que aos poucos eles já vão se conscientizando e alguns já chegam dizendo que querem fazer o possível para tratar o dente, é assim especialmente com os mais velhos e os mais jovens tem cabeça mais aberta (E.TBAMB).

É relevante a citação, mesmo paradigmática da explicitação do pensamento hegemônico dos profissionais de saúde, pautado, sobretudo, na centralidade autoritária dos trabalhadores treinados em indicar os melhores caminhos na forma dos melhores tratamentos a serem seguidos pelos “pacientes” que “teimam” em não aceitar. Esta lógica de relacionamento incorpora um forte preconceito: o usuário não sabe e não quer saber, portanto não deve ser visto como cidadão e as decisões sobre a sua vida e a sua saúde não precisam de sua participação.

Mas, vejamos o que quatro dos cinco trabalhadores entrevistados têm a acrescentar:

Material... a parte de transporte. A estrutura era péssima, a estrutura era muito ruim, pra mim e pro povo, e ainda teve uma enchente, que não foi na minha época. Na enchente a água foi bater na porta, a estrutura era muito ruim, a sala por sorte tinha um forro, mas o

compressor era dentro do consultório... Não tinha geladeira nem pra guardar resina (E.TBJRC).

Uma destas barreiras era até mesmo a questão da exclusão dos outros profissionais. O dentista só sabe sobre dente [e os outros] não viam o dentista como um agente de saúde. Isso foi primeira dificuldade que eu vi a gente não participava das reuniões desse processo e muitas vezes (E.TBFCPS).

Você não tem nem como dizer para o paciente que tá faltando material. Chega uma hora que você não consegue mais nem dizer [isso] e ter que remarcar, remarcar, remarcar. Ai é horrível, a principal dificuldade é a falta de material (E.TBGAT).

A falta de material também acontece, embora [a gente] tenta, na medida do possível, resolver. Mas sempre se cai no problema do material (E.TBFCPS).

A falta de insumos relatada pode ser um forte sinal da posição secundária do setor perante o gestor municipal, pois a peculiaridade do fazer odontológico remete a necessidade de insumos suficientes e adequados. Além disso, destaca-se a não participação da categoria nos momentos decisórios junto aos demais profissionais componentes da equipe, ficando visível a desintegração.

Uma outra dificuldade, a demanda reprimida, é pontuada de modo muito claro: comenta:

O que acho muito complicado é a demanda reprimida. Vai muita gente pra pouco dentista, mas é muita gente, mesmo. Aí você imagine que eu tinha duas áreas, [dava apoio] a uma terceira, ainda tinha um pessoal que vinha de fora. A minha área tem uma vantagem, é fácil o transporte para ela... então é gente demais, muitos problemas, uma necessidade muito grande de tratamento, a área é muito grande (E.TBJRC).

O atraso histórico na definição e execução de políticas de saúde bucal pode servir como explicação para uma presença constante das declarações, qual seja uma demanda reprimida que muitas vezes imprime a sensação de realizar-se um trabalho não resolutivo, marcado pelo interminável atendimento clínico e o concomitante surgimento de novos casos, e ainda justificável pela baixa cobertura da ainda iniciante estratégia de organização da atenção primária pautada no PSF.

5.2. Facilidades.

O acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda é um dos grandes problemas a serem equacionados pelos sistemas públicos de prestação de serviços de saúde. A experiência acumulada de modelos excludentes, posta em cheque pela implementação do SUS em fins dos anos 1980, tem tido um processo de revisão e de reformulação ainda lento, mesmo considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção. Em Maranguape em relação à adoção da estratégia de atuação das ESB no PSF, dois trabalhadores entrevistados falam que:

Com certeza de um jeito ou de outro, o PSF melhorou e muito a questão do acesso, muito não tenha dúvida. Da época que eu comecei a trabalhar pra hoje eu não vou dizer que estar as mil maravilhas, mas com certeza as pessoas estão conseguindo pelo menos quem sabe uma vez na vida ir ao dentista, lógico que depende de interesse, que haja interesse, mas facilitou, facilitou, a quantidade de atendimento aumentou o acesso aumentou realmente (E.TBEAC).

.... com a implantação do dentista no PSF...o número de equipes de saúde bucal aumentou, melhorou um pouco o acesso da população, porque mais áreas tinham dentistas, antigamente tinham poucos dentistas e eram vinte horas (E.TBGGAT).

Os trabalhadores demonstram grande capacidade de identificar facilidades para a atuação das ESB no PSF de Maranguape, tais como união da equipe, boa comunicação e melhora das estruturas físicas, dos equipamentos e do custeio. Registre-se as falas:

Eu creio que a própria equipe que é muito boa, que trabalha unida, tanto a equipe de saúde bucal, com a ACD que é do local, conhece as pessoas, já conhece a comunidade, já tem um jeito próprio de tratar com ela e também a equipe: a enfermeira, o médico, sempre ajudando, encaminhando, falando bem da odontologia. Creio que tudo isso facilitou o meu trabalho (E.TBAMB).

Em primeiro lugar eu tive sorte com atendente, em segundo lugar a minha equipe é muito boa, a gente se comunica muito, um ajudando o outro (E.TBJRC).

...sem dúvida a estrutura física melhorou, mesmo até 2002, saíram algumas reformas de postos, algum posto foram fechados porque não tinham realmente condições de atendimento, então hoje houve uma melhoria de apoio ao trabalho da gente quanto a isso não resta dúvidas (E.TBJRC).

...quando eu cheguei aqui a gente trabalhava muito em consultório sucateado, era dor nas costas assim uns três dias diretos, e com os consultórios novos melhorou muito a qualidade de trabalho (E.TBGGAT).

... houve troca de consultório, o consultório velhinho, que era bem velhinho, ai trocou por este novo que é mais ou menos, foi só, as coisa

de mantiveram mais ou menos do mesmo jeito, do mesmo jeito, não lembro de ter uma grande melhora não (E.TBJRC).

...o apoio político que começou realmente a existir pra odontologia, o aumento de recursos começou a aparecer ... a vontade da população em querer ser atendida é mais um fator facilitador, isso é muito bom (E.TBFCPS).

Apesar do modelo formador hegemônico em Odontologia apontar para a prática isolada e realizada majoritariamente à luz da compra e venda de serviços, a experiência concreta de alguns profissionais já localizam o trabalho em equipe, a adscrição da clientela e as relações sociais estabelecidas, além da estrutura física renovada, como facilitadores do processo de trabalho e solução real para o trabalho do poder público.

6. Sugestões.

Um dos trabalhadores entrevistados, demonstrando aguda consciência das condições de trabalho e das responsabilidades, sugere medidas práticas para minimizar as dificuldades na sua prática profissional no Município de Maranguape:

Bem, eu creio que {são necessários} a instalação de ar-condicionado, por causa do calor, ter carro próprio para equipe, pois um único carro às vezes leva duas equipes, gerando atraso no atendimento. Tenho trabalho em Jubaia e preciso passar às vezes por dois ou três municípios, então se tivesse um carro só da equipe com certeza isso aí já ajudaria bastante (E.TBAMB).

Baseados na Portaria Ministerial 673, de três de junho de 2003, que estabelece a possibilidade de implantação de quantas ESB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF, os trabalhadores sugerem: e sugerem respectivamente:

a elaboração de uma territorialização melhor que, aumentasse o número de profissionais e consequentemente a divisão do número de equipes. No momento, atendo duas equipes, atendo Papara e Jubaia, então se existisse um consultório em Papara isso aí já ajudaria bastante, porque a comunidade de Jubaia poderia ter mais dias de atendimento por mês, isso já seria um grande avanço (E.TBAMB). Igualar a proporção de 1 ESB para 1 ESF, porque fica difícil uma comunidade muito grande de trabalho para o dentista, multiplica pela quantidade de dente que o paciente tem o trabalho do dentista ainda é triplicado, você contar as pessoas por cabeça da família e ainda multiplicar pela quantidade de dente então eu acho que tem que buscar mesmo uma proporção de equipes para que o dentista comece a conseguir fazer o planejamento dele, enquanto isso não existir acho

que vai ficar difícil, vai ficar cobrindo o sol com a peneira, e tentando fazer o melhor (E.TBEAC).

o mais importante outra pessoa que cubra o PSF seria uma ESB pra cada equipe de PSF, porque um dentista fica com duas equipes é muita coisa, sobrecarrega muito e mais a divisão com outro dentista, a estrutura física e um carro de apoio (E.TBJRC).

Fica evidente, nas citações, a necessidade de ampliar a cobertura, como sugestão para facilitar o processo de trabalho, além de um planejamento mais adequado que aponte para um novo momento de territorialização e uma definição mais clara de responsabilização sobre as áreas cobertas.

O estudo de Matos & Tomita (2004) concluiu que existe a necessidade de maior envolvimento do ensino superior com os serviços públicos de saúde, de modo a complementar algumas lacunas na formação e na prática dos CD no PSF. O mesmo conteúdo está presente na fala dos entrevistados, como um deles enfatiza:

A capacitação dos profissionais [desde a graduação] quanto à filosofia do PSF é de fundamental importância (E.TBEAC).

Roncalli (2000) indica que a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da Odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório. É importante que as experiências de introdução da saúde bucal no PSF não apenas transfiram linearmente o espaço de trabalho do CD, mas que produzam um ganho no sentido do re-ordenamento da prática odontológica, com mudança qualitativa, substantiva e crítica do manejo do processo saúde/doença bucal.

Outro aspecto bastante comentado nas falas de sugestão dos entrevistados foi em relação ao abastecimento do material de consumo, como expõem quatro dos cinco trabalhadores entrevistados:

[É preciso melhorar o abastecimento] de material. Certo que você deve ir para a escola, mas nem sempre você tem acesso à escola fácil, porque as escolas às vezes são muito longe e não tem como ir a pé, calçamento, no sol, e não deve ser por falta de material (E.TBGGAT).

Primeiro, a melhoria da estrutura física do posto, que é fundamental... Segundo, a gente ter um carro, a disposição... [Terceiro, não faltar] material de consumo (E.TBJRC).

Garantir a oferta principalmente de material que é o mais difícil porque o gasto é grande (E.TBEAC).

Mais material no posto, a questão do material, o ar condicionado que deveria ser colocado devido ao calor, que visa realmente melhorar a

qualidade de atendimento eu precisaria de um ar condicionado, um sistema melhor, com relação também a educação, a educação tipo ver mais a questão do flúor, porque tem o flúor, mas fica a gente supervisionando e lutando com o professor, mas precisaria até de um nível central da secretaria de educação se envolver mais nesse processo de realmente cobrar, a entrega no dia direitinho dos mapas do flúor e não depender dos professores tem um pouco de resistência com relação ao flúor, alguns não alguns são maravilhosos realmente ajudam bastante, mas têm alguns deles que acham ruim eles mesmos aplicarem, esperam que a gente aplique embora não seja nossa função, mas isso é realmente uma questão da secretaria de educação, aumento de salário, também realmente seria bom, seria ótimo, porque você ficar quarenta horas, você fica quarenta horas, você precisa realmente de uma dedicação realmente, porque se manter quarenta horas, com um salário, não tão igual ao do médico, seria muita diferença no salário de um profissional pro outro, embora exista a questão do valor de mercado, isso realmente é um fator que realmente ajudaria muito o desenvolvimento do trabalho (E.TBFCPS).

Vem á tona, com muita força, a necessidade de melhorar a estrutura física, o mobiliário e os equipamentos, bem como desenvolver estratégias organizacionais que superem o fornecimento insuficiente de material de consumo a ser usado nas práticas odontológicas. A saúde bucal, mesmo na atenção primária, exige um conjunto de técnicas duras que não podem ser negligenciadas ou improvisadas.

CAPÍTULO II:

SAÚDE BUCAL COLETIVA NO PSF DE MARANGUAPE: A VISÃO DOS ADMINISTRADORES EM SAÚDE.

1. O Que Diz a Secretaria de Saúde.

1.1. Motivações e atuações.

Em dezembro de 1999, quando o CD é inserido no PSF de Maranguape, por meio da lei municipal 1480, o clima político era de muita atividade e muita motivação. Um dos entrevistados, que viveu intensamente o período, revela suas motivações para a tomada de tal atitude:

Foi fruto de uma luta de toda a categoria dos odontólogos, que na época reivindicavam isto, até por conta da própria população que cobrava - temos médicos, temos enfermeira, mas não temos dentista aqui na área. Era uma dificuldade, as pessoas pra buscar um dentista, sempre tinham aquela coisa da fila de madrugada, às vezes passavam meses sem conseguir um atendimento. Então era uma coisa muito legítima essa inserção, tanto é que eu acho que não demorou muito, depois da criação do PSF foi logo acrescentada a inserção do odontólogo na equipe (E.GTVAS).

Outro ex-secretário, que assumiu a Secretaria Municipal de Saúde de Maranguape em 2001, coloca como motivações para a inserção da saúde bucal no PSF:

Primeiro o fato de eu ser dentista e reconhecer que este profissional de saúde tem que fazer parte da equipe do PSF, pela necessidade acumulada da população e pelo reconhecimento do trabalho multiprofissional, que caracteriza um dos princípios organizativos da equipe de saúde de família (E.GTLLLN).

Os dois gestores entrevistados têm falas semelhantes quando destacam os fatos relevantes no processo de formulação da política e de implementação das equipes de saúde bucal no PSF:

Fato relevante era a questão da própria população, que reivindicava muito ter um dentista. E houve sensibilidade do gestor, no caso o prefeito na época, que deixou [a questão] muito a critério da secretaria, dentro das condições que a secretaria tinha... O estado do Ceará sempre foi de ponta nesta questão, de certa forma ele formatou e exportou esse modelo do PSF e foi um precursor desse processo. Em consonância com isso veio a questão odontológica. Não faz sentido você ter uma equipe onde se busca a prevenção em saúde e esquecer um lado tão fundamental que é a saúde bucal (E.GTVAS).

Nós sentimos um apoio político muito grande. O gestor do município, na época, o Raimundo Marcelo Silva, é uma pessoa muito sensível a essas questões sociais, haja vista que no momento que... viu que existiam algumas imperfeições na inserção do Cirurgião-Dentista na equipe de saúde da família, ele de pronto acatou que eu fizesse um projeto de expansão para regularizar as situações possíveis de serem regularizadas e de pronto acatou uma ampliação do nº de equipes e do nº de equipamentos e assinou embaixo... Em relação à própria população, a gente percebeu que existiam algumas equipes que estavam fazendo planejamento participativo em algumas áreas de

Maranguape: tava sentando a equipe de saúde da família, a comunidade ali adstrita para discutir os problemas... e surgiram mil problemas, dentre esse ranking, do que era problema pra população, a questão do acesso dos serviços de ação de saúde bucal foi muito citado. Ora, então, eu, sendo dentista, com apoio político do prefeito, a comunidade fazendo isso como uma necessidade sentida... tinha todas as viabilidades (E.GTLLLN).

Fica evidenciado certo consenso na fala dos gestores sobre as motivações primeiras para a implantação da saúde bucal no PSF. Eles apontam, sobretudo, para uma cobrança da população a partir de uma necessidade vivenciada. Embora tratada de modo secundário, os entrevistados também indicaram uma mínima organização reivindicatória dos CD para tal fato, ficando mais destacado a porção corporativa na fala do gestor pertencente à aludida categoria profissional.

Mas, apesar do somatório de fatores favoráveis indicados, a implantação só veio a ocorrer, de fato, após a Portaria do MS, estabelecendo um processo de financiamento definido. Necessidade sanitária, pressões da população, articulação dos CD, inclusão profissional do próprio secretário não foram suficientes para a viabilização. O disparador do processo foi bem pragmático: repasse de dinheiro federal. A leitura, pragmática e monetarista, é que o município pratica política pública de saúde, para além das boas intenções e da sensibilidade dos governantes, quando há recurso financeiro novo.

1.2. Contextos.

Ao descrever e analisar alguns dos contextos pertinentes ao processo de formulação e implementação da ESB no PSF em seus diversos âmbitos de ocorrência: local, estadual e nacional, os secretários relatam:

Na época nos estávamos, e ainda estamos, com o Partido Verde e o prefeito era o Marcelo Silva. O estado era governado pelo Tasso Jereissati, do PSDB, e ao nível nacional tínhamos Fernando Henrique Cardoso, também do PSDB. É fácil entender a consonância de influências do governo do estado junto ao governo federal, devido ao fato de serem do mesmo partido, e o Tasso Jereissati tendo grande inserção no partido e no governo federal... O Ceará saiu beneficiado nesse contexto maior e eu acho que por isso teve mais facilidade até para a política pública estadual de saúde... Ela serviu de inspiração pra toda essa formulação da política pública nacional de saúde... O nosso governo municipal, apesar de sermos de outro partido, tínhamos assim uma parceria muito forte com o governo do estado,

uma boa parceria, um bom entendimento, e Maranguape se beneficiou também desse contexto (E.GTVAS).

Na questão partidária, político-partidária, o governo municipal era de partido coligado com o governo estadual, na época também ligado com o governo nacional. Nossa administração, nossa gestão, coincidiu com a implantação e a implementação do programa nacional de saúde bucal (E.GTLLN).

As falas indicam um fenômeno arraigado na política brasileira, qual seja o do tratamento positivo diferenciado dos aliados políticos no exercício do governo, ou seja, o fato de existir um alinhamento político partidário ou mesmo uma “boa relação”, isto suplantaria as ações típicas do Estado. Os ocupantes eventuais dos cargos transformam as ações em um tipo de clientelismo entre os entes da federação, segundo a vinculação político-partidário. Destaque-se o “samba do crioulo doido” das alianças partidárias estabelecidas no Brasil, pautadas em resultado eleitorais, que leva, no Ceará, a uma estreita cooperação entre neoliberais do PSDB e o Partido Verde, cuja essência ideológico-histórica nega o ideário do primeiro.

Os secretários demonstram grande capacidade de compreender o contexto econômico e gerencial do momento em que exerceram seus cargos, daí retirando, com muita precisão, os determinantes das ações no campo das políticas sociais públicas, destaque para aquela mais consistente, no caso Brasil, que tem sido a política de saúde:

No contexto econômico, Maranguape, de 1997 pra cá, começou um processo de se reerguer de uma grande depressão, com a emancipação do município de Maracanaú, o grande distrito industrial... A situação econômica refletiu no quadro social do município, mas, a vinda de algumas indústrias próprias revigorou a economia local, daí as políticas públicas municipais, não só da saúde, mas da educação, da infra-estrutura, da cultural... O grande ganho foi resgatar a auto-estima de Maranguape. Não foi nenhuma obra específica em particular, porque todas as obras foram importantes. Hoje temos uma cidade mais bela, do ponto de vista paisagístico e urbanístico, capaz de trazer visitantes com olhos pra enxergar uma cidade bonita, uma cidade bucólica. Sabe... quase universalizamos água potável em todas as casas e isso é saúde. Avançamos na educação ambiental, avançamos na saúde bucal, que é o nosso caso aqui, que a gente não consegue fazer saúde bucal sem ter boa educação (...) A gente conseguiu levar pra sala de aula maciçamente as crianças que estavam fora, começamos um programa de educação de jovens e adultos, e isso contribui pra mãe saber orientar suas crianças. Ou seja, tudo influi na qualidade de vida das pessoas, na formação das pessoas. A saúde é fruto dos efeitos da conjuntura econômico-social e eu acho que é exatamente isso que faz subir o nível de um povo... (E.GTVAS).

O Brasil Sorridente coincidiu com a implantação da portaria que realmente cria um incentivo, mas também coincidiu com aquelas primeiras experiências. Foi muito difícil para a maioria dos gestores conseguir mobilizar recursos, que são escassos, para investir na saúde bucal. O incentivo mal dá para o pagamento do profissional dentista e quando você amplia a equipe de saúde bucal tem que existir todo um investimento, em área física, pois nossas unidades de saúde eram muito precárias, mal cabendo o consultório médico. Não tínhamos estruturas físicas para implantar o consultório odontológico, tinha a vontade política, mas faltava investimento e o Brasil Sorridente não previa. O contexto político favorável envolvia também o PROARES, aquele programa de apoio às reformas sociais, para cujo planejamento participativo a população também citou a necessidade do acesso ao serviço de saúde bucal como prioridade. Assim [o PROARES] financiou a infra-estrutura das unidades de saúde da família e dentro do desenho arquitetônico foi prevista a área pra educação em saúde, com escovódromo e pia pra ensinar escovação e lavagem de mãos, como também, um consultório odontológico já padronizado, cabendo o THD. Isso aí, pra mim, foi definitivo para viabilizar (E.GTLLLN).

O primeiro depoimento destaca o momento de modernização administrativa pelo qual passava o município de Maranguape. Enfatizaram-se as ações de impacto sobre a qualidade de vida dos habitantes, desde a geração de empregos à proteção ecológica, passando pelo incremento da auto-estima, o sentimento de pertencimento. Neste conjunto de ações públicas, inscreviam-se, como resultado e como determinante, as ações de saúde, aí inserida a saúde bucal, como parte integrante dessas condições de vida. A visão é globalística e integradora, bem ajustada aos princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a concepção de saúde como processo histórico-social e os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

No segundo depoimento há, evidentemente uma confusão temporal, pois a época na qual foi criado o incentivo financeiro para a atuação das ESB no PSF, por meio da portaria ministerial No 1444, de dezembro de 2000, não é a mesma da criação da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente, regulada pela portaria ministerial No 673, de junho de 2003.

As duas contextualizações sinalizam para a dimensão das condições sócio-econômicas do município como definidor da implantação de ações de saúde de maior ou menor abrangência, indicando, sobretudo, uma impossibilidade municipal de desenvolver as ações de saúde bucal sem um forte apoio financeiro do nível federal de governo.

O atraso histórico das ações de saúde bucal coletiva, no Brasil, parece tão grande que impede os melhores resultados dos esforços atuais. As pretensões do Brasil Sorridente não encontram profissionais, formação, estruturas físicas e equipamentos adequados ao seu desempenho. A dívida é muito grande para ser superada rapidamente.

Para Narvai (1992), assistência refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não. A atenção é constituída, por outro lado, 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 saúde. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas intersetorialmente (geração de empregos, renda, habitação, alimentação, saneamento, escolaridade), ou internamente ao setor saúde, pela difusão em massa de informações sanitárias de promoção de saúde e de prevenção de agravos, pela multiplicação de ações educativas específicas, educação alimentar, controle de dieta, controle de placa bacteriana, revisão e práticas preventivas periódicas.

Falando sobre o financiamento para as ESB, um dos secretários de saúde entrevistados comenta:

a gente tinha a viabilidade política, a necessidade sentida [pela população], uma normatização ainda muito incipiente, que continua ainda muito cruel pra saúde bucal: porque a equipe de saúde bucal tem um financiamento e a equipe de saúde da família tem outro, isso dificulta muito essa integração e essa liberdade do gestor de aplicar os recursos de forma mais justa e mais equânime. Ainda é muito pouco a nossa conquista em relação à locação de recursos, eu acho o incentivo muito díspare em relação ao incentivo da equipe de saúde da família, eu acho que os salários ainda estão muito injustos do profissional dentista em relação aos outros profissionais nucleados da equipe de saúde da família (GTLLLN).

Evidencia-se que a norma emanada do MS tem vigor e define os modelos assistenciais implantados, mas que a efetivação das ações é problemática, quer de assistência, quer de atenção em saúde bucal arrimadas nas aspirações populares e na experiência gerencial localmente acumulada. Os entrevistados demonstram um sentimento de estranhamento, localizando a fonte de decisões sempre no exterior, e uma insatisfação advinda da baixa remuneração dos profissionais da área. Mas o discurso permanece prisioneiro

de um estilo apolítico e de uma passividade decorrente de outro sentimento complexo, o da inexorabilidade.

1.3. Critérios de boa prática.

Localizam-se alguns critérios de boa prática na fala de um dos gestores entrevistados, que cita:

...a gente imagina um cenário ideal, de ter condições de descolamento, ter condições de ter instrumental, ter condições de ter material, ter pessoal pra trabalhar... eu acredito que essa mudança cultural de as pessoas comecem a ter o hábito, porque o hábito gera, quer dizer, de tanto você falar, de você insistir um dia a pessoa faz, e aí vai que ela cria o hábito de escovar o dente, que ela cria o hábito de observar que tipo de alimento tá dando aquela criança, eu acho que essa mudança na verdade, é que é o grande X da questão (E.GTVAS).

A resposta ao questionamento pode ser lida em duas etapas distintas, uma, onde o foco principal consiste na adequada existência de insumos e trabalhadores da saúde, e outra, que distingue o bem fazer saúde como a ação promotora de mudança de hábito, um conceito dialeticamente superado pelo conceito de saúde como processo socialmente determinado, assim aproximando-se de um modelo explicativo mais totalizador.

O segundo Secretário de Saúde também aborda alguns critérios de boa prática:

a primeira coisa que a gente tentou, colocar com boa prática foi a questão do planejamento participativo, é que você imaginar que o indivíduo que chega ali, não é o indivíduo boca, nem é o indivíduo barriga, grávida, nem é o indivíduo doente, não, então a boa prática seria ver a equipe com uma equipe, planejar multiprofissionalmente...então a gente coloca o dentista pra planejar junto com equipe. Depois a questão da saúde bucal, ser capacitada no mínimo com o introdutório de saúde da família, mas da mesma forma, a equipe de saúde bucal, capacitar os demais profissionais... é uma boa prática, que de primeiro a gente quebrar esse isolacionismo, que existe dentro da gente mesmo, e isso tá levando a equipe também se isolar, não colocar o dentista no contexto..., deslumbrar a integralidade, do indivíduo, ver o indivíduo como um todo, ver a questão do biológico e do social, não da pra fazer saúde bucal, só em cima do indivíduo, tem haver com aquela família que tá desempregada, que morreu alguém, vão ter aumento de cárie, baixa estima, e toda degradação eu via essa questão, a prática seria a questão dos trabalhos, multiprofissional, a questão da intersetorialidade, não da pra fazer saúde bucal, longe da educação, longe da inclusão social, eu faço outra questão da humanização do acolhimento... (E.GTLLN).

Podem-se destacar duas questões no depoimento acima: a primeira, tematiza a necessidade da orquestração de uma equipe multiprofissional em saúde, desde o momento do planejamento até ao desenvolvimento das ações, levando-se em conta o conceito de intersectorialidade; a segunda, vê-se em foco o cidadão usuário tentando escapar do modelo biomédico flexneriano, sem, contudo, conseguí-lo, pois separa o biológico do social, sem considerar as interdeterminações, as interdependências.

1.4. Indicadores.

Falando de alguns indicadores disponíveis que permitam inferências sobre resultados e impacto do programa, os gestores destacam que:

...a gente fez um levantamento do índice de CPOD e viu realmente uma situação muito crítica, precisava realmente melhorar muito a saúde bucal, e aí começamos a realizar um trabalho, que depois se conectou com a vinda do PSF, que era exatamente pra cobrir essa deficiência, nos precisaríamos investir muito em prevenção, porque se nós formos trabalhar dentro de ponto de vista curativo, nos não teríamos condições de cobrir a demanda existente, com o odontólogo e o consultório. É aquela história da torneira aberta, as pessoas continuavam com maus hábitos alimentares, continuavam sem o mínimo de instrução, até pra o nível de instrução das mães. Então a gente começou maciçamente um trabalho de parceria com as creches, então a gente observa que dentro de um ano a nos melhoramos consideravelmente estes indicadores, não erradicamos, mas acho que melhorou significativamente... Com a inserção da odontologia no PSF, a gente tem uma cultura nas escolas de fazer o flúor, que começou naquela época e foi muito importante, a gente foi dentro de todas as escolas, dentro de todas as creches, a gente fazia este trabalho de parceria com a educação naquela época foi criando uma cultura, agora medimos o impacto disso, eu pelo menos não tenho dados, mas na época quando a gente aferiu estes dados de um ano pro outro, realmente foi uma melhora considerável (E.GTVAS).

...levantamentos e inquéritos epidemiológicos, eu acho falho em todos os municípios, em Maranguape eu cheguei e encontrei um levantamento epidemiológico, que foi feito ao nível escolar, e que o resultado dele, pra mim não traduz muito bem a realidade, porque um escolar, por si já é um grupo privilegiado, naquela época o CPOD levantado deu abaixo de três, que era recomendado pela coordenação nacional, pela OMS. Então na minha época fizemos um levantamento incipiente de necessidades acumuladas, mas ainda foi muito pouco o item “obturados”, ou seja, nos ainda estávamos assistindo muito pouco. Houve uma diminuição na questão do aparecimento de novas lesões, por outros fatores: o acesso ao creme dental, pelas orientações, pela auto-estima das pessoas que se elevou, por vários outros motivos, mas que o componente dos

serviços, da assistência, o obturado eu prestei atenção, não teve uma evolução grande. Exatamente por isso, a gente não tinha como implantar mais gabinetes odontológicos, mais equipamentos odontológicos pra fazer a parte assistencial. Nós melhoramos muito a questão promocional, a questão da universalização do bochecho, mas avançamos muito pouco em relação a assistência em si.

Olhe eu acho que a gente avançou em relação do acesso aos outros níveis da atenção, a integralidade, o CEO em relação às referências, mas ainda precisa avançar mais, mas que antes nem tinha isso, nem tinha essas especialidades (E.GTLLLN).

As duas declarações apóiam-se fortemente em levantamentos epidemiológicos realizados para aferição da doença cárie, tendo como indicador a proporção de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados-CPOD, o mais consagrado neste campo. Porém, este indicador é objeto de críticas quanto à sensibilidade. Destaque-se que os gestores explicitam uma grande preocupação com a cobertura assistencial e os processos de referência e contra-referência, além do desenvolvimento de ações preventivas, destacando-se aqui, nas duas declarações, um investimento operativo de desenvolver uma prática á base de bochechos fluoretados em creches e escolas, arrimada na consagrada efetividade para a prevenção de novos casos de cárie, além da facilidade de utilização do método e seu baixo custo.

Não há cogitação, contudo, da utilização de indicadores que monitorem eficácia e eficiência, e não existem no sistema de saúde local outros indicadores que possam verificar acesso e participação popular. As carências apontadas não são prerrogativas de Maranguape, pois a busca pela construção de tais sistemas de informação tem sido constante entre pesquisadores e serviços de saúde bucal, sem ainda bons resultados, mesmo em termos nacionais.

2. O Que Diz a Coordenação de Saúde Bucal.

Em todo o período da pesquisa, o município de Maranguape manteve uma grande unidade de política no campo da saúde bucal, pois teve apenas um coordenador. As memórias, impressões e comentários referem-se a uma única protagonista, uma cirurgiã-dentista que, falando da permanência no cargo de coordenadora de saúde bucal e do histórico de sua inserção na secretaria de saúde, afirma:

No início não tinha a coordenação de odontologia, começou com a insistência da Dra. Silvia, dos dentistas, que tinham necessidade de uma pessoa coordenando. Então, eu tenho oficialmente, de portaria, 12 anos de coordenação. Eu tenho talvez dois ou três anos antes a mais de coordenação espontânea, porque ninguém me fez coordenadora no início, ninguém chegou pra mim e disse você vai ser a coordenadora, simplesmente tinha que ter

alguém que visse a necessidade, a ansiedade do grupo, da equipe. Todos nos queríamos que a Odontologia crescesse em Maranguape...A enfermeira que era gerente do centro de saúde não entendia de Odontologia, então tinha que ter uma dentista, e eu, que nos primeiros anos era dentista de cadeira, ao mesmo tempo passei a fazer essa coordenação pra não deixar faltar o material, pra substituir o dentista que tava faltando, mas nada de uma estratégia de atendimento, isso a gente não tinha no começo. A partir do PSF então de repente eu fui chamada, pra uma reunião, onde tava sendo colocado no papel como deveria ser Maranguape em relação ao PSF. Quando cheguei à sala a coisa já tava feita, porque a Odontologia não era chamada pra discutir, a Odontologia era chamada pra ouvir: olha a decisão é essa, vai acontecer assim... (E.GTSSS).

A declaração sobre o processo constituinte da coordenação de saúde bucal no município de Maranguape aponta para uma estabilidade política face á perenidade de manutenção do coordenador no período de quatro gestões de prefeito e de oito secretários de saúde. Este período de 12 anos inclui os cinco anos da presente pesquisa. Entretanto, apesar do claro alinhamento com os executivos municipais e da possível competência pessoal não houve o avanço político correspondente ao setor, visto o atraso de configuração oficial de um núcleo orgânico de coordenação.

Com relação à implantação das ESF e ESB, a coordenadora relembra:

Então no início, teve a habilitação de vinte e duas equipes de PSF e por serem vinte e duas, nós teríamos onze equipes de saúde bucal, porque naquela época a proporção era de dois pra um, então foi determinado pra Odontologia, nos não tivemos como fazer opção de dizer: olha assim não vai dar certo... o primeiro cadastro começou com onze equipes de saúde bucal habilitadas, na proporção de dois pra um, e a gente começou o primeiro cadastramento com três ESB. Nunca a gente conseguiu a proporção de uma para duas até 2004. Mas terminamos 2004 com dezenove equipes de saúde da família e 10 equipes de saúde bucal (E.GTSSS).

Fica sugerido, na citação, um apoio incondicional da coordenação de saúde bucal ao poder político municipal, pois, apesar da longa permanência já citada no cargo, as reivindicações mais sentidas não eram atendidas, nem mesmo em face das condições e do financiamento definidos pelo governo federal.

No que diz respeito à organização da saúde bucal em Maranguape, a administradora comenta que:

A organização da saúde bucal, a gente sempre via o que o ministério da saúde mandava a gente fazer. O ministério da saúde, micro regional e secretaria do estado, a gente sempre participava das reuniões, das orientações, com a coordenação do ministério, com a coordenação do estado na época, nos pegamos a Dra. Clélia Nolasco e depois a gente pegou também a Dra. Lea. A gente fazia o que estava escrito na normatização do ministério da saúde, a gente trabalhava com núcleos prioritários, a gente trabalhava com procedimentos coletivos, a gente conseguiu trabalhar em todas as escolas municipais, estaduais e quase que a totalidade das escolas particulares em relação dos procedimentos coletivos. A gente tinha essa estratégia de que só pode ter um bom resultado em relação a diminuição da cárie quando fechar a torneira, na área de prevenção, a gente tinha uma parceria com a secretaria de educação, em relação as escolas, e a gente conseguia fazer exatamente o que o estado, o que o ministério manda a gente fazer: doar escova de dente pras crianças, fazer escovação inspecionada, fazer o flúor, no início quinzenal e depois mensal, então a gente seguia os critérios normatizados pelo ministério da saúde (E.GTSSS).

Pode-se derivar da análise deste trecho de depoimento a problemática relação entre os entes da federação. A repetição acrítica de normas gerais emanadas do MS

**inibe a possibilidade de programação e desenvolvimento de ações localmente
construídos e arrimados na realidade municipal.**

**Em relação aos grupos priorizados e como se dá à captação desta
clientela, assim como as ações priorizadas, a entrevistada cita que:**

...o atendimento de crianças de 0 a 12 anos, como prioridade em relação ao atendimento e grupos de gestantes a gente chegou a ter até no Itapebussu com o Dr. Fernando no Parque Iracema, a gente chegou a ter grupos de gestantes com a Dra. Adalgisa, a gente chegou a ter grupos de gestantes que efetivamente conseguiram levar para o bebe essa orientação de que o bebe nasce sem cárie e pode ficar sem cárie. Em 2002 quando a gente inaugurou o CEO conseguiu pela primeira vez ter um serviço noturno em Maranguape. O serviço noturno de Maranguape começou com a Odontologia, começou com a saúde do trabalhador, começou timidamente duas vezes na semana e depois passou pra 05 dias na semana, era um programa onde os trabalhadores eram atendidos (E.GTSSS).

A captação da gestante era através do pré-natal. Nas reuniões do PSF a gente tinha abertura pra falar com os enfermeiros e conseguia que os enfermeiros na hora da consulta do pré-natal, encaminhassem a gestante até o dentista..., nos tivemos alguns enfermeiros que efetivamente mandavam todas as gestantes... Os hipertensos e os diabéticos eu nunca gostei de considerar como grupos prioritários, a gente considerava como grupos prioritários os idosos. A triagem do PSF, não existia triagem do PSF, existia triagem da ESB. O agendamento foi uma coisa que a gente não conseguiu efetivamente estruturar, a gente tentou, a gente ouvia os dentistas, a comunidade, os agentes de saúde, e no início, foi em várias tentativas, a gente fez demanda livre, na demanda livre, a gente examinava aquela demanda e via a necessidade, examinada literalmente boca a boca, e via a necessidade e direcionava o paciente para exodontia ou pra dentisteria, ou pra parte preventiva (E.GTSSS).

Fica evidente uma falta de aderência a uma política consistente, a um programa estratégico, com princípios, diretrizes e escolha coerente de ações estratégicas. As iniciativas eram sempre pontuais.

Em relação a mudanças no acesso das pessoas aos serviços de saúde Bucal após a implantação do PSF, a coordenadora afirma:

...com certeza, acho que foi um avanço aqui em Maranguape, a comunidade começou a ficar esclarecida, porque o dentista deixou de ser aquele profissional que só fazia extração, só fazia obturação, na maioria das vezes não sabia sequer o nome do paciente porque o tempo não dava, o dentista começou a conhecer a sua área, começou a conhecer sua creche, sua escola, suas gestantes, suas crianças, começou a participar de projetos da comunidade, juntamente com o PSF, começou a ter inclusive parceria com a secretaria de educação, nós tínhamos a secretaria de obras como parceiros a partir do momento de a gente esterilizava o nosso material e a secretaria de obras mandava o carro pegar o lixo contaminado da Odontologia, isso era uma parceria, então nos tivemos parceiros com os próprios médicos, com os próprios enfermeiros, com as agentes de saúde, e isso aconteceu devido, justamente, o próprio dentista começar a perceber que o paciente não era só boca, que o paciente era inteiro, e porque a gente também no processo, a gente também teve que mudar a nossa cabeça, hoje os alunos da Odontologia já saem da faculdade com essa mentalidade de saúde coletiva, já tendo visitado as creches, as escolas, já tendo essa historia de coletividade. Nos dentistas mais antigos éramos aqueles dentistas que saíamos da faculdade pra fazer clinica particular, então a saúde bucal, a equipe de saúde bucal, o PSF deu também essa chacoalhada na cabeça da gente pra fazer a gente entender que terminou

o processo, terminou não, ainda falta a gente tá ainda em construção (E.GTSSS).

A necessária mudança de paradigma fica destacada nas ações agora inseridas no PSF, bem como o trabalho multiprofissional e a construção de uma intersetorialidade mínima. Há que se ressaltar a fragilidade, mas também o ajuste de passos com a estratégia de reorganização da atenção primária, nacionalmente definida.

A coordenadora comenta as dificuldades encontradas para implantação das ESB no PSF:

Para a Odontologia se mostrar dentro do organograma da secretaria de saúde, a gente também teve que conquistar esse nosso crachá de identidade, um exemplo que sempre que eu conto é que quando existiam reuniões de PSF, então colocavam os cartazes “reunião dia tal de PSF, com médicos e enfermeiros”, aí um desses cartazes tava pregado na recepção, aí eu cheguei pra pessoa e disse: olhe, reunião do PSF, mas dentista é do PSF, e eu não estou vendo aqui, só médicos e enfermeiros, cadê a dentista? Aí a pessoa pegou a caneta e acrescentou, impresadinho, “e dentistas” aquilo me deu assim, uma revolta, eu peguei o cartaz eu rasguei, tirei o cartaz... outro dificultador era mesmo a parte financeira, acho que o dinheiro dava pra pouca coisa e a Odontologia sempre era aquela história de cárie não mata, dor de dente não mata, então não diminuindo a importância das outras áreas, de maneira nenhuma, mais a Odontologia é cara. Também que era gritante, em todas as reuniões, era o dificultador transporte, como é que a gente ia colocar todo mundo dentro do carro, e este carro parava em toda esquina... um dos dificultadores não sei se o maior, mas dificultador também era a biossegurança, tava naquela história de instalar consultório, com certo padrão de atendimento, digno do profissional e digno do paciente, então a gente queria que tivesse uma climatização no consultório, a gente queria que tivesse um jaleco, o EPI do dentista, muitas vezes ou eu comprava a gaze, eu comprava os óculos de proteção do dentista. Tinham as dificuldades das licitações, teve uma época que nos chegamos a fazer licitação seis meses antes de faltar o material e seis meses depois a gente continuava sem material, porque a licitação segue normas (E.GTSSS).

Podem-se destacar dois pontos importantes: o primeiro, já citado também pelos profissionais de saúde, identifica a exclusão do setor de odontologia dos centros de decisão, mesmo nas equipes do PSF; o segundo, um sentimento de externalidade da coordenação, como se o cargo não fosse político, como se a participação não fosse politicamente construída, como se a passividade não fosse passível de superação. As ações pontuais representaram esboços de iniciativa e de reação frente a instrumentos externos de provocação. A divulgação de cartazes, sem a referência visual aos cirurgiões-dentistas, provocou revolta, extinta em si mesma.

Os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência) articulam-se, embora precariamente. A entrevistada descreve:

Quando não tinha CEO, tinha o CST – Centro de Saúde e Treinamento com dois consultórios e tinha a Dra. Cibele que fazia odontopediatria, porque estava terminando a especialização, tinha a Dra. Silvania, que fazia cirurgia de freio e de terceiro molar, porque gostava de fazer e queria fazer, tinha a Dra. Silvia que apesar de coordenadora, também fazia especialidade dentro desses consultórios. Então os pacientes eram encaminhados, não tinha endo porque não tinha raios-X. Quando aconteceu o CEO, inaugurado com raios-X, aí somou-se a essas especialidades, que nós já fazíamos endodontia, tanto a endodontia propriamente dita de dentes permanentes, como a Dra. Cibelle estendeu a sua odontopediatria à endodontia de dentes decíduos. Então esses

pacientes eram encaminhados do interior da sua de unidade de saúde com referência direitinho, eram poucos profissionais fazendo endodontia e o bom é que nós tínhamos colegas da equipe de saúde bucal, que se propunham a fazer um turno de canal no CEO, porque queriam fazer canal, sem remuneração. Então as referências eram através de receituários, protocolo, direitinho, o dentista lá da equipe de saúde bucal mandava aquele paciente pra cá e o paciente fazia a endodontia, fazia a odontopediatia, fazia a cirurgia, tinha também o outro dentista que fazia a parte estética, porque precisava de pino, há a gente não tem dinheiro pra comprar pino, pino de titânio, mas a gente fazia com um clipe, uma coisa que o paciente saia daqui com seu dente reorganizado, reestruturado e feliz, em relação a esses atendimento (E.GTSSS).

Fica mais uma vez evidenciado um fazer odontológico por pressão, incapaz de responder a iniciativas programáticas que o setor necessita. Não existem pesquisas diagnósticas, pesquisas avaliativas, organização de grupos de trabalho, contratação de consultores: necessidades surgem, pressões acontecem, respostas são dadas, sem lógica estratégica e composição articulada.

Como sugestões para melhorar a saúde bucal no município de Maranguape, a gerente afirma:

ESB na paridade um pra um, porque a gente já tava reorganizando pra fazer de um pra um, não tinha mais volta, dinheiro, pra comprar instrumental e chamar os dentistas pra poder a gente cadastrar as três equipes em 2004, em dezembro de 2004 a gente tinha essa idéia... a secretaria de saúde não tinha de imediato recurso pra construir prédio, construir quando eu falo construção da Odontologia eu sempre penso em economia, em biossegurança, e na coordenação desses anos aí, a gente toda vida tentou muito essa valorização da Odontologia por esse lado também. A gente queria projetar para 2005, efetivar uma coisa eu não consegui, era a triagem do usuário, como atender, porque a gente não podia ter esse pensamento de como direcionar a população para o atendimento se a gente não tinha equipe de saúde bucal suficiente, como é que eu podia direcionar a demanda, tinha primeiro que ter as equipes, se não na sua totalidade das 19 equipes de saúde da família, para 19 equipes de saúde bucal, porque em 2004, nos tínhamos equipes de saúde bucal atendendo em vez de atender duas equipes, chegamos a ter uma equipe de saúde bucal atendendo a quatro equipes de PSF. Era o que a gente tinha na época, então a gente precisava aumentar o numero de equipes de saúde bucal. Também idealizar uma maneira de como direcionar o paciente para o consultório, como fazer a universalização, como fazer equidade, iria fazer os três princípios do SUS, para isso teria que ter equipe de saúde bucal. Então os planos em 2004, quando a gente já tava com o CEO cadastrado, quando a gente já tava com algumas unidades com um espaço físico, totalmente construído, faltando coisa pouca, o Rato, lá na ponta, a idéia do CAIC, a gente na precisava gastar dinheiro, fazendo a construção, ou comprando consultório porque nos já tínhamos consultório, inclusive comprados em 2004, nós deixamos eu acredito que dois ou três consultórios encaixotados no almoxarifado, exatamente pra a gente ver essas possibilidades de adequar esses espaços as novas equipes de saúde bucal (E.GTSSS).

As sugestões para melhorar o setor são factíveis de serem implementadas, no presente como no passado, e o nó crítico, mais uma vez, localiza-se na prioridade a ser dada e na alocação de recursos a ocorrer. Estas decisões são tomadas na junção do convencimento técnico com a sensibilidade política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Considerações Gerais.

O presente estudo enfrentou o problema de lapso de memória dos entrevistados, que muitas vezes esqueciam datas e dados importantes e também seqüências de acontecimentos.

O acesso fácil aos entrevistados foi certamente um facilitador para a elaboração do texto, sobretudo devido à proximidade do pesquisador que, no momento da pesquisa, ocupa o cargo de coordenador de saúde bucal do município de Maranguape, além da intimidade com a cidade, face aos vínculos familiares históricos constituídos.

Sem dúvida a intenção do atual secretário municipal de saúde de incentivar pesquisas no município contribuiu de forma positiva nos trâmites burocráticos de obtenção de documentos.

2. Conclusões.

Em Maranguape, a inclusão da saúde bucal no PSF aconteceu antes do incentivo financeiro específico começar a ser repassado pelo MS. Nesta época as ações de saúde bucal eram financiadas pelo município.

As primeiras ESB / MS só foram cadastradas aproximadamente um ano após o lançamento da portaria No 1444 / MS. Em todo o período estudado a cobertura das ESB era insuficiente, assim como a proporção ESB x ESF sempre ficou aquém do possível preconizado pelo MS.

Na visão dos trabalhadores entrevistados, o acesso aos serviços de saúde bucal no município de Maranguape não era padronizado, ocorrendo, muitas vezes, por meio da livre demanda, como também, eventualmente, priorizando alguns grupos herdados das ESF.

Apesar do pioneirismo, mantém-se em Maranguape, no período, um modelo conceitualmente superado, dificultando o estabelecimento de uma assistência odontológica com base nos princípios da universalidade e da

eqüidade. Persiste um modelo excludente, que impõe um traço conservador e arcaico ao modelo assistencial em saúde bucal, na medida em que as bases de seu planejamento não são pautadas em critérios epidemiológicos e sociais.

O sistema de referência e contra-referência entre atenção primária e atenção secundária mostrou-se incipiente, pois mesmo depois da inauguração do CEO de Maranguape, os encaminhamentos a tratamento especializados não foram suficientes por conta da baixa cobertura das ESB no município, fato que obrigava o CEO a realizar procedimentos característicos da atenção básica.

Na fala dos trabalhadores entrevistados, a participação da comunidade, por meio de suas instâncias formais, na definição, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde, não era fomentada pelas ESB.

O não cumprimento de uma das diretrizes do PSF se dá justamente onde o processo de governabilidade pode ser mais frágil, isto é, na participação popular via controle social. Conclui-se daí a fragilidade deste governo municipal em permeabilizar-se aos mecanismos de democracia direta e controle de suas ações pela comunidade. O legado histórico de baixa experiência democrática serve de argumento para concluir também o ainda incipiente processo, apesar da norma legal não ser recente, de efetivação de tal poder pelos grupos societários organizados nos movimentos populares.

Os trabalhadores entrevistados identificaram, no relacionamento das ESB com os demais membros das ESF, um bom padrão, entretanto, o relacionamento com o nível central da secretaria de saúde de Maranguape excluía a participação das ESB na política de condução multiprofissional das ações do PSF.

O calor intenso, a falta de insumos e a demanda reprimida foram as dificuldades mais citadas pelos trabalhadores entrevistados.

Como facilidades para a atuação nas ESB, os entrevistados identificam o bom relacionamento com os demais membros da equipe e a melhoria das estruturas físicas e dos equipamentos.

As sugestões dos trabalhadores entrevistados, para melhorar o desempenho de suas atividades, baseiam-se em medidas a serem tomadas para solucionar as dificuldades por eles identificadas. Estas soluções apontam para a melhoria das condições de trabalho, aumento da cobertura

assistencial e maior prestígio ao setor pelo poder local. Em nenhum momento apontam para o protagonismo político da categoria profissional, por meio de suas formas de organização, no que diz respeito à resolução dos problemas.

O reconhecimento de que o profissional de saúde bucal tem que fazer parte da equipe do PSF emerge da necessidade sanitária acumulada da população, uma dívida histórica real, e da demanda consciente, articulada ou espontânea, da própria população, que reivindicava muito ter um dentista. Estas foram as principais motivações para a implantação das ESB no PSF de Maranguape identificadas pelos gestores.

Como contexto político os gestores destacam o alinhamento político partidário do município com o estado e a união.

Duas conclusões podem ser apreciadas no campo da política: a primeira aponta para uma pressão popular, mesmo que desorganizada, a partir de suas necessidades sentidas, e a segunda indica um alinhamento político eleitoral que suplanta as relações formais que deveriam existir entre entes federados, constituintes de uma república, realizando uma nova forma dos tradicionais currais eleitorais.

Os secretários de saúde fazem contextualizações que sinalizam para a dimensão das condições sócio-econômicas do município como definidoras da implantação de ações de saúde, de maior ou menor abrangência, indicando, sobretudo, uma impossibilidade municipal de desenvolver as ações de saúde bucal sem um forte apoio financeiro do nível federal de governo.

Fica evidenciada a dificuldade emanada no processo de municipalização da saúde no Brasil, sobretudo na multiplicidade de municípios que, muitas vezes, pelas características arrecadatórias e produtivas, dependem quase que exclusivamente de transferências do nível federal. O processo de responsabilização dos municípios não foi acompanhado do necessário aporte de recursos tecnológicos, físicos, formacionais e financeiros, sendo assim um processo aberto e em construção.

Os gestores localizam vários critérios de boa prática: a adequada existência de insumos e a quantidade com qualidade de trabalhadores atuando no setor, além de, sobretudo, portar uma visão que compreenda o bem fazer saúde com a promoção de mudança de hábitos de autocuidado.

Podem-se destacar duas questões fundamentais, a partir dos depoimentos que tematizam a boa prática: a primeira destaca a necessidade da orquestração de uma equipe multiprofissional em saúde, desde o momento do planejamento até ao desenvolvimento das ações, levando-se em conta o conceito de intersetorialidade; a segunda foca o cidadão usuário tentando escapar do modelo biomédico flexneriano, sem, contudo, consegui-lo, pois separa o biológico do social, sem considerar as interdeterminações, levando assim parte das soluções em saúde para o campo da escolha individual, como exemplo a opção alimentar, como se ela fosse uma possibilidade apartada das determinações sociais.

A boa prática é também localizada por um dos gestores como a possibilidade da participação popular no planejamento em saúde e a compreensão pelo profissional de odontologia de ter o usuário do sistema como um ser social complexo, para além da exclusividade de sua boca. Sem dúvida, estas assertivas apontam para rumos novos, tanto em relação ao incremento da democratização do processo societário, como para a ruptura no centralismo biológico da prática odontológica.

O CPOD é apontado como único indicador utilizado no município e é reafirmada a fragilidade, também nacional, de indicadores de efetividade, eficácia e acesso, dentre outras possibilidades que forneçam base mais sólida para o processo de planejamento e regulação do sistema local de saúde bucal.

A declaração da coordenadora de saúde bucal do período permite inicialmente concluir um alinhamento político ao poder municipal, sem a respectiva contrapartida de reconhecimento face ao atraso da instalação do núcleo dirigente do setor, além da exclusão de fato da coordenação do centro de decisão da saúde municipal, justificada por um sentimento despolitizado de externalidade.

Uma inequívoca distorção das relações entre os entes federados, ora de submissão, ora de repetição acrítica de normas é também a marca do período, dificultando assim a formação de um núcleo crítico localmente referenciado.

Apesar da não implementação de ações práticas resolutivas, a coordenação aponta soluções factíveis de implantação. Não lhe faltou visão. A acomodação no cargo redundou de fato em um longo período de estabilidade, porém pouco produtiva.

A partir das atitudes relatadas da gestão pode-se derivar a importância definidora do poder executivo localmente constituído na trama social concreta do município, ou seja, em ambos os casos, a despeito da norma emanada do MS, as ações ora se deram de forma positiva, ora negativa em relação à saúde bucal, como decorrência das opções e do protagonismo municipal.

3. Recomendações.

O presente trabalho possibilita algumas recomendações gerais, direcionadas aos seguintes grupos: administradores dos serviços de saúde, aos trabalhadores em saúde bucal, às universidades e aos pesquisadores do objeto estudado.

As recomendações a serem declinadas, longe de conceitos fechados, pretendem funcionar como alternativas para a construção de sistemas locais de saúde bucal mais consistentes e resolutivos.

Recomenda-se o imediato aumento da cobertura em saúde bucal, tanto em assistência, como em atenção, a fim de superar o atraso histórico que os referidos serviços foram alvo, representadas muito claramente no enorme acúmulo de necessidades da população. Na prática, o aumento recomendado deve traduzir-se, de imediato, numa equiparação das ESB com as ESF.

Recomenda-se a implantação de um processo de definição e construção de políticas em saúde bucal, localmente suportada, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e as definições teórico-práticas do PSF. Não é possível, apenas, ajustar o município à aplicação linear de normas nacionais.

Recomenda-se a instalação de um processo de educação permanente para os profissionais do SUS, em todos os níveis de educação formal, derivando daí a criação de uma escola municipal de saúde pública.

Recomenda-se aos profissionais a organização em torno das entidades representativas e/ou a construção de núcleos organizativos locais para realizar os enfrentamentos dos problemas próprios da saúde bucal, de forma coletiva.

Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que avaliem o impacto das políticas de saúde bucal, nas dimensões qualitativas e quantitativas, bem como a formulação de novos indicadores pertinentes ao tema. Dada a histórica centralidade da saúde bucal na assistência individual, impõe-se um esforço atual de construir todo um conjunto de protocolos, eixos de prioridade e financiamentos, a serem destinados para a saúde bucal coletiva.

Recomenda-se às universidades o aumento do número de cursos de formação pós-graduada em saúde bucal coletiva, a criação de Residências em saúde bucal coletiva ou a inclusão da Odontologia em Residências multiprofissionais, e, iniciativa urgente, a inclusão ou aumento de disciplinas

ou de carga horária referentes aos temas de saúde bucal coletiva na Graduação.

ANEXOS:

ANEXO I - LEI Nº. 1480/99-DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999.

ALTERA A LEI Nº. 1.443 DE 07 DE MAIO DE 1999 E ADOTA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PREFEITO MUNICIPAL DE MARANGUAPE.

Faço saber que a Câmara Municipal de Maranguape DECRETA e eu SANCIONO e PROMULGO a seguinte Lei:

Art. 1º - O Parágrafo Segundo, do Art. 1º, da Lei Municipal nº 1.443/99, passa a ter a seguinte redação:

§ 1º – As categorias funcionais criadas neste Artigo serão ocupadas por profissionais de nível superior, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, sob o regime de tempo integral, que comporão a equipe básica de saúde da família, especificamente médicos, enfermeiros e Assistentes Sociais em cargos de provimento em comissão, admissíveis *ad nutum*.”.

§ 2º – A categoria funcional dos dentistas criada neste Artigo será ocupada por profissionais de nível superior, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, que comporá a equipe básica de saúde da família em cargo de provimento em comissão, admissíveis *ad nutum*.

Art. 2º - Ficam criados na estrutura do PSF mais 26 cargos em regime de provimento em comissão, sendo 19 a serem providos por dentistas que integrarão a equipe básica de saúde da família e 07 a serem providos por Assistentes Sociais na proporção de 01 profissional para cada 02 equipes do PSF.

Art. 3º - Os cargos ocupados por dentistas terão a simbologia CLOSAB – Coordenação Local de Saúde Bucal, e desenvolverão suas atividades nos locais indicados.

Art. 4º- Os cargos ocupados por Assistentes Sociais terão a simbologia CLAS – Coordenação Local da Assistência Social, e desenvolverão suas atividades nos locais indicados.

Art. 5º - O Anexo Único da Lei nº. 1.443/99 fica substituído pelo Anexo Único desta Lei.

Art. 6º - A presente Lei terá vigência e eficácia a partir da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PAÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE, EM 15 DE DEZEMBRO DE 1999.

Raimundo Marcelo Carvalho da Silva
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO II: REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

PORTARIA DE INCENTIVOS FINANCEIROS
PORTARIA N.º 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2.000
Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85

Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde; a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população; a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Art. 2º Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

Modalidade I – Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário – R\$ 13.000,00 (treze mil reais)

Modalidade II – Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental - R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais)

Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

Art. 4º Estabelecer a seguinte relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família:

I – Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

II – Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família;

III – Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas.

Parágrafo único. Os municípios estabelecerão as formas de inserção das equipes e das ações de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção à saúde bucal.

Art. 5º Estabelecer o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

§ 1º O incentivo adicional de que trata este Artigo será pago em parcela única, logo após a Reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica - implantação da equipe de saúde bucal.

§ 2º Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo adicional, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde.

Art. 6º A qualificação dos municípios ao incentivo de saúde bucal deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, que remeterá mensalmente, à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a Resolução contendo a relação dos municípios qualificados, com a discriminação da quantidade de equipes e sua composição.

Art. 7º O banco de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB deverá ser alimentado mensalmente com as informações das ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal e fornecerá os dados necessários para o cálculo do incentivo de saúde bucal.

Art. 8º Os pagamentos decorrentes do disposto nesta Portaria serão autorizados em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde.

Art. 9º Os recursos orçamentários de que trata a presente portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho – 10.301.0001.0589 – Incentivo Financeiro a Municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB, para a Saúde da Família.

Art. 10º A Secretaria de Políticas de Saúde editará normas para a regulamentação da presente portaria.

Art. 11º Esta portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2001.

JOSÉ SERRA
(Of. EI. N.º 601/2000)

ANEXO III: HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO PSF EM MARANGUAPE.

Ministério da
Saúde

Departamento de Atenção Básica / SAS

UF: CE		Município: Maranguape		Código: 2307700				
Comp.	População	ESF SIAB	% Cob.	ESB Mod 1 Qualif.	ESB Mod 1 SIAB	ESB Mod 2 Qualif.	ESB Mod 2 SIAB	% Cob.
08/2001.	90,496	18	68,6	0	0	0	0	0,0
09/2001.	90,496	18	68,6	0		0	0	0,0
10/2001.	89,742	18	69,2	9	0	0	0	0,0
11/2001.	89,742	18	69,2	9	0	0	0	0,0
12/2001.	89,742	18	69,2	9	0	0		0,0
01/2002.	89,742	18	69,2	9	0	0	0	0,0
02/2002.	89,742	17	65,4	11	3	0	0	23,1
03/2002.	89,742	17	65,4	11	3	0	0	23,1
04/2002.	89,742	17	65,4	11	3	0	0	23,1
05/2002.	89,742	17	65,4	11	3	0	0	23,1
06/2002.	89,742	15	57,7	11	3	0	0	23,1
07/2002.	89,742	18	69,2	11	3	0	0	23,1
08/2002.	89,742	19	73,0.	11	3	0	0	23,1
09/2002.	89,742	19	73,0.	11	5	0	0	38,4
10/2002.	89,742	19	73,0.	11	5	0	0	38,4
11/2002.	89,742	19	73,0.	11	5	0	0	38,4
12/2002.	89,742	19	73,0.	11	5	0	0	38,4
01/2003.	89,742	19	73,0.	11	5	0	0	38,4
02/2003.	89,742	19	73,0.	11	5	0	0	38,4
03/2003.	89,742	19	73,0.	11	5	0	0	38,4
04/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	0	37,7
05/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
06/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
07/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
08/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
09/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
10/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
11/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
12/2003.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
01/2004.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
02/2004.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
03/2004.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
04/2004.	91,592	19	71,6	11	5	0	1	37,7
05/2004.	93,196	19	70,3	11	5	0	1	37,0
06/2004.	93,196	19	70,3	11	6	0	1	44,4
07/2004.	93,196	19	70,3	11	8	0	2	59,2
08/2004.	93,196	19	70,3	13	6	2	2	59,2
09/2004.	93,196	19	70,3	13	6	2	2	59,2
10/2004.	93,196	19	70,3	13	6	2	2	59,2
11/2004.	93,196	17	62,9	13	9	2	1	74,0
12/2004.	93,196	19	70,3	13	9	2	1	74,0

APÊNDICES:

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA CIENTÍFICA:

O processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF de Maranguape, Ceará.

Maranguape, ____/____ de 2005.

Sr.(a)

Peço o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para responder esta entrevista. Como aluno do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UECE estou fazendo uma pesquisa sobre o processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF de Maranguape, Ceará. Nessa investigação científica, serão colhidos depoimentos de Cirurgiões-Dentistas e gestores da rede assistencial do município no qual se abordará assuntos referentes à inclusão da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas o resultado da pesquisa ajudará muito a descrevermos como de deu esse processo. Por isso, sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização da entrevista é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessária. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar até mesmo onde haja submissão à autoridade, como em unidades de saúde ou escolas. Se necessário, o senhor pode entrar em contato com o coordenador da pesquisa, Aníbal Araújo Pinto, ou o responsável por ela, Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, no seguinte endereço: Avenida Parajana, 1700, Itaperi, Fortaleza-CE. Ou no telefone: (85) 299 2726.

A Coordenação da Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa desenvolvida pelo aluno do curso, AUTORIZO a realização da entrevista em: ____ de _____ de 2005.

APÊNDICE II - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

A Secretaria Municipal de Saúde de Maranguape

Prezados (a) Senhores (a),

Em virtude da realização da pesquisa intitulada O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MARANGUAPE, CEARÁ, como requisito para elaboração de dissertação de mestrado do Curso de Mestrado Acadêmico Em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – CMAPS-UECE. Venho através deste solicitar a autorização para consultar e coletar dados contidos em: Plano Municipal de Saúde, Projeto de Saúde Bucal, Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, Relatórios de avaliação dos programas, Subprojetos existentes na área de saúde bucal, Manuais de rotinas de atendimento ou de operacionalização de determinadas atividades, Relatórios de levantamentos epidemiológicos, e Relatórios financeiros.

Aproveito a oportunidade para esclarecer que:

- **As informações contidas nesses documentos serão utilizadas exclusivamente para se atingir os objetivos da pesquisa;**
- **Nenhum indivíduo citado nos referidos documentos será exposto qualquer espécie de constrangimento.**

Em caso de qualquer necessidade de esclarecimento, pode-se entrar em contato com o pesquisador ou o responsável pela pesquisa:

➤ **Pesquisador: Aníbal Araújo Pinto**

Endereço: Avenida Parajana, 1700. UECE - CMAPS

Telefone: (85) 8852 2199

➤ **Pesquisador Responsável: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

Endereço: Avenida Parajana, 1700. UECE – CCS

Telefone: (85) 3299 2726

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Maranguape e o Comitê de Ética da UECE a responsabilidade pelo termo.

_____, ____ de _____ de 2005.

Aníbal Araújo Pinto
CPF- 283274113-49

(Assinatura do representante Legal)

APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA: CIRURGIÃO-DENTISTA

DADOS DO ENTREVISTADO-

Nome-

Formação acadêmica-Idade-

Naturalidade-Tempo de serviço-

Vínculo empregatício-Carga-Horária-

Local de trabalho- Data- / / .

Titulação-

PERGUNTAS-

1) Como foi a implantação da ESB no PSF?

Quais os impactos para o seu trabalho?

2) Quem compõe a ESB?

3) Quais as atividades desenvolvidas pela ESB em "sua" Unidade Básica de Saúde? Número de pacientes? E fora dela? Organização da demanda? Referência? Humanização do atendimento?

4) Controle Social?

5) Capacitação?

6) Como é o relacionamento com a equipe do PSF?

7) Quais as principais dificuldades da ESB no PSF?

8) Quais os fatores facilitadores para a implantação da ESB no PSF?

9) Você percebeu alguma melhora no acesso da população à saúde bucal, após a inserção da ESB no PSF em "sua" UBS ? Por quê?

10) Qual a sua sugestão para que a ESB possa desenvolver melhor suas atribuições?

APÊNDICE IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL

Nome

Há quanto tempo está no cargo?

- 1. Como está inserida a coordenação de saúde bucal dentro da SMM (organograma)?**
- 2. Qual a estrutura da Saúde Bucal da SMM: recursos humanos e físicos?**
- 3. Como se deu o processo de reorganização da atenção em saúde bucal na SMM com as ESB?**
- 4. Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos nas ESB?**
- 5. Como se deu a inserção das ações de saúde bucal dentro do Programa Saúde da Família (PSF) com relação aos recursos humanos, forma de atuação destes recursos e grau de complexidade?**
- 6. Existem (se sim, quais são) grupos priorizados e como se dá a captação desta clientela?**
- 7. Quais os critérios utilizados para a determinação dos grupos ou ações priorizadas?**
- 8. Mudanças ocorridas no acesso e cobertura após a implantação das ESB?**
- 9. Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)?**
- 10. Que outras ações poderiam ser feitas no sentido de aumentar o impacto das ações de saúde bucal da SMM?**

APÊNDICE V - ROTEIRO DE ENTREVISTA: SECRETÁRIO DE SAÚDE

Nome

Há quanto tempo está no cargo/

- 1. O que motivou a inserção da saúde bucal no PSF?**
- 2. Descrever a atuação dos atores relevantes (governamentais e não governamentais; individuais e institucionais) destacando os processos de formulação e implementação do programa.**
- 3. Descrever e analisar alguns dos contextos pertinentes ao processo de formulação e implementação do programa (políticos, culturais, organizacionais, normativos, epidemiológicos, demográficos) em seus diversos âmbitos de ocorrência (local, estadual, nacional).**
- 4. Enumerar alguns indicadores disponíveis que permitam inferências sobre resultados e impacto do programa.**
- 5. Enunciar alguns possíveis “critérios de boa prática” da saúde bucal no PSF**
- 6. Analisar indicadores possíveis de: acesso, integralidade, referência e contra-referência, efetividade e eficiência. Inovação, democratização e participação social, integração e intersetorialidade, além de outros – com destaque para sua disponibilidade e coerência.**

