



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

*O modelo de implementação
da Equipe de Saúde Bucal no
Programa Saúde da Família
(PSF) no município de
Maringá - PR*

Suzana Goya

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Bauru
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Suzana Goya

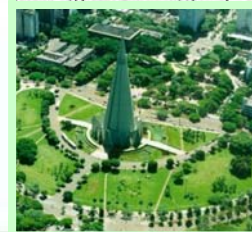
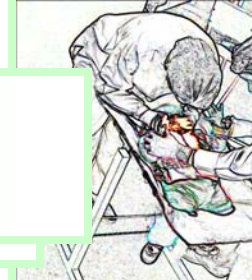
O modelo de implementação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Maringá – PR

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

Bauru
2007



Goya, Suzana

G729e O modelo de implementação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Maringá –PR./ Suzana Goya-Bauru, 2007.

415p ;57 il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em Odontologia. Área de concentração: Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

Orientador: **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos**

1. PSF 2. Saúde Bucal 3. Saúde da família

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução e divulgação total ou parcial desta dissertação, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura do autor: _____

Data: 28/05/2007.

Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá - UEM:
Projeto de pesquisa aprovado em 02/04/2007

Nº do Protocolo: 081/2007

Folha de Aprovação

Suzana Goya

O modelo de implementação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no município de Maringá - PR

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em: 28 / 05 / 2007.

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos
Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Profª Drª Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres
Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

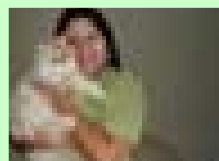
Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Prof. Dr. Edgar Crossato
Faculdade de Odontologia - USP

Dados Curriculares

Suzana Goya

Nascimento	22 de abril de 1970 - Presidente Prudente - SP
Filiação	Tokumitu Goya Emiko Akiyama Goya
1989-1993	Graduação em Odontologia - Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC – Curitiba - Paraná.
1994	Servidora Pública da Secretaria de Saúde do município de Maringá – PR.
2003-2004	Especialização em Saúde Coletiva – Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas – regional Bauru - São Paulo.
2004	Coordenadora de Saúde Bucal do município de Maringá – PR.
2005-2007	Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ao nível de Mestrado, Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo.
Associações	Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica – SBPqO. Associação Brasileira de Ensino – ABENO. Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas – Regional Bauru.



Dedicatória



Dedicatória

Dedico o meu trabalho a todos vocês, com muita alegria e amor.

Aos meus pais.

RUBENS e EMIKO,

pelo exemplo de determinação, paciência, disciplina e amor com que sempre me espelhei. Que sempre estiveram presentes em todos os momentos felizes e difíceis da minha vida. Pelos valores que me ensinaram e que me fizeram acreditar num mundo melhor.

Vocês sempre serão o meu porto seguro, o lugar onde sei que sempre serei amada e acolhida!! Obrigada por terem me ajudado nessa jornada. Deus me abençoou muito por vocês serem os meus pais! Vocês sonharam comigo em todos os momentos se fazendo presente em cada dia de viagem ou de volta, sempre com a esperança de dias melhores e confiando em minha capacidade!!

Hoje mais do que nunca essa vitória é de vocês!!

Aos meus filhos,

LUCAS e FRANCISCO,

meus preciosos, com quem aprendi a entender o amor de mãe, e que me fizeram uma pessoa melhor e mais feliz. Obrigada por suportarem a minha ausência durante todo esses anos. Por esperarem com ansiedade a minha volta pra casa e por sentirem saudades da “mamãe”. Como não sorrir ao sentir suas mãozinhas no meu rosto, pedindo pra dormir junto comigo pra “matar essa saudade”. Como não ter esperanças quando me lembro de vocês, como não me revestir de forças, por vocês!

Vocês foram inspiração para os momentos difíceis, vislumbrei através dos seus olhos um, futuro melhor. Meu amor e minha vida estão em vocês!!

Que Deus esteja sempre em nossa família e que possamos estar ligados pelos nossos corações, pelo amor que emana de nós, como estamos agora!

Aos meus irmãos,

SILVIA e HAROLDO,

por sempre terem me ajudado em tudo. Por sempre terem sido meus irmãos queridos e que me dão segurança de continuar a jornada, por serem simplesmente meus irmãos, com quem sempre posso confiar.

À minha cunhada,

MARINA,

pela disposição em ajudar com as crianças e por ser assim, tão de bem com a vida

A minha sobrinha,

GABRIELA,

Pela disposição e ajuda nos momentos difíceis com o computador.

Amo muito a todos vocês.

Obrigada por estarem comigo agora!!!

Neste trabalho quero alertar que a reaprendizagem será a palavra que nos guiará daqui para frente pois, quem não estiver aberto a aprender e a reaprender não participará desta história!

“Educação é estar na vanguarda das informações, ser o primeiro a mudar, conciliar conhecimento humano com tecnologia, entender o amor como grande diferencial competitivo e acima de tudo perceber que nada disso tem valor se não existir Deus dentro dos corações das pessoas.”

Espero que a sua viagem seja tão boa quanto o seu destino... Que Deus nos abençoe!!

Agradecimentos

Ao Senhor, meu DEUS,

Como agradecer tamanha generosidade com sua filha?!!

Obrigada por me amar incondicionalmente!!

Por estar em cada trecho da minha vida me sustentando, me acalentando e fazendo-se presente a cada manhã! Seu cuidado comigo me fez acreditar que o que sonhamos é muito pouco para o que o Senhor tem preparado pra nós! Abriu todas as portas para que essa sua filha pudesse realizar esse sonho, sonho de se tornar mestre!

Obrigada por eu ser sua amada filha e por estar atento a meu clamor e louvor!! Sempre sinto sua presença em minha vida e a entrego ao seu poder para que possa ser carregada por sua mão gentil de Pai. Distante de Ti Senhor, não posso viver, não vale a pena existir...

Preciso de ti, preciso do teu perdão... Preciso de Ti, quebranta meu coração...

Como a corsa, anseia por águas, assim tenho sede...

Como terra seca, assim é minha alma, preciso de Ti...

Distante de Ti, Senhor, não posso viver não vale a pena existir...

Escuta o meu clamor, mais que o ar que eu respiro, preciso de Ti...

Não posso esquecer o que fizeste por mim, como alto é o céu; tua misericórdia é sem fim...

Como um pai se compadece dos filhos, assim Tu me amas!!! Afasta as minhas transgressões, Preciso de Ti!!

E as lutas sempre tentam me afastar de Ti., frieza e escuridão procuram me cegar, mas eu não vou desistir.

Ajuda-me Senhor, eu quero permanecer contigo até o fim!!

Ana Paula Valadão Bessa

Se o meu povo, que se chama pelo meu nome, se humilhar, e orar, e Me buscar e se converter dos seus maus

caminhos, então Eu ouvirei dos céus e perdoarei os

seus pecados e sararei a sua terra sararei..

II Coríntios 7:14

Eu é que sei os pensamentos que tenho sobre vós, diz o Senhor, pensamentos de paz e não de mau, para vos dar o fim que desejais, então Me invocareis, passareis a orar a

Mim, e Eu vos ouvirei, buscar-Me-eis, e Me encontrareis, quando Me buscardes de todo o vosso coração,

serei achado de vós, diz o Senhor, Serei achado de vós e farei um lugar a vossa sorte.

À minha Família Goya,

*Aos meus irmãos **Silvia e Haroldo.***

Por serem sempre símbolo de amizade, cumplicidade, dignidade, lealdade, e amor. Por realmente serem meus irmãos mais velhos! Vocês têm um coração enorme, que não cabe no peito, sempre me auxiliando e me levantando a cada caída!! Obrigada! Como me separar de vocês? Como viver sem vocês pra ficar em cima de mim!!!!

*Aos meus cunhados **Marina e Liauro.***

Por completarem a vida dos meus irmãos e os tornarem pessoas mais felizes e realizadas. E por suportarem suas rabugices!

*Aos meus sobrinhos, **Silvia Gabriela (Gabi), Fernanda (Fefe), Júlia (Ju) e Eduardo (Dudu).***

Por fazerem a alegria de qualquer tia com sua alegria e energia!

“Ser Goya”,

é ser de bem com a vida, ser simples, sincero, ser manso, sorrir sem motivo, dormir mesmo com diversos problemas, tentar resolvê-los da maneira que puder, dar risada logo de manhã, achar a vida uma delícia, ser de bom humor constante, gostar de comer bem, gostar de conversar, de receber pessoas, gostar de pessoas, ser totalmente resolvido, animado para quase tudo e feliz com a vida, ser sonhador e realizador, ser trabalhador e batalhador, ser otimista de carteirinha...

*Quando eu penso que já passei por tudo, quando eu penso que já fiz de tudo,
o Senhor me diz que ainda há muito mais.*

*Quando eu olho para trás e não posso ver o início da estrada que estou a correr, o Senhor
me diz: pra frente há muito mais.*

*Quando às vezes os meus pés se cansam, o coração vacila, e as mãos não alcançam. O
Espírito Santo me diz que há muito mais.*

*Quando o que eu espero parece impossível mas por fé posso ver o invisível a Palavra de
Deus me diz que há muito mais.*

*Minha vida está escondida no Senhor e com Ele eu sou mais que vencedor.. eu corro a
carreira sempre adiante seu cuidado comigo é constante e sei que há muito, muito mais...
Asaph Borba*

*Aos meus **Mestres***

Tenho uma eterna dívida de gratidão por todas as experiências que vocês me proporcionaram, pelas situações experimentadas nos anos dedicados à realização deste trabalho. Muitos foram as mãos que se estenderam para a realização desta conquista, e eu os reverencio pelo apoio, pela confiança e pelo estímulo. Obrigada meus mestres!

*Ao meu orientador **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos***

Suas aulas de especialização e do mestrado me fizeram sonhar com a realização do mestrado. Aprendi com o professor a confiar e a sonhar mais alto. Obrigada pelo sonho estar se tornando realidade. Obrigada pelos momentos de sonhos e divagações que fizeram aumentar a minha credibilidade em lutar pela melhoria da Saúde Coletiva no Brasil. Obrigada pela confiança e generosidade. Oro ao Senhor meu Deus sempre por sua vida e de sua família! Obrigada por me fazer uma sonhadora e uma realizadora!

*À **Prof^a. Dr^a. Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres**, pela sua amizade e por sempre me orientar nas questões acadêmicas e principalmente nas questões da vida. Obrigada por ser essa pessoa especial e maravilhosa! Por ser professora competente e de uma vivacidade incrível! Pela sua disponibilidade em ajudar, pela confiança depositada em mim, pelo estímulo constante, pelos conhecimentos transmitidos, e, por ser exemplo de pessoa, tanto no âmbito profissional (é uma verdadeira educadora que vem transformando a vida de todas as pessoas que passam por suas mãos generosas) como no pessoal (um exemplo de mãe, esposa, colega, amiga e principalmente uma guerreira!!) a minha eterna admiração. Ainda faremos história juntas! Se pudesse denominá-la diria que é o anjo da Saúde Coletiva da FOB, sempre disposta e feliz em ajudar!! Que Deus a conserve assim pessoa humilde e mulher de fibra (como não se vê mais)! Que saiba que Deus está sempre no controle de todas as coisas e que é necessário deixarmos a porta aberta para Ele entrar! Lembrarei sempre de você!! Obrigada por me ensinar o que é ser uma educadora de vidas! Obrigada por fazer parte da minha vida!! Minha eterna admiração e respeito!!*

Ao Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris, pela paciência com que me ensinou os caminhos das análises estatísticas, com quem pude aprender a entender um pouco mais do mundo dos números e que me fez entender resultados tão maravilhosos. Obrigada por tornar o mundo dos números mais suave e compreensível! Acredito que a minha admiração será constante por ser pessoa polida, bem humorada, um “gentleman” com todas as letras! Obrigada pela ajuda e pela tranquilidade que sempre me passou! Quando penso em família lembro logo da sua! Que Deus possa estar em seu lar cada dia mais! Obrigada por me fazer mais paciente, objetiva e tranqüila!

Ao Prof. Dr. Arsenio Sales Peres, por causar um grande interesse em saber mais sobre odontologia legal e direito e me fazer ver que nem tudo realmente é justo nessa vida! Obrigada pela oportunidade de estar com os alunos da graduação e poder vislumbrar um pouco do que quero para minha vida! Fico encantada com sua energia, obrigada pelos momentos de risadas e alegria que pude desfrutar durante essa jornada. Sei que Deus tem trabalhado em sua vida de maneira especial, peço que Ele possa fazer parte do seu dia-a-dia. Obrigada por me fazer uma profissional melhor!!

À Professora Dr^ª Nilce Emy Tomita, pessoa muito capaz e serena agradeço pelas aulas de políticas de saúde onde pude vislumbrar o quanto temos que lutar enquanto saúde coletiva. Agradeço por me ensinar a ser mais humilde e mais humana. Agradeço seus ensinamentos durante o curso e confio que tenha conhecido um pouco de mim. Deus em seu infinito amor transforma os obstáculos em vitórias. Que sua vida possa ser mais próxima das coisas celestiais, estarei pedindo a Deus que esteja a acompanhando em sua jornada. Obrigada por me fazer mais confiante e simples!

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Consolaro, que com as aulas de prática docente, me fez ver o quanto é necessário aprender a ser pontual, cuidadosa e preparada. Acredito que Deus nos dê dons e que podem ser aprimorados. As aulas de fotografia me fizeram olhar a vida de outra maneira, enquadrá-la de outros ângulos. Comprei uma câmera digital para os meus filhos para que possam aprender a ver o mundo por outra ótica. Em suas aulas fiquei doente, triste e quase desisti do mestrado! Mas aqui estou: sou uma sobrevivente que aprendeu a ser mais gente, mais tolerante e humilde, o que tornou minha vida mais tranqüila. Peço ao Senhor Deus que esteja preparando sempre seus alunos para “o que há de vir” e para que possa alcançá-lo no mais profundo do seu coração! Obrigada por me fazer mais forte e cuidadosa!

A professora Dr^a Magali Caldana,

Por ter compartilhado comigo momentos de conversas sobre filhos pequenos e por ser sempre meiga, gentil, educada e atenciosa comigo. Que Deus continue a mostrar seus caminhos para sua família! Obrigada por ter compartilhado momentos de alegria comigo, por compartilhar momentos de sua vida! Obrigada por me tornar mais doce!

A todos os professores que me ajudaram a estar aqui realizando esse sonho, os da pré-escola, do 1º e 2º graus do Colégio Santa Cruz, do Colégio Alfa de Maringá, do Curso pré-vestibular Positivo, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC) de Curitiba e os de pós-graduação da Associação Maringaense de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia seção Curitiba – PR e APCD de Bauru. Obrigada por transmitirem seus conhecimentos e despertarem em mim a vontade de aprender sempre mais! Vocês estão presentes na história da minha vida! Obrigada pela sabedoria, paciência e estímulo!

*Obrigada a todos os meus mestres, que moldaram minha vida, que através de seus ensinamentos me fizeram querer aprender mais!!!
Obrigada Mestres da minha vida!!!*

*“Mestre não é quem sempre ensina,
mas quem de repente, aprende.”*

*João Guimarães Rosa
Grande Sertões : Veredas*

Agradecimentos aos amigos do coração;

Aos meus grandes amigos e companheiros inestimáveis

Sérgio Donha Yarid,

Sonhamos juntos com o mestrado nas inúmeras vezes que andamos de coletivo na cidade de Bauru. Você é exemplo de pessoa com um ideal, deixou tudo para trás para realizar esse sonho! Você se tornou um amigo e companheiro que respeito e admiro muito. Você teve uma importância particular na realização deste trabalho e na minha vida, me deu coragem, estímulo e auxílio. Somos diferentes e essa diferença me faz respeitá-lo mais. Realizamos nosso sonho de mestrado, nos ajudamos financeiramente através dos cursos e aprendemos a sermos companheiros. Acredito que Deus o colocou em meu caminho para que pudesse ver como uma pessoa pode realizar tudo o que deseja se tiver afinho e coragem. Você passou por muitas provações e dificuldades no mestrado o que me fez admirá-lo cada vez mais (e a Cristina também). Não me esquecerei do primeiro almoço (do jiló), dos planos, das risadas e do que realizamos juntos! Sei que um dia será professor em uma boa Universidade! Que você possa realmente sentir a mão de Deus em sua vida! Obrigada por ter se tornado meu amigo!

Só sonhar! Já é uma pedrinha da estrada, na jornada da vida, sonhando, pensando, agindo e realizando... Vamos lá?! Ou melhor estamos chegando lá!

Rute Moreira de Freitas Sant'Anna.

Como falar de você sem chorar?! Você é exemplo de pessoa que conquista seu sonho, você correu atrás do que queria e agarrou esse ideal com todas as forças. Com você aprendi a ser mais tolerante com as pessoas, ser amigável, ser forte, escutar mais, suportar as diferenças. Passamos por tantas coisas juntas, tanta correria, tantos transtornos, dificuldade, mas conseguimos superar! Você me ajudou nessa hora tão difícil do mestrado, me ofereceu seu lar para que fosse meu, me acolheu, me tornou parte de sua família, eu uma completa estranha!! Deu-me um quarto maravilhoso, me permitiu fazer parte da rotina de sua casa, alimentou-me, foi minha confidente e se tornou parte da minha vida! Como agradecer tamanha generosidade?! Não há palavras no mundo que possam traduzir a minha gratidão por você ser assim tão especial e por ter feito tanto por

mim! Obrigada, obrigada, obrigada, obrigada, obrigada. Você é uma pessoa maravilhosa! Que Deus no seu imenso amor sempre esteja presente em sua casa e em sua vida. Estarei orando por você e pedindo que Deus continue abençoando sua vida!

Quando estou pronto a desistir, pensando que cheguei ao fim, a Tua mão me sustenta. A tua voz me orienta, dizendo: “Não temas, meu filho, não temas! Eu te levanto, Eu te ajudo. Te fortaleço... Que os sonhos sempre sejam sustentados pelas mãos do Senhor!

André Valadão

Henrique Mendes Silva

Filho da especialização, nos afastamos um pouco durante o mestrado, mas considero você meu filho de coração. Pessoa discreta, calma e esquecida, classificaria você como “pessoa do bem”. Obrigada por ter compartilhado sua vida comigo e por ser meu filho adotivo.

Cilene Fanhani

Com você conheci a Deus, minha amiga! Sempre me ajudando em oração, amizade e palavras de estímulo. Amiga que me direcionou para os caminhos de Deus. Obrigada por você fazer parte da minha vida em todas as etapas, por ser amiga fiel, sempre com uma palavra amiga e de estímulo! Lembro-me do dia que você me disse: - Peça a Deus forças, que ele responderá, pois você é filha do Rei!!! E em outra ocasião que sabiamente me falou: - Não sei o que está acontecendo, mas o que posso te falar é que Deus te ama incondicionalmente, sem restrições ou cobranças! Como esse seu tempo de amizade a minha fé tem sido fortalecida e tem me ajudado a ter uma visão do Senhor, agradeço por você ser minha amiga, por você me ajudar constantemente! Por você ser você, assim, simplesmente: Cilene!!!

Nas Tuas promessas, na Tua Palavra, no Teu amor por mim, que nunca me deixas só. Senhor, Tu és minha esperança, és o meu refúgio, minha segurança. Quando ao meu redor há inimigos sem fim, posso estender as mãos e segurar em Ti.

Ana Paula Valdão

À família Sant’Anna,

Não consigo com apenas palavras agradecer tudo o que fizeram por mim! Toleraram a mudança de seus hábitos, a interferência de uma estranha

durante esses dois anos! Dr Sant'Anna, Rute, Gustavo (Gu) e Juliana, Patrícia (Patty) e Vandrey, Carlos e Ashley, Arnaldinho e Carol, Jimmy, Meg, Judite e Guilbert, agradeço a cada momento que pude ter a companhia de vocês, sem vocês esse trabalho não se concretizaria!! Obrigada por me darem a oportunidade de poder estudar com tranqüilidade, por terem permitido que eu fizesse parte de suas vidas! Por me darem apoio e estímulo, por me fazerem acreditar em anjos na terra! Vocês foram meus anjos da guarda nesses dois anos de mestrado. Vocês são pessoas raras e especiais, que me fizeram entender que a amizade é muito preciosa. Meu muito obrigado! Meu abraço apertado! Minha amizade sempre! Obrigada, obrigada, obrigada!!! Arigatô Gozaimassu!!!

Juliana Julianelli de Araújo,

Conheci você a cada dia. Não a compreendi, fui ranheta, e não perdoei a sua juventude... mas veja só descobri que somos muito parecidos!. Espero que você consiga e siga aos seus sonhos. Obrigada por você compartilhar seus problemas, dúvidas, e vida pessoal comigo. Sei que seu futuro será brilhante, basta você querer de verdade do fundo do coração! Espero que possamos viajar mais e quem sabe ir até Londres? As lembranças de uma bonita amizade vão sempre fazer parte da minha memória. Obrigada por dividir sua família comigo e me permitir ser sua amiga!

Leigh Mary Furu-Uchi,

Vem filha amada, vem em meus braços descansar, e bem seguro te conduzirei ao meu altar... Ali falarei contigo, com meu amor te envolverei... Quero olhar em teus olhos, tuas feridas sararei. Vem filha amada, vem como estás...

Ana Paula Valadão Bessa

Acreditando que você esteja onde as estrelas, que você amava, brilham... Como não lembrar de você hoje, nesse dia tão especial da minha vida... Estou aqui a sorrir e a compartilhar essa vitória com você minha amiga, fazem 17 anos, mas a saudade ainda toca fundo ao meu coração!!! Qualquer dia amiga a gente, vai se encontrar!!!....

“... tudo o que já foi, é o começo do que vai vir ...”.

Guimarães Rosa

Aos amigos do mestrado, **Agnes de Fátima Faustino Pereira** (com sua beleza e alegria em viver), **Fernando Toledo de Oliveira** (grande paizão!), **Gustavo Silva Sciécola** (com suas brincadeiras! O fortão da Melina), **Henrique Mendes Silva** (simples e feliz, desligado e que tem gosto musical esquisito), **Ismar Eduardo Martins Filho** (cavalheiro, amigo, fiel, e gentil, de garoto genioso se tornou um mestre!), **Juliana Julianelli de Araújo** (competente, amiga, e alérgica a frutos do mar! Espero que sua vida seja mais calma depois do mestrado!) **Melissa Thiemi Kato** (muito aplicada e inteligente), **Sérgio Donha Yarid** (que fez uma coisa rara, deixar tudo pra trás para realizar um sonho!), **Ricardo Pianta Rodrigues da Silva** (político, que gosta de trilhar os caminhos da Saúde Pública, não vou esquecer da aula de Xilitol e da piantês), **Rute Moreira de Freitas Sant'Anna** (que após tanto tempo pode viver a emoção do sonho se tornar realidade: ser mestre!) **Tatiane Martins Jorge** (eficiente e muito disciplinada, pessoa de confiança, obrigada pelo companheirismo). Por toda a alegria que a nossa amizade nos trouxe. A minha eterna gratidão.

Aos amigos de Bauru, **Rosália, Ivanete, Maurício, Carol, Fernanda, Cristina, Cláudio, César**. Pelo afeto e ajuda. Obrigada!

Aos amigos de viagem a Bauru, **Marina, Margareth e Fausto**. Por todo o companheirismo e ajuda mútua que pudemos compartilhar nas nossas viagens juntos (pelas confidências, trocas de receitas, sustos na viagem – atropelamento de cachorro, ficar sem gasolina, quase bater no carro da polícia). Por me ouvirem e me aconselharem nas circunstâncias do mestrado, pelo apoio e ombro amigo. A minha grande amizade.

Aos amigos da Unidade Básica de Saúde Iguazu da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, **Esmavete, Tereza, Érica, Ana Angélica, Ana, Veridiana, Carmem, Maria Amélia, Marina, Elaine, Maria Paula, Nestor, Nádia, Simone, Rosane, Rosângela, Vanessa, Célia, Alice, Leslie, Janaína, Eliana, Sílvia, Iza, Magda e Letícia**. Obrigada por suprirem a minha ausência e não perderem o bom humor, é bom fazer parte de uma equipe que tem prazer em trabalhar, e de um lugar onde o trabalho é feito com amor, seriedade e dedicação. Obrigada por me darem suporte nas horas de dificuldade!!!

A Nádia, Simone, Rosane e Rosângela, a vocês o meu agradecimento por compartilharem suas vidas comigo, por sempre me ajudarem nos meus planos e trabalhos mais diversificados e loucos... percorremos um bom trecho do caminho juntas e espero que continuemos a andá-lo com a força dessa amizade que nos uniu. É bom poder chamá-las não somente de colegas de trabalho, mas de amigas. Como não entender de amizade e fidelidade quando vejo vocês!

*A todos os queridos amigos e companheiros de lutas e conquistas da **Equipe de Saúde da Família 33** agradeço a acolhida, a oportunidade do sonho e da construção coletiva da saúde. Obrigada pela solidariedade permeada por um sentimento bom de querer ficar e seguir junto. Orgulho em ser Iguaçu! Orgulho em ser 33!*

Aos ACS: Ivanir, Mônica, Maria Helena, Samuel, Denise, Dayane, por me auxiliarem em todos os projetos, me darem direção no caminhar das atividades da ESF, por me fazerem mais atenta as necessidades da comunidade e ativarem a minha consciência de trabalho em equipe. Que eu possa sempre olhar e ver pessoas que trabalham com afinco e amor pelas outras pessoas. Que Deus esteja sempre em seu caminhar!

Meu abraço especial a todos os funcionários da UBS Iguaçu por serem companheiros com quem pude desfrutar de momentos de trabalho, de vida, de alegrias, de dúvidas, de apoio mútuo, de lutas diárias e que compartilharam e compartilham comigo suas experiências de trabalho, de vivência e atenção às comunidades com grande generosidade. Em específico ao Dr. Eroni, Dr. Murassaki, Dra. Joceli, Dra Miriam, Dra Paula, Estela, Rita, Márcia (assistente social), Márcia (fisioterapeuta), Geraldo, Eneide por nossas conversas no café que contribuíram muito para humanizar meu trabalho e mudar o meu olhar frente a família. Não desanimem nunca, vocês são reais exemplos de que o PSF é uma estratégia que dá certo!

*Lembre da minha ordem: Seja forte e corajoso!
Não fique desanimado, estarei com você
Em qualquer lugar para onde você for!
Josué 1:9*

Aos meus amigos mestrandos dos outros Departamentos que confiaram em mim sem ao menos me conhecerem, me elegerem para ser representante de vocês frente ao Conselho do Campus de Bauru (CONCAB). Obrigada pelos momentos de trabalho em conjunto e pela amizade. Fico com a certeza de não ter decepcionado vocês!

*Aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva da FOB-USP, **Silvia, Rosa, Marta e Helena** pela colaboração e carinho durante todo o curso. Em especial a Rosa, pelas nossas conversas na Internet e pessoalmente, pelas mensagens de apoio e otimismo. Silvia, obrigada pela paciência!!!!*

*Ao **Jimmy, Meg, Guilbert e Judite**, por tornarem a minha estada em Bauru cheia de alegria, diversão e felicidade! Quando olho pra vocês acredito que tudo vai melhorar e que tudo nessa vida passa e fica para trás. Vocês me fizeram sorrir, me fizeram sentir em casa.... Me fizeram companhia de dia e de noite... me receberam sempre cheios de festa e de alarde... Como não acreditar na vida, se pra vocês ela é uma verdadeira festa e, só alegria! Obrigada!! **Aubrigada!!***

Agradeço aqueles que fizeram e fazem parte da minha vida e que trouxeram um pouco da sua para compartilhar comigo! Aos meus amigos de perto e de longe, quem eu vejo com frequência e aqueles que quase não vejo. Sou mais feliz por ter conhecido vocês! Obrigada!!

“Existem pessoas que se tornam especiais não pela maneira de ser ou agir, mas pela profundidade com que atingem nossos sentimentos”

Agradecimentos Institucionais

Meus agradecimentos extensivos aos demais professores do Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva da FOB-USP, por terem permitido o meu ingresso nessa ilustre Faculdade.

Aos funcionários da Pós-Graduação, e do Serviço de Biblioteca da FOB-USP, pela competência e maneira atenciosa que desempenham suas funções. Em especial a Maristela que dividiu um pouco de sua vida nesses anos de mestrado!

Aos funcionários do Xerox da biblioteca por serem sempre gentis e atenciosos, principalmente ao Salvador, que como seu nome sugere, realmente é o salvador das pessoas desesperadas!

*À Faculdade de Odontologia de Bauru, por meio de seu diretor **Prof. Dr. Luiz Fernando Pegoraro** e do presidente da comissão de Pós-Graduação **Prof. Dr. José Carlos Pereira**, pela oportunidade de pertencer ao seu corpo discente.*

*A todo o **CONCAB**, por meio do prefeito do campus, **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos** pela oportunidade de fazer parte desse conselho e poder representar os discentes.*

Meus sinceros agradecimentos a todos que participaram desta jornada. Agradeço aqueles que contribuíram de alguma forma na realização deste trabalho e deste mestrado. Dessa etapa da minha vida! A todos aqueles que agora fazem parte da história da minha vida! Obrigada!

*Cada um que passa por nossa vida,
deixa um pouco de si
e leva um pouco de nós!*

Se eu tivesse o dom de falar em outras línguas, sem tê-las aprendido,
e se pudesse falar em qualquer idioma que há em toda a terra e no céu e
no entanto não amasse os outros, eu estaria só fazendo barulho.

Se eu tivesse o dom de profetizar,
e conhecesse tudo sobre o que vai acontecer no futuro,
soubesse tudo sobre todas as coisas,
e contudo não amasse os outros, que bem faria?

Mesmo que tivesse o dom da fé, a ponto de poder falar a uma montanha
e fazê-la sair de um lugar, ainda assim eu não valeria
absolutamente nada sem amor.

Se eu desse aos pobres tudo quanto tenho e
fosse queimado vivo por pregar o Evangelho,
e contudo não amasse os outros, isso não teria valor algum.

O amor é muito paciente e bondoso,
nunca é invejoso ou ciumento,
nunca é presunçoso nem orgulhoso,
nunca é arrogante,
nem egoísta,
nem tampouco rude.

O amor não exige que se faça o que ele quer.

Não é irritadiço, nem melindroso.

Não guarda rancor e dificilmente notará o mal que os outros lhe fazem.

Nunca está satisfeito com a injustiça, mas se alegra quando a verdade triunfa.

Se você amar alguém, será leal para com ele, custe o que custar.

Sempre acreditará nele, sempre esperará o melhor dele,
e sempre se manterá em sua defesa.

Todos os dons e poderes especiais que vêm de Deus terminarão um dia, porém o amor
continuará para sempre. Algum dia a profecia, o falar em línguas desconhecidas e a sabedoria
especial – os dons desaparecerão. Porquanto agora sabemos muito pouco, mesmo com nossos
dons especiais; e a pregação dos mais dotados é ainda muito imperfeita. Entretanto, quando
tivermos sido feitos completos e aperfeiçoados, então cessará a necessidade desses dons
especiais e insuficientes, e eles desaparecerão.

Há três coisas que perduram – a fé, a esperança e o amor –
e a maior destas é o
amor.

Sumário

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xlii
LISTA DE TABELAS	xlvi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xliii
RESUMO	liv
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 Família	9
2.2 Saúde	17
2.3 Processo Saúde-Doença no panorama familiar	35
2.4 Educação em Saúde	43
2.5 As Políticas de Saúde Pública no Brasil	48
2.5.1 Programa Saúde da Família	83
2.5.2 Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família .	117
2.6 Planejamento	125
2.7 Levantamentos epidemiológicos	137
3. PROPOSIÇÃO	143
4. MATERIAIS E MÉTODOS	147
4.1 Aspectos éticos	149
4.2 Implementação do PSF no município de Maringá	149

4.3	Implantação na UBS Iguaçu	159
4.4	Planejamento da inclusão das ESB em Maringá	165
4.5	Participação em curso introdutório do PSF	169
4.6	Implementação da Saúde Bucal na UBS Iguaçu, Equipe 33	170
4.6.1	Reorganização da demanda espontânea	172
4.6.2	Plano de ações1.....	174
4.6.2.1	Reunião de equipe	174
4.6.2.2	Criação do fluxograma	176
4.6.2.3	Priorização de grupos	177
4.6.2.4	Montagem da agenda odontológica	178
4.6.2.5	Visitas Domiciliares	180
4.6.2.6	Preparação de material didático pedagógico para Agente Comunitário de Saúde (ACS)	180
4.6.2.7	Levantamento epidemiológico	182
5.	RESULTADOS	203
5.1	Planejamento	205
5.2	Reorganização da demanda espontânea	212
5.3	Plano de ações	212
5.4	Fluxograma	214
5.5	Priorização dos grupos de atendimento clínico	215
5.6	Agenda odontológica	215
5.7	Visitas Domiciliares	216

5.8	Material didático pedagógico	225
5.9	Levantamento epidemiológico	264
5.10	Educação em Saúde Bucal	269
5.10.1	Programa de Promoção à Saúde Bucal	269
5.10.2	Metodologia para o trabalho educativo	271
5.10.3.	Palestras Educativas	272
5.10.4.	Técnica de higiene bucal	273
5.11.	Ciclo da vida	274
6.	DISCUSSÃO	277
7.	CONCLUSÕES	306
ANEXOS	310
APÊNDICES	373
REFERÊNCIAS	377
ABSTRACT	413

Lista de Ilustrações

FIGURA 1 – Abordagem Sistêmica da Saúde	32
FIGURA 2 – Esquema representando a influência do meio ambiente sobre o processo saúde/doença	33
FIGURA 3 – Determinantes dos agravos à saúde	34
FIGURA 4 - Estrutura Institucional e decisória do SUS	74
FIGURA 5 – Organização do Sistema de Saúde e seus níveis de complexidade	79
FIGURA 6 – Interligação entre os objetivos do Pacto pela Saúde	80
FIGURA 7 – Esquematização das dimensões do Pacto pela Saúde 2006	81
FIGURA 8 - Atribuições da União, Estados e Municípios – Lei 8.080..	107
FIGURA 9 – Esquematização das etapas do planejamento, identifica a interdependência destas quatro etapas no planejamento participativo	126
FIGURA 10 – As premissas do planejamento em saúde da implementação da ESB 33	128
FIGURA 11 – Ferramenta utilizada no planejamento da ESB 33	129
FIGURA 12 – Esquematização das etapas do diagnóstico	131
FIGURA 13 - Funções de cada etapa do planejamento	136

FIGURA 14 – As etapas do processo de planejar	137
FIGURA 15 - Mapa da localização da cidade de Maringá	150
FIGURA 16 - Mapa com a localização da UBS Iguaçu	152
FIGURA 17 - Rua sem cascalhamento no Jardim Alzira	162
FIGURA 18 – Rua sem cascalhamento no Jardim Alzira	162
FIGURA 19 - Falta de saneamento básico, com as fossas vazando para o meio ambiente	163
FIGURA 20 - Animais domésticos soltos na rua	163
FIGURA 21 – Terrenos com uma grande quantidade de vegetação	164
FIGURA 22 - Entulhos e sujeira que comprometem a saúde da comunidade	164
FIGURA 23 – Curso introdutório - Foto (A) - Equipe de Saúde da Família mostrando o trabalho que realiza e suas dificuldades, Foto (B) – Atividade de trabalho em equipe. Foto (C) – Palestrante com o assunto educação continuada	170
FIGURA 24 – Linhas do cuidado em saúde e as ações de intervenção.	173
FIGURA 25 – Planilha do plano de ações utilizado pela ESB	176
FIGURA 26 - Representação gráfica utilizada para montagem do fluxograma	177
FIGURA 27 – Esquema para a montagem da agenda da ESB da área 33 da UBS Iguaçu, 2006	178
FIGURA 28 – Exemplo de agenda da ESF	179

FIGURA 29 - Posicionamento da equipe do levantamento epidemiológico	184
FIGURA 30 – Inspeção visual durante o levantamento epidemiológico	184
FIGURA 31 – Seqüência da inspeção visual em dentes permanentes..	187
FIGURA 32 - Seqüência da inspeção visual em dentes decíduos	188
FIGURA 33 – Divisão por sextantes do arco dental	190
FIGURA 34 -Destaque dos dentes-índices para CPI	191
FIGURA 35 - Classificação de sextante hígido	191
FIGURA 36 – Classificação de sextante com sangramento	192
FIGURA 37- Classificação de sextante com cálculo	192
FIGURA 38 – Classificação de sextante com bolsa de 4 mm a 5 mm ..	193
FIGURA 39 – Classificação de sextante com bolsa de 6 mm ou mais mm	193
FIGURA 40 – Classificação Normal no índice de Dean	195
FIGURA 41 – Classificação Questionável no índice de Dean	195
FIGURA 42 – Classificação Muito Leve no índice de Dean	196
FIGURA 43 – Classificação Leve no índice de Dean	196
FIGURA 44 – Classificação Moderada no índice de Dean	197
FIGURA 45 – Classificação Severa no índice de Dean	197
FIGURA 46 – Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda	202
FIGURA 47 - Distribuição da população da área 33, segundo sexo, por microárea	206

FIGURA 48 – Descrição do planejamento através do plano de ações ..	213
FIGURA 49 – Fluxo do atendimento odontológico na UBS Iguaçu ...	214
FIGURA 50 – Agenda odontológica	215
FIGURA 51 – Visita domiciliar - Foto (A) – Entrada da ESF na residência, Foto (B) – Utilização do glicosímetro para verificação de glicemia capilar, Foto (C) – ACS, THD e motorista em frente do veículo que pertence à ESF da regional Iguaçu	217
FIGURA 52 - Visita Domiciliar a acamados e idosos, atuação da ESB	217
FIGURA 53 – Atendimento clínico em paciente impossibilitado de ir até a UBS (exodontia de raiz residual)	219
FIGURA 54 – Inspeção visual de paciente que utiliza próteses totais superior e inferior, durante a VD: para detecção de lesão bucal	219
FIGURA 55 – Porta escova confeccionado pela Pastoral da Criança e pela Igreja Presbiteriana	223
FIGURA 56 - Família fazendo a escovação supervisionada durante a VD	223
FIGURA 57 - Capa do Manual da ACS	225

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Índice CPOD aos 12 anos no município de Maringá – PR de 1996 a 2004	166
TABELA 2 – Classificação dos tipos de domicílios	185
TABELA 3 – Situações para a verificação da condição do domicílio ...	186
TABELA 4 – Resumo dos códigos para cárie dentária	189
TABELA 5 – Resumo dos códigos necessidade de tratamento	189
TABELA 5 – Resumo do códigos utilizados para os problemas periodontais	194
TABELA 6 – Resumo dos códigos utilizados para fluorose	198
TABELA 7 – Critérios de classificação quanto ao uso de prótese	199
TABELA 8 – Critérios de classificação quanto a necessidade do uso de prótese	200
TABELA 9 – Resumo da avaliação de saúde bucal quanto a idade	201
TABELA 10 - Distribuição da população da área 33 por micro área e número de famílias	205
TABELA 11 – Divisão por faixa etária da ESF da área 33, 2006	206
TABELA 12 - Distribuição da população da área 33, segundo idade, por microárea	206

TABELA 13 – Dados sobre os agravos à saúde, doença referida da população da ESF 33	208
TABELA 14 –Porcentagem de crianças que receberam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, das crianças de 0 a 6 anos, por micorárea	209
TABELA 15 - Porcentagem de crianças imunizadas de 0 a 6 anos, por microárea	210
TABELA 16 - Estado nutricional das crianças de 0 a 6 anos	210
TABELA 17 - Quantidade de crianças de 0 a 18 meses que participam da puericultura	211
TABELA 18 - Crianças de 0 a 6 anos que estão em acompanhamento pela Odontologia	212
TABELA 19 - Distribuição da população da Microárea 1 (M1) por faixa etária	264
TABELA 20 - Índice CPOD, ceo e Livres de cárie por faixa etária	265
TABELA 21 – CPOD, ceo nas idades índice preconizadas pela OMS ..	266
TABELA 22 –Porcentagem de pessoas que nunca foram ao dentista por idade	266
TABELA 23 –Condições da população estudada relativas a doença periodontal em relação a idade	268

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMO	Associação Maringaense de Odontologia
AMUSEP	Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense
APS	Assistência Primária a Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CD	Cirurgião-Dentista
CEAP	Centro de Educação e Assessoramento Popular
CEASA	Central de Abastecimento de Alimentos
CECAPS	Centro de Formação e Capacitação dos Trabalhadores da Área da Saúde
CEF	Caixa Econômica Federal
CEME	Central de Medicamentos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESUMAR	Centro Universitário de Maringá
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental

CISAMUSEP	Consórcio Intermunicipal da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense
CLS	Conselho Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
COPEL	Companhia Paranaense de Energia
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPITN	Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal
CPOD	número de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATAPREV	Dados da Previdência Social
DOU	Diário Oficial da União
DST's	Doenças Sexualmente Transmitidas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
GAPEFAM	Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPTEC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPASE	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
IPASE	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
Jd.	Jardim
LEBU	Lesões Buciais
M1	Microárea 1
M2	Microárea 2
M3	Microárea 3
M4	Microárea 4
M5	Microárea 5
M6	Microárea 6
MC	Média Complexidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde

NIS	Núcleo Integrado de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PABA	Piso da Atenção Básica Ampliada
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor Regional
PE	Pernambuco
PIP	Programa Integrado de Planejamento
PMM	Prefeitura Municipal de Maringá
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI	Programação de Pactuação Integrada
PR	Paraná
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Organização do Sistema Único de Saúde
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SAOP	Serviço Autárquico de Obras Públicas
SB BRASIL	Saúde Bucal Brasil
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESA	Secretaria de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SI	Sistema Incremental
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo

SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralização de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
US	Unidade de Serviço
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar



Resumo

Resumo

O Programa Saúde da Família (PSF) não é mais uma estratégia paralela na organização de serviços, mas sim, uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo da atenção básica à saúde. Esta estratégia busca atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), construindo saúde de forma universal, holística e eqüitativa, com a participação comunitária. Vai mais além, pois enfoca a família e não somente o indivíduo, em seu ambiente físico e social, dentro de sua comunidade, de sua realidade de vida familiar, facilitando assim a compreensão do processo saúde-doença com o objetivo da educação em saúde e conseqüentemente do auto-cuidado em saúde geral e bucal. Os pressupostos teóricos do PSF e o contexto de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) favorecem a interação com a família e a comunidade. As atividades desenvolvidas (levantamento epidemiológico, visitas domiciliares, puericultura e orientações sobre cuidados com a saúde e os fatores que interferem na qualidade de vida) são situações oportunas para o trabalho com a família. A atividade de planejamento e de programação adequados à realidade local são instrumentos capazes de orientar e melhorar as ações programadas por toda Equipe de Saúde da Família (ESF). Neste trabalho buscou-se contextualizar a implementação das ESB no PSF no município de Maringá-PR, desde o seu planejamento de estruturação, passando pelas fases de capacitação, planejamento local, atividades desenvolvidas até o atendimento domiciliar. Este relato da experiência do município e da Equipe 33 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguaçu, busca orientar os profissionais (ESB) que vierem a ser incorporados ao PSF tenham uma visão do que é factível e pode ser proposto e realizado dentro de uma equipe multiprofissional. Propões também dar direcionamento ao Cirurgião Dentista que poderá apresentar propostas de atuação frente as mais diversas atividades da ESF. Conclui-se que são necessários metas e objetivos claros para que se

desenvolva um trabalho em equipe multiprofissional. Há a necessidade de capacitações no tocante ao planejamento e relações interpessoais e de métodos teórico-práticos para serem incorporados e utilizados pelos profissionais. A odontologia, enquanto ESB, tem muito a contribuir com a ESF no tocante a educação, informação, prevenção e cuidados específicos às comunidades.

Palavras-chave: Saúde da família; PSF; Saúde bucal.



01



Introdução

1. Introdução

Está garantido na Constituição Federal que: “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado¹”, e de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e eqüitativa. Ou seja, além de oferecer atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade não bastando acolher a todos para que o tratamento seja bem sucedido deve-se levar em consideração as especificidades de cada paciente e o meio em que está inserido, onde e como vive.

Este é um grande desafio que o Ministério da Saúde (MS) tem procurado enfrentar ao longo dos anos, através da promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos populacionais, com ênfase aos idosos, mulheres e crianças.

A crise do modelo assistencial predominante, no âmbito da saúde coletiva, vem apresentando propostas que vislumbram uma grande transformação do sistema de atenção em saúde desde suas práticas e processo de trabalho (BALDANI, 2003) até uma mudança do atendimento da população, com uma visão mais humanizada e integral do indivíduo, que está inserido dentro de sua comunidade e família, portanto num contexto social, econômico, cultural, espiritual, de credices populares e tradições familiares, com o intuito de poder entender melhor a população que será assistida pelos profissionais de saúde. Surge assim a proposta de mudança: o Programa Saúde da Família (PSF) definido pelo Ministério da Saúde (MS) como uma

¹Constituição Federa (ANEXO 1), 1988, título VIII da Ordem Social, Seção II da Saúde, Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”(BRASIL,1988).

estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2001a).

No caso específico da Saúde da Família, estão casados os propósitos de inversão de modelo com garantias de recursos, de forma progressiva e ousada, além da ampliação conceitual do âmbito da atenção básica, mais próxima dos princípios deste modelo. A estratégia Saúde da Família não é mais uma estratégia paralela na organização de serviços, mas uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo. Outro equívoco que merece uma negativa, é a identificação da Saúde da Família, com o sistema de saúde por antonomásia. Mais um ponto importante está no campo do trabalho inter e multidisciplinar, não se trata de médicos de família, mas de Equipe de Saúde da Família (ESF). E a idéia de equipe também tem suas nuances, que reclamam seus conseqüentes não explicativos. Não se trata de compreender a equipe como o elemento modificador do sistema, que se agrega a uma unidade preparada histórica, teórica e administrativamente para exercer um outro tipo de cuidado à saúde. A importância da estratégia do PSF está justamente no fato dele conseguir substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, que não seja isolada do restante do sistema (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como unidade de ação a família. Este programa apresentou bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil. A partir de 1994, iniciou-se a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2002).

Não se pode deixar de enfatizar que este Programa além de tentar atender aos princípios do SUS, construindo saúde de forma Universal, Holística e Equitativa, com participação Comunitária vai um pouco mais fundo, foca a família e não mais o indivíduo no seu ambiente físico e social facilitando assim compreender o processo saúde-doença e ir além das técnicas curativas. Mas, a estrutura do sistema principalmente na área de Odontologia não está alicerçada para suportar o peso de uma má organização da saúde do país

trajada em novos Programas Ministeriais, sem ações programáticas. Em outras palavras há uma necessidade muito grande de erguer um alicerce forte para que a área de saúde bucal não fique desacreditada frente ao governo que acabou gerando sérios problemas para a classe e principalmente frente à população que já tem pouquíssimo acesso ou quase nenhum a este trabalho e acabam servindo de experiência as novas soluções para gerar melhores condições de vida.

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, fato amplamente pesquisado nos levantamentos epidemiológico como o projeto SB Brasil realiza de 2000 a 2003, (onde se constatou que no país, 30 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, o equivalente a 15,9% da população e que cerca de 14% dos adolescentes brasileiros tiveram acesso a odontologia, onde um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária relatada por mais de 30% dos adolescentes), o Ministério da Saúde, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2004d).

A inclusão da ESB no PSF precisa ser coerente, fato posto deverá ser bem planejada, estudada e programada suas ações no âmbito social e político do país para não se transformar em mais um desastre organizacional de um sistema enfraquecido e transformar a saúde bucal em algo marginalizado dentro das políticas sociais.

Buscou-se contextualizar a implementação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Maringá-PR desde o seu planejamento de estruturação, passando pelas fases de treinamento, planejamento local, atividades desenvolvidas até o atendimento domiciliar; para que através do relato da experiência do município e da Equipe 33 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguacu, os profissionais (ESB) que virem a ser incorporados ao PSF tenham uma visão do que é factível e pode ser proposto e realizado dentro de uma equipe multiprofissional, servindo assim de direcionamento ao Cirurgião Dentista que poderá fazer propostas de atuação frente as mais diversas atividades da Equipe Saúde da Família (ESF).



02



*Revisão
de Literatura*

2. Revisão de Literatura

Torna-se pertinente aprofundar-nos em temas relacionados ao Programa Saúde da Família (PSF), como: Família, Saúde, Processo Saúde-Doença no panorama familiar, Educação em saúde, Planejamento e Saúde Pública.

2.1 - FAMÍLIA

Segundo PRADO (1985) todos sabem o que é uma família, visto que todas as pessoas são partes integrantes de alguma família, portanto a família é uma entidade “óbvia para todos”. Entretanto afirma-se que é difícil para qualquer pessoa definir a palavra família, bem como o conceito que a engloba. Por sua vez, MANCIAUX em 1975 defende que a família propriamente dita não se define, ela existe e vive por si mesma.

O conceito família, embora não sendo unívoco, remete à idéia de um grupo de parentes co-residentes, ou seja, um grupo doméstico, cujo parentesco pode advir de consangüinidade, aliança ou adoção. Para esse grupo, a finalidade precípua de sua existência é a manutenção econômica, a identificação individual e coletiva, e a criação dos filhos. Os grupos de descendência e residência formados pelo parentesco mantêm uma solidariedade multifuncional, determinando casamentos, regulação dos conflitos, herança, cultos, valores, etc. (LABURTHE-TOLRA; WARNIER, 1993).

A palavra família traz consigo diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura, e também de sua orientação religiosa e filosófica. PRADO, em 1985, confirma este pensamento ao afirmar que a família não é um simples fenômeno natural, ela é uma instituição social variando através da história e apresentando até formas e

finalidades diversas numa época e lugar, conforme o grupo social que esteja sendo observado.

Da perspectiva estritamente biológica a família se constitui de pai, mãe e filhos. A família transforma um organismo biológico num ser social e é quem lhe dá o primeiro aporte de padrões culturais, valores e objetivos sociais. Na visão sociológica, é uma das maiores instituições sociais, que especificam os papéis sociais e os preceitos para o comportamento dos indivíduos. Ela é a responsável pelo controle da função reprodutora: pela socialização das crianças e por estratégias de segurança econômica de seus membros (COHEN, 1980).

Por outro lado, DELANEY (1986) diz que, tradicionalmente, a família tem sido definida como um casal e seus filhos, sendo estes tanto por nascimento como adoção. Esta autora traz um aspecto muito significativo para os trabalhos com família quando destaca que, ao se trabalhar com família, deve-se defini-la rigorosamente, sendo que para formular esta definição, devem-se considerar alguns fatores como os legais, os biológicos, os sociais e os psicológicos. Legalmente, um consenso permitido é limitado para aqueles vínculos caracterizados por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento. Biologicamente, considera-se a rede familiar biológica e a família de procriação. Sociologicamente, a família pode incluir qualquer grupo de pessoas que vivam juntas. Neste caso, a família pode ser um pai, duas crianças e um inquilino ou, ainda ser formada por várias pessoas que vivam em uma mesma residência como um convento ou uma pensão. Psicologicamente, a família inclui qualquer grupo com laços emocionais muito fortes que se considera uma família.

DELANEY (1986) conceitua família como “um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade”. E mais, a família seria dois ou mais indivíduos, cada um com suas qualidades singulares que, interagindo, formam um todo que é diferente e maior do que a soma de seus membros. O sistema familiar muda constantemente em resposta aos estresses e tensões tanto dentro como fora do seu meio, assim qualquer mudança em uma parte do sistema familiar pode

afetar todo o sistema. Segundo ROGERS (apud GILLIS, 1984) a família é um irreduzível campo de energia, diferente de suas partes, as quais estão em constante mudança. Sendo o sistema familiar organizado como um “todo”, diferente e maior do que a soma de suas partes, os indivíduos dentro da família são vistos como partes independentes deste sistema. Assim, as características familiares não podem ser previstas a partir do conhecimento de cada membro da família.

Na teoria da troca social, a família é um grupo social onde as transações de custo/recompensa/lucro realizam-se dentro de um processo de troca com reciprocidade generalizada; as pessoas evitam comportamentos com alto custo e procuram situações recompensadoras e relações que aumentem seus ganhos/lucros (NYE; BERALBO, 1981). GELLES; CORNELL, em 1985 defendiam que a teoria da troca fornece a perspectiva que melhor integra os elementos-chaves de diversas teorias que explicam a violência humana e pode também esclarecer e responder uma série de questões relacionadas à violência na família.

Os conceitos podem ser diversos, mas um ponto em comum é que a união dos membros de uma família, com ou sem laços consangüíneos, se dá a partir da intimidade, do respeito mútuo, da amizade, da troca e do enriquecimento conjunto (SIMIONATO; OLIVEIRA, 2003).

Além disto, a família pode ser apresentada, representada e reapresentada sob diversas definições, noções, conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista e analisada, segundo diferentes linhas teóricas distintas ou perspectivas (estrutural funcionalista, institucional, desenvolvimentista, sistêmica, interacionista, da troca social, do conflito, do materialismo histórico).

Segundo WAECHTER em 1979, de um modo geral a família tem sido entendida como um grupo social, tendo sua origem no casamento ou em aliança comparável, sendo estabelecida por vínculos legais ou religiosos, servindo para procriar ou criar crianças, visando, assim, assegurar a continuidade da raça e da linhagem. Esta família geralmente possui um relacionamento onde se observam sentimentos com amor, afeição e respeito.

Através dessa relação é que se desenvolve a cultura familiar, definida por ELSEN (2002) como um conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas que se define a partir das relações internas e externas à família, e que determina seu modo de funcionamento interno e a maneira como a família desenvolve suas experiências e interações com o mundo externo. Essas experiências caracterizam-se pelas ações e interações presentes no núcleo familiar e direcionado a cada um de seus membros com o intuito de alimentar e fortalecer seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar (SIMIONATO, 2003).

No contexto dinâmico, complexo e singular que é o da família, o diálogo é destacado por ANDRADE (2001) como essencial no compartilhar de experiências, conhecimentos, sentimentos e necessidades, tanto da família em seu conjunto e de seus membros em particular.

ALTHOFF (2002) salienta que as conversas familiares representam a oportunidade que as pessoas têm de expressar sua individualidade, trocar experiências e fixar valores e crenças comuns.

Assim, a despeito das definições ou classificações que as famílias recebem, um ponto importante a se considerar é que esta é uma realidade, que está viva, e que como todo ser vivo necessita ter saúde para assim permanecer. Mais do que uma idéia ou conceito, a família tem materialidade na convivência entre seus membros. Como processo contínuo de abstração e concretude, ela é a unidade essencial do viver humano, através da qual, ora como pano de fundo, ora como determinante explícito, vão sendo tecidas as especificidades de seus membros.

A família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde-doença, através do qual a família desenvolve suas dinâmicas de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros (ELSEN, 2002).

No Brasil a palavra família é bastante significativa e faz parte do vocabulário da maioria das pessoas, porém o seu significado é bastante variado. Segundo WOORTMANN (1987), na cultura brasileira, família pode significar família doméstica, isto é, pessoas que moram na mesma casa; pode

significar parte da rede de parentesco ou ainda pode significar a árvore genealógica.

Numa pesquisa realizada por CARTANA (1988) em uma comunidade pesqueira com uma população de descendência açoriana, verificou que a palavra família tem 3 significados: o primeiro referindo-se a descendência, isto é, de que constitui a família, os filhos, netos e bisnetos; o segundo, é de que família é constituída pelas pessoa que moram na mesma cãs, e o terceiro, são as “pessoa do coração”, isto é, fazem parte da família todas as pessoa que tem uma ligação afetiva forte, quer sejam ou não aparentados.

Tão difícil quanto dizer o que seria a família é falar sobre a forma da família e seus integrantes. LINTON em 1976 refere que as famílias variam amplamente tanto na forma quanto no conteúdo, parece que os traços mais constantes em conexão com estas unidades são as atividades gerais impostas a seus membros.

Constata-se que há diferenças tanto em relação às pessoas que as constituem, quanto em relação às suas funções nas várias sociedades, que somos forçados a concluir que estes traços são determinados por fatores culturais.

Com relação às diferentes formas de família, PRADO em 1985 faz um resumo, apresentando a forma de família nuclear que é aquela composta do casal e seus filhos e que a família extensa é aquela onde várias gerações convivem no mesmo espaço.

Apresenta também outros tipos de família, como por exemplo, a família natural ou incompleta, ou seja, aquela formada por uma mãe com filhos sem a designação de um pai.

Há ainda, a família denominada de original ou alternativa que se diferenciam das formas tradicionais, e incluem, além da família homossexual, a de participação, a do casamento experimental, a de união livre e a comunidade². Existem ainda mais dois tipos de família: a patriarcal e a matriarcal. A patriarcal é aquela cuja estrutura familiar além de identificar o indivíduo pela origem paterna (patrilinear), ainda dá ao homem o direito

prioritário sobre o filho e um poder sobre a esposa, na matriarcal a direção dos lares é garantida pelas mulheres (DELANEY, 1986).

DUVALL (1981) apresentou a teoria de desenvolvimento da família onde propõe que a família atravessa sete estágios e em cada uma delas seus membros possuem funções específicas. Os estágios são:

- Família em formação: ocasião em que ocorre a união do casal e um realinhamento com a família de origem.

- Família em expansão ou em fase de procriação: no qual o filho mais velho tem a idade de 30 meses até 6 anos.

- Família em idade pré-escolar: quando o filho mais velho tem a idade de 6 a 13 anos.

- Família adolescente: na qual o filho mais velho tem a idade de 13 a 20 anos.

- Família em lançamentos ou com centro de saída: é o período que vais desde a saída do lar do filho mais velho, até a saída do mais novo.

As funções atribuídas à família variam de acordo com o tempo; para NOGUEIRA (1977) são: procriação, educação, treinamento social, econômico e emocional da prole; para GERSHWIN; NILSEN (1989) historicamente são: conseguir a sobrevivência econômica, oferecer proteção, transmitir valores e religião, educar as crianças e jovens e conferir “status”.

²A família de participação é aquela onde marido e mulher tem atividades dentro e fora do lar, possuindo os mesmos direitos e deveres (este tipo ainda está difícil de ser colocada em prática, pois necessita de uma revisão na organização social, visto as discriminações profissionais que a mulher ainda sofre). A família de casamento experimental é aquela em que um homem e uma mulher coabitam por algum tempo. Legalizando sua união somente após o nascimento do primeiro filho. A família baseada na “união livre” possui alguns aspectos semelhantes à de casamento “experimental”, caracterizando-se pela intenção de recusar a formalização religiosa e a legalização civil, mesmo com a presença dos filhos (distingue-se da família de casamento “de fato”, característica freqüente nas camadas de baixa renda dos países da América Latina, caracterizando-se mais como uma “estratégia de sobrevivência” e não como uma inovação contestadora). A família homossexual consiste naquela onde duas pessoas do mesmo sexo vivem juntas, podendo ter filhos (adotivos, de outras uniões anteriores) ou não. As comunidades, representam uma tentativa de resolver os problemas enfrentados pelas famílias nucleares como o isolamento (grupos religiosos, com motivações políticas ou ideológicas). Variam muito em sua composição e normas de vida (PRADO, 1985).

Para BASTOS, em 1979, é através dos ensinamentos da família que ocorrem à socialização de crianças e jovens, dotando-as dos costumes, hábitos, valores e crenças do meio onde vivem. A família tem a finalidade de suprir as necessidades de seus membros, objetivando sobreviver e contribuir para a sociedade (LEONARD, 1989).

Embora os estudos que abordam as funções da família não incluam, de forma explícita, o cuidado à saúde de seus membros, porém existem indicações do papel da família em manter a saúde dos seus integrantes. Como exemplo, podemos citar PARSON apud ELSEN (1994), que descreve a família como uma instituição que atende as necessidades biológicas de seus membros, sendo sua responsabilidade o cuidar de seus filhos e criá-los, incluindo a obrigação de alimentação, higiene, vestuário e moradia.

Uma referência mais direta ao importante papel que a família desempenha em relação à saúde de seus membros é feita por Turner citado por ELSEN (1994) ao chamar a atenção para o fato de que a família, por suas características especiais de proximidade e convivência, está mais bem equipada e tem maiores condições para acompanhar o processo saúde e doença de seus membros. Segundo este autor “a íntima familiaridade com rotina, humor e gestos sutis, capacita os membros da família a detectar sinais de doença ou preocupação com base nas menores mudanças na aparência ou estado de disposição, despercebida e inacessível a outros”.

Por outro lado, PRATT (1976) constatou que a família era um sistema personalizado de cuidado à saúde, uma vez que a saúde de seus membros é sua preocupação central e responsabilidade primeira.

Como se vê, no que se refere especificamente à área da saúde, a família exerce uma importante função, e embora MANCIAUX (1975) afirme que a família constitui uma unidade negativa de saúde, uma vez que a doença de um membro ameaça a vida de toda a família, LITMAN (1974) com base em uma extensa revisão bibliográfica sobre a família e sua atuação nos diferentes estágios do processo saúde/doença, constatou em várias pesquisas, que a família é apontada como tendo uma importante função na cura de doenças e afirmou que “a família constitui, talvez, o contexto social mais importante onde

a doença ocorre e é resolvida. Ela atua, por conseqüência, como unidade primária na saúde e no cuidado de seus membros”.

BOMAR (1990) afirma que uma das maiores atribuições da família é o cuidado à saúde. Segundo este autor, a família é primariamente responsável pela maioria de seus cuidados para saúde durante os ciclos de saúde-doença. Tais cuidados incluem tanto o ensinamento das práticas de cuidados à saúde, como também a garantia de suporte social a saúde e a doença.

Profissionais das mais diversas áreas têm focalizado a família como objeto de estudo a partir da constatação de que ela desempenha papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde como no equilíbrio emocional de seus membros. Que a complexidade dos fatores que interferem na sua manutenção e perpetuação, requerem que todos aqueles que procuram focalizá-la em seus estudos ou trabalhos, tenham em mente que ela deve ser compreendida historicamente, e de acordo com suas especificidades (SIMIONATO, 2003).

A questão da família enquanto foco de estudo surgiu da conscientização de sua relevância na condução do cuidado domiciliar, visto que na prática é a família que inicialmente identifica a existência de um problema, elabora uma definição da situação, toma decisões em relação à melhor forma de conduzi-la, e por fim, assume a responsabilidade direta pelo cuidado até a pronta recuperação do doente (ACETI, 1997).

O conhecimento dos aspectos de definição do que é família, sua formação, quais os tipos existentes, como se dá o ciclo de desenvolvimento dela e suas atribuições enquanto grupo familiar, faz com que a prática do Programa Saúde da Família seja pautada em conhecimento específico da dinâmica familiar onde o agente/profissional de saúde possa atuar na educação, prevenção, cura de doenças conseguindo uma adesão à equipe por meio da atuação diferenciada e individual de cada comunidade, de cada núcleo familiar, portanto de modo holístico, convivendo e acompanhando as diferentes pessoas que formam a família.

GERSHWIN; NILSEN (1989) afirmam que, se as instituições sociais tem assumido muitas das atribuições da família, como já identificado por

PRADO (1985), espera-se que a família de hoje atenda as necessidades relacionais/interacionais de seus membros como: amor, intimidade, auto-aceitação e cuidado entre outras.

2.2 SAÚDE

A saúde possui diferentes significados conforme a época e o entendimento do organismo e suas relações com o meio. As várias fases do desenvolvimento da humanidade caracterizam-se por diferentes maneiras do homem relacionar-se com a natureza (para transformá-la e entender as suas necessidades) e com outros homens. Essas formas de relações estabelecidas vão influenciar profundamente as condições de vida dos homens, e conseqüentemente, os tipos de doenças a que estão sujeitos. Em outras palavras, as doenças que afetam a humanidade não são as mesmas no decorrer dos tempos (MARQUES, 1998).

Portanto o conceito de saúde que temos, a maneira como a entendemos varia segundo a época em que vivemos, dos interesses, dos diversos grupos que vivem numa sociedade e a maneira como a mesma está organizada (BOURGET, 2005). A forma como as pessoas concebem a saúde não é algo pronto e ocasional, mas construído historicamente e permeado por uma determinada ideologia (CEAP, 2003).

Sabe-se que o conceito de saúde é histórico, pois seu significado modificou-se em conformidade com os períodos históricos sofrendo influência do contexto e das experiências de cada sociedade. Ideológico, porque na construção da compreensão desse conceito está contida uma concepção de homem, de sociedade, de organização da economia e da política. (CEAP, 2003).

Christopher BOORSE definiu em 1977 a saúde como a simples ausência de doença; pretendia apresentar uma definição "naturalista". Em 1981, Leon KASS questionou que o bem-estar mental fosse parte do campo da saúde; sua definição de saúde foi: "o bem-funcionar de um organismo como um

todo", ou ainda "uma atividade do organismo vivo de acordo com suas excelências específicas."

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde destacou-se que a saúde "... está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação" (8ª CNS, 1986 in BRASIL, 2005).

O Art. 196. da Constituição diz que a "saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

Para CANGHILHEM (1990) a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Implica poder adoecer e sair do estado patológico, significa dizer que a ameaça da doença é um elemento que a constitui.

Ela pode ser conceituada como: "Saúde é a totalidade da existência pessoal, pelo reconhecimento das inter-relações entre os aspectos físico, psicológico, emocional, social, espiritual e ambiental. É um atributo da vida; é um processo, uma continuidade de esforço para desenvolver e manter capacidades, atendendo aos princípios necessários para a evolução do potencial humano" (ANDRADE, 1995).

A saúde deve ser integral, levando-se em conta a qualidade da água que se consome e do ar que se respira, as condições de fabricação e uso de equipamentos bélicos, o consumismo desenfreado e a miséria, a degradação social e a desnutrição, os estilos de vida pessoal e as formas de inserção das diferentes parcelas da população no trabalho (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997).

A saúde representa um estado dinâmico de bem-estar positivo daqueles que possuem hábitos que promovem a saúde, diminuindo o risco de doença prematura e a morte (NIEMAN, 1999).

Quando ALMEIDA FILHO (2000) fez uma investigação em torno do sentido do termo saúde, constatou que, etimologicamente, a palavra significa uma qualidade dos seres intactos, indenes e, em algumas origens, tem o

sentido de solidez, firmeza, força. Por outro lado, apresenta para os ocidentais um sentido religioso, vinculado à perfeição e à santidade. Conclui o autor que, em culturas diferentes, saúde é percebida como uma matéria metafísica (mística, religiosa ou até sacerdotal), mais do que um problema material, científico e social que afeta tantos carentes da nossa população.

As discussões oriundas das Conferências Mundiais de Saúde realizadas se 1996 a 2000 culminaram nos pré-requisitos para a saúde, que são: a paz, o acesso à habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (SILVEIRA, 2000).

Lennart NORDENFELT definiu em 2001 a saúde como um “estado físico e mental em que é possível alcançar todas as metas vitais, dadas as circunstâncias.”

CZERESNIA (2003) escreve que a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. A saúde no seu sentido mais abrangente é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BOURGET, 2005). É a totalidade da existência pessoal, pelo reconhecimento das inter-relações entre os aspectos físico, psicológico, emocional, social, espiritual e ambiental.

As definições acima têm seus méritos, mas provavelmente a segunda definição mais citada também é da OMS, mais especificamente do Escritório Regional Europeu: “A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo”. Essa visão funcional da saúde interessa muito aos profissionais de saúde pública e de atenção primária à saúde, pois pode ser usada de forma a melhorar a equidade dos serviços de saúde, ou seja prover cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo ou grupo.

Demonstrando, embora muito rapidamente, como nos diversos momentos históricos se construíram conceitos de saúde e modelos de atenção

motivados pelo contexto do momento que, ao mesmo tempo, contemplava uma compreensão ideológica.

Desde os primórdios, o que acontecia com os homens primitivos, que viviam em agrupamentos ou tribos e eram geralmente um povo nômade (que mudava conforme a necessidade de alimentos), era explicado do ponto de vista mágico, religioso e sobrenatural (como a fúria dos deuses), havia o desenvolvimento de tradições para lidar com saúde e doença, com a interpretação de sinais na natureza (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004). A razão das doenças era um poder mais forte que dominava a pessoa enferma, era fruto de algum espírito que havia tomado conta do indivíduo ou um castigo vindo de forças sobrenaturais. Como tratamento havia as massagens, banhos, uso de plantas medicinais, rituais de magia e feitiçaria executados pelos curandeiros das tribos.

No decorrer dos séculos ou milênios, as tribos ou agrupamentos foram se espalhando pelas diversas regiões do mundo e foram criando as diversas tradições e/ou explicações para tudo o que faziam ou lhes aconteciam, a diversificação do ser humano fez com que as distintas culturas e tradições criassem maneiras de lidar e entender a saúde e a doença e seu processo (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004).

Com o desenvolvimento das sociedades primitivas a religião (cristianismo) passou a explicar a causa das doenças “castigos justos e vindos de Deus”, como consequência do pecado e também a introdução de um mau espírito que dominava a alma e o corpo do doente (demônio) e para que houvesse cura era preciso a dominação do corpo que estava possuído, através do exorcismo feito por um curador que era o médico-sacerdote.

Os povos da Antigüidade possuíam duas vertentes de explicação sobre a doença e a saúde: a primeira foi desenvolvida por assírios, egípcios, caldeus, hebreus onde o corpo era entendido como um receptáculo de causas externas, sem a participação do organismo ocorriam as desarmonias de ordem cósmica e as causas seriam naturais ou sobrenaturais ligadas ao meio ambiente social e cultural do indivíduo); a segunda era a medicina praticada por hindus e chineses onde a saúde era o equilíbrio dinâmico do universo inteiro, natural, social e seus componentes oscilariam entre dois pólos o *yang* e

o *yin* e a doença seria a desarmonia individual ou social influenciada pelos cinco elementos que compunham o organismo (madeira, metal, terra, água e fogo) e que ocorria quando a energia vital (*ch'i*) não circulava adequadamente e tendo como causas os fatores externos por meio da influência dos astros, clima e animais (BARATA, 1990, CAPRA, 1993, SOUZA; OLIVEIRA, 1997)

No Egito o que predominava era o Empirismo com forte influência da medicina clássica da Índia e China, onde a doença era considerada consequência de um desequilíbrio entre os elementos (humores) que compõem o organismo, portanto de causas externas (ambiente físico). A saúde era o estado de isonomia, ou seja, a harmonia perfeita entre os 4 elementos que compõem o corpo humano: terra, água, ar, fogo. Havia o predomínio dos pensamentos da magia e religião como causadores de doenças, as causas eram externas (ao corpo do homem) sem que o organismo tivesse participação no processo e poderiam ser elementos da natureza e/ou espíritos sobrenaturais (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004).

Na Grécia, a medicina científica (de Hipócrates, considerado o pai da Medicina) procurava explicação racional para o processo saúde-doença através de observação empírica, como a importância do meio ambiente, da sazonalidade, do trabalho e da posição social que o indivíduo se inseria, explicava-se assim a doença ou a saúde. A cultura Grega influenciou as grandes civilizações do Oriente Médio e foi difundida por toda a Europa, em meados dos séculos VI ao IV a.C. Onde a saúde requeria um estado de equilíbrio entre as influências ambientais, modos de vida e da natureza humana (BARATA, 1990, CAPRA, 1993, SOUZA; OLIVEIRA, 1997).

Surge então a medicina Hipocrática que afirmava que o mundo era formado por 4 componentes (o Sangue = Coração, a Fleuma = Cérebro, a Bília amarela = Fígado e a Bília negra = Baço). Os médicos procuraram descobrir quais os componentes essenciais do ser humano, os conceitos eram discutidos nas primeiras escolas de medicina. Segundo Hipócrates a saúde é uma condição de equilíbrio perfeito, que podia se transformar devido a fatores externos, provenientes do ar, de uma dieta defeituosa tendo como resultado a manifestação através de dores, febres, inflamação e outros sintomas. O homem tinha saúde quando os humores estavam normais em quantidade e

qualidade. Quando um dos humores ficava em quantidade ou qualidade anormais ocorria um desequilíbrio do organismo e o corpo adoecia. A “arte” da cura era quando havia harmonia do corpo e da alma. Hipócrates definiu que a doença acontecia quando houvesse um desequilíbrio dos humores do corpo.

Nessa época ocorre a criação de medicamentos para restabelecer o equilíbrio do organismo. Havia duas linhas de pensamento crítico: onde doenças diferentes podiam ter causas e sintomas semelhantes, a terapêutica deveria ser intervencionista e localizada no exame direto do doente; e a valorização no prognóstico, dentro do quadro individual onde a terapêutica seria apoiada nas reações defensivas naturais (Hipocrática), não havia doenças, mas sim doentes. O diagnóstico era feito através da exploração sensorial, comunicação oral e do raciocínio, a ênfase é dada no prognóstico que corresponde exatamente ao roteiro clássico de medicina ocidental, onde praticava-se a auscultação torácica e as sangrias (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004). Hipócrates utilizava a Teoria dos Opostos, que classifica como quentes ou frios certos elementos, como as doenças, alimentos e ervas medicinais considerando o choque térmico um recurso terapêutico a ser utilizado para o reequilíbrio do humor sanguíneo (QUEIROZ, 1986, HELMAN, 1994). Esse modelo resulta da subordinação aos fatores externos e da noção de equilíbrio, através do equilíbrio do homem com o meio natural (na lógica do quente e frio), do homem e seu meio social (crises no relacionamento social – “mau-olhado”, feitiços ou inveja) e do homem com o sobrenatural (“susto”, interferência maléfica dos espíritos) (QUEIROZ, 1986).

Na idade média (o feudalismo e a prática médica religiosa), século V a XV, houve o período de invasão do império romano por bárbaros, o fim da “escravidão”, onde a terra era tida como principal meio de produção, a época das cruzadas quando a igreja monopolizava os conceitos de saúde e doença e as práticas médicas (medicina patrística, praticada por padres e medicina monástica, praticada por monges), ocorre o retrocesso teórico-metodológico da medicina ocidental onde retornam os conceitos de saúde-doença onde os pagãos adoeciam por possessão do diabo ou conseqüência de feitiçaria e para os cristãos eram sinais de purificação e expiação pelos pecados. As doenças atacavam indiscriminadamente os senhores e os servos e a terapêutica estava

baseada em milagres, obtidos através das súplicas, da mortificação e do arrependimento dos pecados (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004).

A sociedade feudal foi marcadamente teocêntrica, tendo em Deus a explicação de todas as coisas. Por meio de Deus se justificava a ordem social, principalmente a exploração dos senhores (donos das terras) sobre os servos (trabalhadores). Dentro desse contexto, o conceito de saúde que se estabelece é de que ela é benção de Deus (CEAP, 2003).

A morte dos escravos era sinônimo de ir para o céu, pois sua pobreza e miséria eram justificadas e compensadas com a promessa de receber em troca o céu. Surgem, nesse contexto social de justificativas e exploração, processos de resistência. Uma delas foram as bruxas que eram perseguidas e queimadas vivas nas fogueiras em praças públicas pelos Tribunais da Inquisição, porque faziam um processo de resistência ao teocentrismo e à dominação feudal. As bruxas praticavam a medicina através de rituais (não reconhecido pela igreja) e pela utilização de chás, o que lhes permitia questionar o poder da igreja e o pensamento de que a saúde e a morte eram determinações divinas, pensamento esse hegemônico na época. A saúde era pautada para fazer a disputa de projeto político, não existia política pública para a saúde e o modelo de atenção era a caridade ao doente. Os doentes eram considerados um castigo de Deus (fruto dos pecados da sociedade) que deveriam ser escondidos ou afastados. Contra isso surgem as práticas diferentes: as bruxas que são perseguidas por representar uma contestação (CEAP, 2003).

Na idade média (considerada a Idade das Trevas) houve o surgimento de epidemias: lepra (considerada a grande praga da Idade Média), peste bubônica, varíola, difteria, sarampo, tuberculose, escabiose... e portanto o retorno à causalidade das doenças: fatores ambientais (corrupção do ar, águas estagnadas e pútridas, odores) e a predisposição individual (higiene pessoal). A concepção de contágio era admitida e aceita, porém não respondia as questões relativas à origem e à natureza das epidemias (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004); essas explicações congregavam desde a conjugação dos planetas, envenenamento dos poços pelos leprosos e judeus e bruxarias dos

endemoniados (BARATA, 1990, SOUZA; OLIVEIRA, 1997, CZERESNIA, 1997, NOVAES, 1998).

Os princípios hipocráticos eram conservados para a explicação teórica, mas a prática clínica foi abandonada: a Medicina se revestiu de caráter religioso, sob influência do Cristianismo, em que a cura das doenças era o resultado de uma merecida graça divina alcançada (BARATA, 1990, SOUZA; OLIVEIRA, 1997) em que a vontade divina regia a vida e a natureza e sua desobediência resultava no castigo divino, as catástrofes e as doenças.

Na idade moderna (século XV a XVIII) o renascimento fez oposição aos senhores feudais e à igreja (um salto qualitativo na ciência), há uma ênfase na cultura racional e científica (ciência experimental, de observação, obtenção de explicações racionais), passa-se do empirismo para a comprovação na prática. A Medicina voltava-se a ser praticada por leigos e eram retomados os estudos, experimentos e observações anatômicas que resultariam na formação das ciências básicas (BARATA, 1990, SOUZA; OLIVEIRA, 1997)

Nesse período predominava na economia o mercantilismo e o poder político estava com os reis. As metrópoles (Portugal) buscavam as colônias (Brasil) e para dominá-las e explorá-las era preciso um aumento populacional, era necessário uma grande quantidade de mão-de-obra, portanto o escravo valia dinheiro e poder econômico para os reis. O objetivo da saúde pública nessa época, era evitar epidemias, pois as pessoas não podiam morrer, porque seu trabalho era necessário para “desenvolver” a economia. Para manter as pessoas vivas e haver crescimento populacional também era preciso dar atenção às condições de higiene (os seres humanos que não compunham a nobreza eram considerados mercadorias, por isso ter saúde era considerado estar vivo), era necessário aumentar a população para atender as necessidades econômicas da época. Começa-se a exigir do Estado a política da saúde, ou seja, exigir a intervenção para se garantir crescimento populacional (CEAP, 2003).

No século XVIII houve o Iluminismo onde o estudo das causas cede lugar à prática clínica (sinais/sintomas), para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas sofridas durante a doença (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004), nessa época há a influência de

pensadores como: Descartes, Newton, Locke, Smith, uma era das revoluções (Independência dos EUA, Revolução Industrial e Francesa).

O desenvolvimento industrial trouxe consigo o conjunto de formações econômicas e sociais; a Revolução Industrial trouxe problemas sociais, entre eles destacam-se: a necessidade de maior quantidade de mão-de-obra, divisão do trabalho, urbanização, consolidação do assalariado (venda da força de trabalho) e, portanto, de uma nova reforma de exploração (CEAP, 2003).

Começa a discussão do saneamento e se cria o conceito de que o pobre deve ter assistência para se tornar mão-de-obra. A atenção à saúde é diferenciada para operários (era especial, pois as fábricas dependiam deles) e para os indigentes (era apenas para não alastrar epidemias) (CEAP, 2003).

Houve avanços da clínica e dos conceitos de causalidade, na Idade Moderna, onde o Renascimento Cultural era enfatizada uma cultura laica (não eclesiástica), racional e científica, e, sobretudo não-feudal, torna-se uma oposição ao pensamento autoritário. Os pesquisadores estavam voltados para o pensamento crítico da ciência experimental (para observação a fim de obter explicações racionais para os fenômenos da natureza) e não mais ao “empirismo”, verificando a causalidade em busca de fator unicausal (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004). Surgem então as teorias: Teoria miasmática (as condições sanitárias ruins criavam um estado atmosférico local que vinha a causar as doenças infecciosas e os surtos epidêmicos, onde as partículas da atmosfera de diferentes fermentações e putrefações dos humores, originada de misteriosas e inexplicáveis alterações na Terra, que provocam a contaminação na atmosfera), Teoria unicausal (para cada doença existiria um agente etiológico que devia ser combatido por vacinas e produtos químicos). Surge o Iluminismo de René de Descartes: “Penso logo existo” (a dúvida seria o ponto de partida do racionalismo).

Nesse contexto histórico, surgem os pensadores clássicos que fazem uma análise da situação socioeconômica identificando assim a posição entre o Liberais e os Socialistas. Os liberais não trabalham especificamente o conceito de saúde e quando se referem a ele, atribuem um viés econômico; a maior preocupação era garantir, através de um rendimento mínimo, a

sobrevivência da força de trabalho. Para Adam Smith o Estado não deveria interferir na economia e nem discutir saúde enquanto política pública; para ele saúde é uma questão de responsabilidade da sociedade, portanto, a saúde é caridade. Nessa época, não se tinha nenhuma garantia de assistência quando o operário se machucasse no trabalho, as condições precárias de trabalho foram ser a base para a organização do movimento operário que passou a reivindicar melhores condições de trabalho e maiores salários, surgem as primeiras leis trabalhistas (CEAP, 2003).

MALTUS aborda como política de saúde a necessidade do controle da natalidade efetivo para evitar o crescimento populacional superior ao crescimento econômico, sendo dentre outras formas, pelo estabelecimento de um salário apenas suficiente para a sobrevivência uma vez que quanto maiores os obstáculos menos seria a natalidade. Marx é o primeiro teórico a abordar a temática da saúde dentro de uma perspectiva mais ampla, apontando que a saúde é fruto de diversos fatores, inclusive das condições de trabalho e moradia, de alimentação, etc., e dentro desta perspectiva, aponta que o Estado deveria garantir condições de trabalho que não explorassem e ao mesmo tempo garantir o tratamento da doença. Não trabalha a saúde como questão social, mas para ele a saúde estava ligada à estrutura econômica; as condições de trabalho eram importantes para a saúde. No capitalismo o trabalhador nunca teria saúde, pois sempre seria explorado; suas condições de moradia, de alimentação e de trabalho sempre seriam determinadas pelo desejo de lucro do patrão (CEAP, 2003).

O Modelo da Determinação Social das Doenças (enfatizava que a saúde-doença da coletividade possuía o componente biológico modificado pelo desenvolvimento regular das atividades cotidianas) foi retomada, o enfrentamento da necessidade de se construir um novo marco explicativo para a determinação do processo saúde-doença que, de modo hierarquizado, articulasse todos os processos que participassem de forma essencial na produção de uma doença (BARATA, 1990, CAPRA, 1993, SOUZA; OLIVEIRA, 1997)..

A teoria social da medicina (final do século XVIII E XIX), no Séc. XVII houve o desenvolvimento das indústrias, o crescimento das cidades

(condições precárias de vida, carga horária excessiva de trabalho), com a produção os trabalhadores ficaram doentes e desnutridos e começou-se a ter a ameaça social, através das doenças transmissíveis, passando o Estado a intervir na vida das pessoas (para a manutenção da força de trabalho). Ocorre na saúde pública e na medicina inicia-se o desenvolvimento de novas idéias acerca dos problemas de saúde, compreensão da determinação social das doenças: condições políticas, sociais e econômicas. A medicina social não aceita que a intervenção médica no corpo dos indivíduos de uma comunidade seja suficiente para estabelecer um estado de saúde.

A Idade contemporânea³ foi a época da determinação social à multicausalidade onde a relação entre as condições de trabalho das populações e o aparecimento das doenças seriam a causa social (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004).

No final do século XVIII elaborou-se a teoria social da Medicina, onde o ambiente seria a origem de todas as causas de doença, portanto a doença deixa de ser natural para revestir-se do social; é nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deveriam ser buscadas (GUTIERREZ ; OBERDIEK, 2004).

As descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX deslocaram as concepções sociais e restabeleceram as causas externas para o aparecimento das doenças: para cada doença um agente etiológico que deveria ser identificado e combatido, por meio de vacinas ou produtos químicos (GUTIERREZ ; OBERDIEK, 2004).

³É o período específico atual da história do mundo ocidental, iniciado a partir da Revolução Francesa no ano de 1789 d.C, onde houve os pensamentos do socialismo de Marx, o Anarquismo. O seu início foi bastante marcado pela corrente filosófica iluminista, que elevava a importância da razão. Havia um sentimento de que as ciências iriam sempre descobrindo novas soluções para os problemas humanos e que a civilização humana progredia a cada ano com os novos conhecimentos adquiridos. Com o evento das duas grandes guerras mundiais o ceticismo imperou no mundo, com a percepção que nações consideradas tão avançadas e instruídas eram capazes de cometer atrocidades dignas de bárbaros. Decorre daí o conceito de que a classificação de nações mais desenvolvidas e nações menos desenvolvidas têm limitações de aplicação.

A descoberta das bactérias, chamada “Era Bacteriológica”, onde Pasteur (1960) descobre o papel dos microorganismos (bactérias e fungos) na causa das doenças.

Com a bacteriologia comprova-se a transmissibilidade de algumas doenças e que existem microorganismos específicos para cada doença. E Koch, em 1882, estudando a tuberculose descobre o bacilo de Koch capaz de se multiplicar no organismo e de ser transmitido de pessoa para pessoa por contato direto ou pelo ar. Houve um grande desenvolvimento de medicamentos e vacinas para combate às doenças.

Passou-se a acreditar que o mais importante era destruir as bactérias, as condições sociais e ambientais foram relegadas a um segundo plano e a doença passou a ser concebida como questão simplesmente biológica, restrita a maior ou menor eficácia da medicina no controle sobre vírus, bactérias, entre outros que seria a Teoria unicausal.

No século XX há uma diminuição das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas como morbi-mortalidade mais prevalente; a compreensão da saúde/doença é historicamente construída sendo que: “A determinadas fases do desenvolvimento da produção, do comércio do consumo correspondente a determinadas formas de construção social, determinadas organização da família, das ordens ou das classes”, condiciona-se assim, a saúde ou a doença.

Pós-Segunda Guerra Mundial (1939-1945) surgiu a guerra fria, uma disputa entre os EUA (capitalismo) e os URSS (socialismo). Acontece o avanço tecnológico, que vai ser empregado no campo da saúde, os investimentos em saúde proporcionaram desenvolvimento, houve aumento do lucro direto (emprego na construção de hospitais) e indireto (materiais de construção e indústria farmacêutica). Ocorre o desenvolvimento de um conceito de saúde antagônico daquele enquanto “ausência de doença”, além de afirmar a saúde como qualidade de vida, avança no sentido de entendê-la enquanto direito fundamental.

Finda a Segunda Guerra Mundial, criou-se a ONU (Organização das Nações Unidas) e a OMS (Organização Mundial de Saúde). Em 1946, a OMS já conceituava a saúde como “um estado de completo bem-estar físico,

mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (preâmbulo incorporado à Constituição da OMS).

Na década de 60, René DUBOS (1968) comenta sobre o conceito de saúde da OMS: “sob o ponto de vista médico, o homem é, geralmente, mais um produto de seu meio ambiente do que de seus dotes genéticos. A saúde do povo é determinada não por sua raça, mas por suas condições de vida. (...). Com efeito, os fatores sociais são de importância tão óbvia como causa e controle de doenças que muitos sociólogos, e até médicos, estão inclinados a acreditar que reformas políticas e sociais são a maneira mais acertada de melhorar a saúde das populações destituídas”. Portanto, reafirma-se de forma categórica, que não podemos entender a saúde como não estar doente, mas entendê-la como qualidade de vida.

Somente no século 20, surgiu a noção de multicausalidade, em que havia vários fatores que podiam determinar o aparecimento das doenças, e não somente a presença de microorganismo. Esses fatores concentravam-se entre agente (continuaram as pesquisas bacteriológicas), hospedeiro (capacidade de reação do organismo ao agente externo, sem considerar sua historicidade) e meio-ambiente (naturalizado, em que os aspectos sociais e culturais não eram considerados), a Teoria Ecológica Multicausal (a ênfase era dada na melhoria da saúde através de medidas ecológicas, o homem era naturalizado e reduzido à idade, sexo, raça, não sendo necessárias mudanças na organização social (BARATA, 1990, SOUZA; OLIVEIRA, 1997).

A multicausalidade simples busca determinar uma rede de relações causais entre os fatores de risco e as doenças, que evolui para três “modelos” de análise (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004):

- 1) O modelo da balança por volta de 1920, onde havia uma interação dos fatores ligados ao meio ambiente, os fatores ligados ao hospedeiro e ao agente. Portanto o seu equilíbrio fazia com que houvesse saúde e o seu desequilíbrio causava a doença.

- 2) A rede de causalidade onde haveria a existência de relações (interações) recíproca entre múltiplos fatores envolvidos e para atuar sobre as doenças era necessário identificar e intervir no componente mais frágil, sem que fosse preciso alterar todo o conjunto de fatores envolvidos.

3) O modelo ecológico (Leavell e Clarck) para o estudo das intervenções médicas a partir do desenvolvimento da História Natural das Doenças*, com ênfase em enfermidades infecciosas (visão biológica).

O modelo de “determinação social da doença” é uma retomada das abordagens sociais na Epidemiologia. Neste modelo, procura-se enfrentar a necessidade da construção de um novo marco explicativo para a determinação do processo saúde-doença, que de modo hierarquizado, articule todos os processos (condições ou características) que participam de forma essencial na produção de uma doença (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2004).

O processo Saúde/Doença requer uma mudança na sociedade para melhorar as condições de saúde da população, um novo pensar sobre saúde; iniciam-se as investigações sobre a relação entre as formas como os indivíduos se inserem na sociedade (condições de trabalho, moradia, alimentação, acesso a bens de consumo coletivo, como água tratada, esgoto, escola, serviços de saúde, lazer e participação política) e suas condições de saúde. Esse “novo olhar” não foi e não é dominante entre os profissionais de saúde nos dias atuais.

Uma concepção difundida de saúde é a de um estado de harmonia e equilíbrio funcional do corpo. Tudo o que faz o ser humano sofrer, que limita e impede de exercer suas atividades normais, dá ao homem a consciência de um corpo que deixou de “funcionar em silêncio” e que, portanto, dá mostras de alterações que podem significar um estado de doença. por seus portadores (MARQUES. 1998).

*Leavell e Clark (1965), ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluem a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluiriam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde. A história natural das doenças abrange o conhecimento da evolução da doença num indivíduo, na ausência de tratamento, num período suficiente para que chegue a um desfecho (cura ou óbito).Esse processo, portanto, tem início com a exposição a fatores capazes de causar a doença e seu desenvolvimento, se não houver a intervenção médica, e culminará com a recuperação, incapacidade ou morte. As fases da história natural das doenças são apresentadas na figura .Embora o tempo de evolução e as manifestações específicas possam variar de pessoa para pessoa, as características gerais da história natural de muitas doenças são bem conhecidas, permitindo a aplicação de medidas de intervenção (de prevenção ou terapêuticas) que podem alterar o seu curso pela cura, diminuição da incapacidade ou pelo prolongamento da vida.

No entanto, “não sentir nada”, nem sempre significa ausência de doenças, pois vários processos e lesões podem permanecer “calados” por muito tempo sem serem percebidos saúde pública procuram encontrar soluções mais abrangentes que estão relacionadas às condições de vida das pessoas.

Dez anos após a publicação do “Informe Lalonde⁴”, Carol BUCK agrega o conceito de “o entorno” no qual identifica fatores que podem constituir obstáculos para a saúde, denominando-os de “entornos” perigosos como a violência, a segurança dos meios de locomoção, as condições de risco no trabalho, a contaminação do ar e da água. Como também a existência dos “entornos” protetores, constituídos das necessidades básicas como comer, vestir, abrigar-se e também amenidades como o relaxamento, a beleza e a distração como algo para facilitar e fazer agradável a vida (BUCK, 1997, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS), 1997, GENTILE, 1999).

A visão sistêmica da vida é algo que não se limita somente ao conhecimento das ciências da saúde, ao contrário, tem origem e raízes muito mais amplas, tudo está intrinsecamente relacionado e cada pequena ação tem uma repercussão nos seres vivos e inanimados (DIAS, 2006).

⁴Lalonde (1974) afirmava que, até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam às causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida (BECKER, 2001).

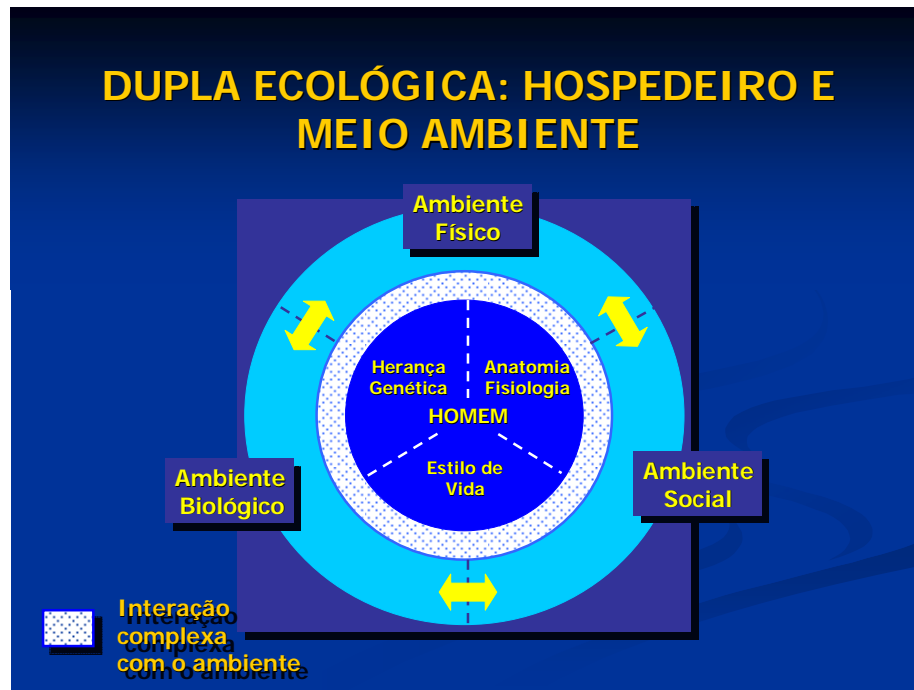


Figura 2 – Esquema representando a influência do meio ambiente sobre o processo saúde/doença.

Fonte: LIRA, 2007

“Muito do que é pretendido, quando se propõe Saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, só pode realmente acontecer se o homem estiver, ao mesmo tempo, preparado para entender o seu significado como um ser existente num mundo e num tempo, dos quais ele é o agente transformador, e conscientizado em ser, ele próprio, o realizador da sua identidade que, ajustadas às limitações de sua constitucionalidade biológica e circunstancialidade de vida e ambiente, lhe garantirá um bem-estar abrangente, que é a Saúde” (SÃO PAULO, 1992).

A Conferência sobre os Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-ATA, reafirmou enfaticamente que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade; ela é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978, GENTILE, 1999). Desde então, eventos visando a discussão da promoção de saúde foram: a Carta de Ottawa (1986), um marco fundamental na história da Saúde Pública onde reconheceu-se como pré-requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, e a saúde. Em seguida, a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), a Declaração de Sundswall (Suécia, 1991), a declaração de Bogotá (Colômbia,

1992) e a Declaração de Jacarta (1997). Assim, a saúde passou a ser compreendida não apenas como mera ausência de doenças, mas como resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos, sociais, econômicos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais entre outros (DIAS, 2006).



Figura 3 – Determinantes dos agravos à saúde.
Fonte: FORATTINI, 2004.

Além dos organismos e fatores que produzem doenças, cada condição de existência do homem pode se transformar em fonte de doença. Os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, ar, clima, habitação, técnica, relações familiares e sociais, etc), podem causar doenças, se agem sem determinada intensidade, se pesam em efeito ou causa, se agem sem controle. Um mesmo elemento pode assumir dois valores: de saúde ou razão de mal-estar (BOURGET, 2005).

Para entender a saúde é necessário a compreensão do estado de equilíbrio do homem com o homem, com a natureza e o mundo sobrenatural, formando um conjunto de sistemas conectados entre si, resultando numa estrutura organizada. E a enfermidade pode ser compreendida além de uma máquina com avaria, mas um desequilíbrio da totalidade do organismo,

envolvendo experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais (HELMAN, 1994; PEREIRA, 1995; TORO, 1991).

2.3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO PANORAMA FAMILIAR

A relação existente entre saúde e doença não é apenas uma relação de bom ou mau funcionamento do corpo, mas uma interação muito mais ampla do homem com os meios ambientes (físicos e sociais) que o cercam, da sua maneira de relacionar-se com outros homens, da sua condição de trabalho (tipo e características, condições físicas para exercê-lo e a relação pessoal com o trabalho - gostar de realizá-lo); da forma como é organizada a produção de riquezas e de como essas riquezas são repartidas e compartilhadas por todos, das possibilidades que ele possui para se expressar, para desenvolver seu potencial criativo e desenvolver-se como pessoa. A busca de uma concepção de saúde é também a procura da compreensão do processo de vida dos homens ao longo da história (MARQUES, 1998).

A palavra doença vem do latim: *dolentia*, que significa "falta ou perturbação da saúde"; "moléstia"; "mal"; "enfermidade" (FERREIRA, 1986). Conforme VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN (2000), a doença, a partir do pressuposto de que o real é sempre mediado pelo simbólico, é objeto de representações e tratamentos específicos em cada cultura e, assim, é entendida como um fenômeno social. AUGÉ (1986) diz que a doença é um objeto privilegiado de investigação, pois coloca em relação, ao mesmo tempo, o biológico e o social, o individual e o coletivo.

O processo saúde-doença da coletividade pode ser entendido como processo biológico de desgaste e reprodução, evidenciando momentos particulares da presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüentes problemas para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, caracterizadas como o surgimento da doença (GARCIA, 1989).

Compreendemos que saúde-doença são situações vivenciadas pelos sujeitos onde se percebe que não há pólos opostos, mas sim um processo onde se vive mais ora o estado de saúde, ora o estado de doença.

Nesta realidade observamos que estes fenômenos co-existem, pois a percepção daquilo que vivenciamos é parte de um todo no processo de viver de um ser humano.

De acordo com MARQUES (1988), "as doenças que afetam a humanidade não são as mesmas no decorrer dos tempos, pois dependem da maneira como o homem se relaciona com a natureza (para transformá-la e atender as suas necessidades) e com os outros homens".

Nos dizeres de SMEL TZER; BARE (1998), o século XX, com o desenvolvimento industrial e da sociedade, provocou mudanças que afetaram o sistema de saúde, como aumento na diversidade cultural das populações; envelhecimento da população; modificação nos padrões das doenças e aumento nos custos de assistência de saúde, apontando para a necessidade de reforma no sistema de saúde.

MARQUES (1988) afirma que "a saúde de uma população, genericamente, depende da qualidade e do acesso ao consumo de certos bens e serviços de subsistência, que se constituem, basicamente, de moradia, alimentação, educação e assistência em saúde".

PERNA (2000) adota a expressão processo saúde-doença, querendo assim indicar que:

"Como todo processo, a saúde e a doença são resultantes de idas e vindas, altos e baixos, e que terão distintas expressões conforme as populações e grupos humanos considerados. O que não se põe em discussão é o fato de que este processo está basicamente ancorado nas condições sociais em que vivem as pessoas". (PERNA, 2000, p. 107).

As condições de saúde estão estritamente relacionadas com a maneira pela qual o homem produz seus meios de vida através do trabalho, e satisfaz suas necessidades, através do consumo de certos bens e serviços de subsistência, que se constituem, basicamente, de moradia, alimentação, educação e assistência em saúde (MARQUES, 1998):

- Moradia não significa apenas a casa onde o homem habita. As ruas, os animais, o ar, o ambiente, a água, o clima e as características geográficas (relevo, hidrografia, etc.), os meios de transporte, os lugares de trabalho, educação e lazer, enfim, todo o conjunto de ambientes por ele

freqüentado ou que o cerca, define o seu morar. Os modos de morar incluem, também, o convívio com outras pessoas e demais seres vivos do meio. Nesse sentido, a morada do homem é a própria localidade (rural ou urbana) em que ele vive. As características geográficas e climáticas de uma região podem influenciar no quadro de doenças da população, uma vez que criam condições diferenciadas para o aparecimento de insetos e outros agentes transmissores de doenças.

- Alimentação é um fator relevante que contribui para o estado de saúde-doença das pessoas. Os organismos debilitados são muito menos resistentes aos microorganismos invasores. Uma alimentação adequada é a melhor vacina contra a maioria das doenças infecciosas.

- Educação, a baixa escolaridade também exerce um papel na disseminação das doenças. Entretanto é difícil dizer se os problemas de saúde gerados têm origem no desconhecimento ou se são devidos às condições sócio-econômico-culturais da família.

- Assistência à saúde significa qualquer ação ou medida de controle que objetive melhorar a qualidade de vida do indivíduo e das populações. No aspecto individual, a medicina desempenha importante papel no alívio de sintomas, no cuidado de doentes, no atendimento das emergências, nas cirurgias e na cura de algumas enfermidades.

A saúde e a doença são distribuídas desigualmente entre os indivíduos, classes e povos, a falta de educação em saúde (BOURGET, 2005) de conhecimentos quanto ao auto cuidado da população, de cuidados com o meio ambiente e de conhecimentos científicos atualizados por parte dos profissionais de saúde não permite identificar e controlar as doenças de modo efetivo.

Um dos desafios que os profissionais enfrentam ao cuidar da família é a controvérsia sobre a existência ou não de uma saúde familiar como entidade distinta da saúde dos indivíduos (ELSEN, 1994). Sabe-se que como há saúde de indivíduos, há também a saúde da família (MARCON, 2006).

GILLIS (1989) afirma que apesar dos indivíduos (membros participantes e componentes da família) serem interativos, a saúde desses indivíduos distingue-se da saúde da família, mas se a diferença entre a saúde

do sujeito e da família é acentuada, isto não é percebido em relação aos conceitos de saúde da família saudável.

Toda família tem um “estado” de saúde, que envolve além do conhecimento, atitudes e valores, papéis e distribuição de tarefas dentro da família, sendo uma parte integral de toda a vida familiar. Este estado consiste “no produto eclético de todas as forças com as quais seus membros contribuem dentro do contexto de sua cultura, sua consciência sobre conhecimentos relevantes de saúde e suas formas específicas de introduzir estes fatores na família emergente (MAUKSCH, 1974)”.

Para BOMAR (1990) isto ocorre em função de uma variedade de marcos conceituais e teóricos, embora exista dificuldade em desenvolver uma noção de saúde da família, muitas definições envolvem diferentes dimensões podendo ser tanto biológicas, psicológicas e sociológicas como espirituais e culturais. GILLIS também aborda as dimensões da saúde da família, organizadas em quatro áreas: identidade de processos, mudanças, processamento de informações e estruturação de papéis.

No Brasil, dentro da linha transcultural e utilizando a Teoria do Desenvolvimento, BOEHS em 1990, considerou como família sadia àquela que mantém um conjunto de reservas físicas, psíquicas, socioculturais e de ambiente físico que permitem normatizar sua vida e instituir novas normas em situações novas (como por exemplo, diante do nascimento de um novo membro).

Segundo DELANEY (1986), a família saudável é aquela que possui canais abertos de comunicação, regras flexíveis, autovalorização elevada, e negociações bem sucedidas com elementos externos à família. Ainda na perspectiva interacionista, RIBEIRO (1990), ao desenvolver pesquisa junto as famílias maltratantes, refere-se à saúde da família como uma interação de aproximação entre os membros da família, os quais interagem entre si e com a sociedade.

Para NITSCHKE (1991) a família saudável ocorre quando “houver uma interação positiva caracterizada por um relacionamento direto; de respeito, liberdade e sem tensões, no qual os membros tentam se colocar um no lugar do outro e expressam sentimentos de afeto, idéias, crenças, valores e

conceitos, possibilitando-os a crescerem, desenvolverem-se, definirem, ajustarem e desempenharem seus papéis”.

A família saudável é caracterizada, de acordo com PRATT (1976), quando se examina seus laços com a comunidade, a interação entre os membros da família, a estrutura de papéis, a liberdade e as responsabilidades. Concluiu em seu estudo que uma família é um grupo social afetivo, que favorece o desenvolvimento das capacidades de seus membros, provém recursos, dá apoio e cuida dos mesmos.

Em 1983, MAURIM apud NITSCHKE (1991), afirmou que ao se formar uma família seus membros trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidades, seus valores referentes à saúde e seus hábitos de saúde, portanto, o estado de saúde de cada família é único e distinto dos demais. Conforme os conflitos surgem, os membros negociam e barganham tornando a configuração inicial do estado de saúde mais específica daquela família.

Segundo BOMAR (1990) existe a necessidade de se distinguir entre o conceito de saúde da família e o de promoção da saúde familiar. Para este autor, a saúde familiar é mais do que a ausência de doença em um membro da família, ela inclui uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais, dentro de um contexto cultural que a família vivencia enquanto sente bem-estar ou doença. Por outro lado à promoção da saúde familiar consiste nas ações desenvolvidas pela família para aumentar seu bem-estar ou a qualidade de sua vida.

As características mais comuns de uma família saudável são: os membros comunicam-se (escutam-se mutuamente), e dão suporte um ao outro; há o ensinamento de respeito de um pelo outro; desenvolve o senso de unidade; possui senso de humor e para brincar; exibe um senso de responsabilidades partilhadas; ensina um senso de certo e errado; possui um forte senso de família rico em rituais e tradições; existe um equilíbrio de interação entre os membros; possui um centro religioso; há respeito pela privacidade do outro; existem valores de ajudar o outro; cria um tempo para família à mesa para conversar; partilha tempo de lazer; e admite solicitar ajuda quando está com problemas (MARCON, 2006).

O Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM) entende família saudável como “uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por um amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e família em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida”.

MARCON (2006) afirma que quando os vários autores se referem à saúde familiar, tratam na realidade, da qualidade das relações entre os diferentes membros, suas crenças, valores, conhecimentos e práticas compartilhadas e aprendidas através das interações com outras famílias e com a sociedade, bem como de tarefas ou papéis a serem desempenhados para o bem do grupo familiar.

Famílias saudáveis que dão apoio a seus membros, que são flexíveis a mudanças no seu funcionamento para atender a suas necessidades, têm permitido ao indivíduo doente manter aderência ao tratamento, possibilitando sua reabilitação (MARCON, 2006). Por outro lado à situação de saúde/doença de um dos membros pode afetar saúde familiar; quando ocorre uma hospitalização ou uma doença grave a dinâmica da família se altera. Os papéis precisam ser redimensionados e o estresse permeia as relações interpessoais, podendo gerar uma situação de crise na unidade familiar (ELSEN, 1994).

Compreender o processo saúde-doença na família é necessário para orientar a equipe de saúde sobre as principais necessidades sentidas pela família e comunidade, o que permitirá a priorização de ações de saúde às

famílias, visando diminuir riscos de agravos à saúde. Compreendemos que saúde-doença são situações vivenciadas pelos sujeitos onde se percebe que não há pólos opostos, mas sim um processo intercorrente do viver do homem (GARCIA, 1989.).

Nesta realidade observamos que estes fenômenos de ser, estar doente ou com saúde, coexistem e não se negam, pois a percepção daquilo que vivenciamos é parte de um todo no processo de viver propriamente dito. Assim, na comunidade muitas vezes, observa-se que as situações de vida possibilitam muito a percepção do estado de doença, que não necessariamente feito através de um diagnóstico médico, para indicar uma patologia, mas sim através das condições precárias de atendimento das necessidades mínimas requeridas pela população para a obtenção de qualidade de vida (KRAEMER, 2004).

A situação de saúde de uma população deve ser entendida sob a ótica física, psicológica, sociológica, econômica, cultural e religiosa entre outras, priorizando a interação dos homens entre si e a natureza, através de uma relação dinâmica e de saúde (BRASIL, 2004c). A partir deste entendimento, fica mais fácil à compreensão de que os serviços devem estar organizados segundo enfoque integral, abandonando-se a prática de programas verticais utilizados pela saúde pública, o importante para chegar à uma integração dos programas com base nos problemas detectados, identificando os riscos, as demandas e as necessidades da população, priorizando o enfoque epidemiológico e social (SILVA, 2001).

Os conhecimentos distintos integrados colocam de forma imediata o problema da intervenção. Estes conhecimentos incluem os dados coletados, os conhecimentos técnicos e especializados de prevenção e de planejamento, atentos aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. As condições de vida e de trabalho influenciam na maneira de pensar, sentir e agir, portanto, cada grupo populacional tem suas peculiaridades em função da interação entre os diversos aspectos já abordados (MINAYO, 1993).

Para a abordagem do contexto familiar, dentro das ações previstas para as equipes de PSF, torna-se necessário o entendimento da situação trazida como demanda de atendimento. A demanda trazida pelos indivíduos

para atenção à saúde pode ser compreendida como uma linguagem que expressa conflitos em seu ambiente familiar (SENNA, 2002). A problemática familiar é complexa e necessita de uma compreensão que leve em conta sua inserção no contexto sócio-econômico e o momento do ciclo vivido, ao investigar a situação evolutiva de uma família podem ser esclarecidas situações de conflito que possam estar afetando as condições de saúde.

Uma das questões fundamentais para o entendimento do processo saúde-doença é o conhecimento do território em suas singularidades. A Territorialização é um dos princípios estruturantes de atendimento e da organização do processo de trabalho em Saúde da Família, pois diz respeito à apreensão do espaço de atuação dos profissionais de saúde da família, bem como da dinâmica social e sanitária (STARFIELD, 2004). A partir de delimitação do Território da área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde da Família será possível identificar os principais problemas de saúde que afetam a comunidade, analisar e compreender os principais agravos da população, permitindo elaborar diagnóstico e avaliação permanentes, bem como planejar e desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida por essa população.

Para que se possam fazer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (educação em saúde é uma ação que exige o desencadeamento de reflexões conjuntas do pessoal de saúde e da população, a partir de situações concretas da vida, confrontando os conhecimentos diferentes de ambos em uma mesma realidade, descobrindo suas contradições mais profundas) com a finalidade de dar autonomia sobre a sua saúde e de sua família, fortalecendo assim, a vigilância em saúde na comunidade.

A saúde precisa ser também, de interesse da própria família para que os indivíduos que a compõe possam ser educados e receberem os conhecimentos do processo saúde-doença. Acredita-se que através da educação em saúde seja possível mudar hábitos e comportamentos das famílias tornando-as mais autônomas quanto aos cuidados na prevenção e proteção da saúde.

A educação em saúde é uma das ações mais importantes na prática odontológica, podendo contribuir para a preservação/promoção da saúde do paciente na medida em que trabalha na construção coletiva dos novos conceitos e tecnologias. A simplificação do saber, os diferentes conceitos sobre saúde e as crenças pessoais que cada pessoa traz de sua própria formação faz com que surja um novo conhecimento para a prática da Saúde da Família permitindo uma melhora na saúde integral na comunidade (GOYA, 2006).

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar, para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação (BRANDÃO, 1983).

É uma ação que exige o desencadeamento de reflexões conjuntas do pessoal de saúde e da população, a partir de situações concretas da vida, confrontando os conhecimentos diferentes de ambos em uma mesma realidade, descobrindo suas contradições mais profundas, é uma relação aberta, reflexiva e ativa. A educação para a saúde tradicionalmente se baseia em informar às pessoas sobre como evitar problemas específicos e em motivá-las para mudanças de comportamento por meio de persuasão e técnicas de comunicação em massa (NAIDOO; WILLS, 1994)

A educação como um processo de diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada, propõe como objetivo principal, tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar, aprender, ter consciência crítica e de encontrar as alternativas de resolver seus problemas, entre eles o de saúde-doença e não apenas “seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças” (BRASIL, 1987). Essa forma de educação propõe tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar, aprender ter consciência crítica, e

de encontrar as alternativas de resolver seus problemas, entre eles o de saúde-doença.

A educação é uma prática que está sujeita à organização de uma dada sociedade, e deve-se criar um espaço de intervenção nessa realidade, com objetivo de mudá-la, transformá-la. Em uma comunidade organizada, as ações educativas de saúde podem influenciar de uma forma saudável a realidade de cada indivíduo, melhorando o modo de vida, as crenças, os hábitos, e ajudá-los nas suas necessidades de saúde e a obter uma boa qualidade de vida. Tendo como premissa a educação como um processo de diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada (SÃO PAULO, 1997)

O alicerce para uma vida saudável está na educação: educação tradicional, social, sociológica, política, educação econômica, ambiental e entre outros tipos de educação a em saúde. Para que a população tenha saúde torna-se necessário e indispensável à aquisição de conhecimentos desde a mais tenra idade. Portanto prevenção, educação, conhecimento e cultura devem ser incutidos nas comunidades durante a formação do indivíduo (SANT'ANNA, 2007).

Os profissionais de saúde têm o compromisso de compartilhar seus conhecimentos técnicos específicos através da simplificação do saber não deixando de reconhecer que as famílias trazem suas experiências e saberes de saúde; portanto conciliando o saber técnico e o popular de forma a ajudar a comunidade no qual estão inseridos.

Ao analisar-se algumas características do processo de educação, verifica-se que existem dois saberes: o saber técnico e o saber popular, distintos, mas não essencialmente opostos e a educação como um processo social, exigirá o confronto e a superação desses dois saberes. A relação entre esses saberes não deve ser unidirecional, vertical, autoritária, mas sim uma relação de diálogo, horizontal, bidirecional e democrática (BRASIL, 1997a).

O objetivo da educação em saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis (MILIO, 1983). Trata-se de conscientizar as pessoas, enquanto ato de conhecimento dos problemas, das doenças, da saúde, isto é uma

aproximação crítica da realidade para que no ambiente e nas condições que possuem possam resolver seus dilemas e optarem por uma vida mais saudável (PINTO, 2000).

“A ação educativa, como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumirem a solução dos problemas de saúde, é um processo que inclui também o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população. O técnico em saúde (de qualquer nível) tem que se preparar para um método educativo que se baseie na participação social, através da sua própria prática profissional. Os profissionais da unidade de saúde devem desenvolver entre si um espírito de equipe onde realmente reflitam, decidam e trabalhem juntos, estabelecendo um verdadeiro relacionamento horizontal, com uma postura profissional que se estenda às relações com a população” (SÃO PAULO, 1997).

A educação baseia-se na percepção que o indivíduo possui sobre a saúde e as coisas que o cercam, na motivação que o faz seguir e que o move e que pode ser despertada pelo educador ou por um profissional em saúde.

A percepção é um processo organizacional, seletivo, interpretativo, individual e baseia-se na vivência, na personalidade, nas experiências, na cultura e do meio em que vive e trabalha o ser humano. Sendo assim as mensagens recebidas com relação à saúde podem ser: aceitas completamente, aceitas parcialmente, rejeitadas por completo, rejeitada em parte ou ainda deturpadas (transformadas da maneira que o indivíduo quer recebê-las, ou ainda não ser compreendidas); na realidade o problema não é mudar percepções, mas sim, criá-las. E a motivação designa as necessidades, os motivos ou desejos que levam as pessoas a aprender e a modificar costumes, é uma grande arma do profissional de saúde quando consegue descobrir qual o impulso que move o indivíduo e que vai fazer com este sinta a vontade e a necessidade de mudar e melhorar a qualidade de vida (BASTOS, 2003).

O contexto geral proporcionado pelas novas concepções sobre saúde permite perceber a necessidade da população formar uma mentalidade e hábitos de vida saudáveis; portanto, uma Educação para a saúde é necessária. Conta com três objetivos básicos:

1. Formar personalidades autônomas, capazes de construir seu próprio estilo de vida e conseguir um equilíbrio que lhes proporciona e bem-estar, tanto no terreno físico como psíquico e social;

2. Oferecer meios para que a população se conscientize de seus próprios estados físicos e psíquicos, dos seus hábitos e atitudes diante das diversas situações da vida cotidiana, e construa um conhecimento tanto dos processos que sucedem em seu organismo quanto do funcionamento de suas relações pessoais e sociais;

3. Proporcionar os meios para que a população chegue a conhecer e usar diferentes formas de intervenção nesses processos orgânicos, a desenvolver hábitos, atitudes e relações, a fim de conseguir mudá-los em prol do seu bem-estar. Isto envolve uma educação sobre a tomada de decisões e o conhecimento das conseqüências positivas ou negativas delas derivadas

Neste aspecto a Odontologia moderna propõe diversos programas preventivos, sempre com o objetivo específico de melhorar a saúde bucal das comunidades. Existem métodos comprovadamente eficazes de prevenção e controle da cárie, por meio da utilização de medidas como o consumo de água de abastecimento público fluoretada e escovação com dentifrícios contendo flúor. A literatura atual é rica em trabalhos experimentais, demonstrando os vários meios usados pelos pesquisadores para alcançarem resultados eficientes (KUNERT, 1990).

O processo educativo em saúde é de responsabilidade, primeiro, da família, porém esta muitas vezes não dispõe de informações e conhecimentos nem de condições básicas para esse processo educativo, cabendo, portanto, aos profissionais de saúde assessorar a família, para que essa família possa formar uma consciência crítica das causas dos problemas e ao mesmo tempo criar condições para atuar no sentido das mudanças relacionadas a dinâmica familiar e individual com o objetivo de aquisição e desenvolvimento de práticas para a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da comunidade de que faz parte (PENTEADO; BICUDO, 1996).

“Educação é tarefa de todos os profissionais de saúde: insere-se em todas as atividades. Deve ocorrer em todo e qualquer contato Entre o profissional de saúde e a população, dentro e fora da unidade de saúde” (BRASIL, 1987).

A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou população-alvo a atingir, porém o contato pessoal e freqüente entre os membros da equipe de saúde e o indivíduo e sua comunidade é a maneira mais eficaz de ter sucesso. As mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrer como conseqüência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir; a educação em grupos tem um poder multiplicador do que se deseja ensinar, mas não substitui o trabalho individual, porém o reforça. O importante é que haja contato freqüente e que se estabeleça um quadro de confiança mútua e de comunicação (PINTO, 2000).

Sempre que viável deve-se formar grupos específicos para discutir questões de saúde em reuniões em que os participantes tenham a mesma finalidade; quase sempre os grupos são constituídos em função de problemas gerais de saúde ou de saneamento ou em ocasiões em que as dificuldades são o tema central do grupo, como as gestantes, puérperas, as pessoas com doenças em comum, as mães, os pais, os adolescentes, os escolares, os usuários de drogas, as gestantes adolescentes e nos conselhos locais e municipais de saúde (PINTO, 2000).

A importância dos padrões de autocuidado para a prevenção de doenças da boca foi estudada por TOMITA (2001), citando a relevância de programas e investimentos que busquem melhorias à atenção à saúde bucal para os jovens e adolescentes, sendo estes grande parcela da população brasileira. Quando os métodos educacionais são aplicados na forma de motivação, devem possibilitar aos escolares uma educação e entendimento sobre a saúde da boca, e se traduzir em mudanças efetivas quanto ao autocuidado, e provocar conseqüentes resultados satisfatórios sobre os níveis de saúde bucal.

A grande esperança de transformação para construir um novo modelo de práticas em saúde, está calcada na participação popular e nos diversos setores responsáveis pelo bem-estar e pelo desenvolvimento da comunidade. Para isso é preciso conquistar interfaces com setores que

entendem a saúde como produção social, como construção coletiva, conquistada cotidianamente (MAIA; ROCHA, 2002).

É preciso um novo modelo para a saúde atingir a todos, nesse aspecto surgem as ações do PSF, cada Unidade de Saúde da Família (USF) deve ser suficientemente equipada para prestar atendimento integral, contínuo e, acima de tudo resolutivo à população. Com isso, diminui a solicitação de exames desnecessários, e reduz-se a grande procura direta aos atendimentos de urgências e aos hospitalares. Nesse sentido, estabelecer interfaces entre as ações educativas desenvolvidas pela comunidade, Unidade Básica de Saúde, profissionais de saúde e as propostas do PSF, poderão trazer inúmeros benefícios à qualidade de vida das famílias (MAIA; ROCHA, 2002).

A educação em saúde bucal é de especial importância porque as duas doenças bucais de maior prevalência, a cárie e a doença periodontal, podem ser prevenidas através de estratégias que enfatizem a redução no consumo de comidas ricas em açúcar, o uso adequado de fluoretos, a adoção de práticas de higiene bucal (escovação dental e o uso do fio dental) e através da divulgação e da simplificação do saber é possível que os programas preventivos no âmbito da Odontologia tenham uma grande adesão da população. Para promover educação em saúde bucal, faz-se necessário a utilização de estratégias e métodos adequados de motivação e reforço das informações para que haja sedimentação dos conhecimentos adquiridos e a efetiva mudança de hábitos.

As atividades de educação em saúde foram planejadas com a formulação de um Programa de Promoção à Saúde Bucal.

2.5 AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O serviço público de saúde no Brasil é considerado, muitas vezes, ineficaz, moroso, sem resolutividade, mas se constitui num processo de lutas dos movimentos sanitários brasileiros. Torna-se necessário conhecer os momentos históricos que antecederam a aprovação da lei do Sistema Único de

Saúde (SUS) na Constituição brasileira para melhor vislumbrar o modelo de prestação de serviços de saúde e entender o SUS. Pois se sabe que o processo de construção do SUS é resultante de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos (CUNHA, 2001).

O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas da sociedade brasileira. Analisando sua trajetória, identificam-se quatro principais tendências na política de saúde no Brasil. A primeira foi denominada de **sanitarismo campanhista** porque tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até 1945. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de **transição** para o período seguinte, quando se consolida, até o início dos anos 1980, o **modelo médico assistencial privatista**. Segue-se o **modelo plural**, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o Sistema Único de Saúde (MENDES, 1996).

Século XIX até 1920 – **Modelo das campanhas sanitárias**

A vinda da família real para o Brasil no século XIX, trouxe a reprodução do sistema de saúde vigente em Portugal. No início do século XX (1889-1930), a economia brasileira esteve dominada por um modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira, e o que se exigia do sistema de saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis (sobretudo os portos) e a erradicação ou controle das doenças (que prejudicassem as exportações) e de condições sanitárias mínimas indispensáveis ao êxito da política de imigração, que pretendia atrair mão-de-obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista (MENDES, 1999).

As transformações vivenciadas nesse período provocaram alguns problemas como, por exemplo, as epidemias que dizimavam grande número de vidas e, principalmente, repercutem no modelo econômico exportador que estava se consolidando. O risco de contágio das doenças infecto-contagiosas

estava prejudicando o comércio, uma vez que diversos navios negavam-se a atracar em portos brasileiros para comprar o café e trazer os produtos industrializados dos países europeus e Estados Unidos. A imigração começou a diminuir, inclusive com indicações oficiais, por parte de países europeus, que seus membros evitassem vir para o Brasil. Esses problemas exigiram uma ação imediata que resultou na campanha de vacinação obrigatória e nos projetos de saneamento no Rio de Janeiro e no Porto de Santos (CEAP, 2003).

Organizou-se com base na preocupação de combate as epidemias e endemias, na salubridade das cidades, das águas, dos alimentos e dos locais de grande circulação de pessoas (ex: escolas, portos, entre outros), a luta era contra endemias para proteger a classe dominante, porém havia a exclusão dos pobres, que eram considerados carentes ou indigentes, na atenção básica.

A primeira regulamentação sanitária estabelecia as funções do cirurgião-mor e do físico (liberações de licenças, revalidação de diplomas, habilitações, fiscalização de boticas...); as câmaras municipais tinham o poder de determinar locais para construir fossas, limpeza ao redor das vilas, canalização de água, locais para confinamento de doentes contagiosos, leprosos...; houve importantes políticas de saneamento dos portos (exames de navios, das tripulações, quarentena de casos). Nesta época, houve o incentivo à criação de sanatórios e santas casas. E a primeira notícia de vacinação em 1798 (a vacina Antivariólica) descoberta por Jenner em 1796. A primeira República foi estabelecida logo após a Proclamação da República iniciou-se com a organização dos programas de saúde pública; uma figura importante foi Oswaldo Cruz (pesquisador do Instituto Pasteur/França) que comandava a Diretoria Geral de Saúde Pública e introduziu o modelo das campanhas sanitárias destinadas ao combate de endemias e epidemias urbanas e rurais; um modelo campanhista americano imposto a população de forma coercitiva.

Em 1904, promulga-se a lei da vacinação obrigatória contra a varíola. Nessa época as campanhas eram contra febre amarela, peste bubônica e varíola, assim como as medidas jurídicas impositivas, no que diz respeito à notificação de doenças, a vacinação obrigatória e a vigilância sanitária geral. Na realidade, a ação de saúde pública era de baixo patamar do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e

terapia das doenças acima referidas. Esse modelo vigorou até metade dos anos 60, inspirado na visão militarista, com forte concentração de decisões e estilo repressivo, sobre a população e grupos sociais organizados. As campanhas sanitárias tinham caráter militar⁶, as doenças e suas conseqüências eram organizadas fora do âmbito público; o Estado tinha atuações emergenciais, esporádicas de cunho campanhista; o financiamento era através do “socorro público” e as ações em saúde tinham caráter, verticalizado e centralizado no Estado.

Na área de assistência individual, as ações eram eminentemente privadas e a assistência aos que não podiam custeá-la (os indigentes) era praticada por entidades de caridade, geralmente as Santas Casas de Misericórdia.

Os interesses econômicos garantiram que a saúde fosse tratada como uma “questão de polícia”, para garantir os “interesses nacionais” (CEAP, 2003).

A Odontologia que era praticada nesta época limitava-se somente às extrações dentárias através de técnicas simples e rudimentares. Em Baltimore (EUA) surge no ano de 1840, a primeira escola de Odontologia do mundo o “Baltimore College of Dental Sugery” que serviria de modelo para as escolas de Odontologia do Brasil (ROSENTHAL, 1995).

As primeiras escolas de Odontologia são criadas nas cidades do Rio de Janeiro e de Salvador em conjunto com as faculdades de Medicina (ROSENTHAL, 1995).

Após a Proclamação da República (em 15 de novembro de 1889), as políticas de saúde se estabeleceram, voltadas a atender interesses políticos e econômicos, seja no saneamento de espaços economicamente importantes, seja na assistência à saúde, visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo (LOURENÇO, 2005)

⁶Consistia na interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, adotando um estilo repressivo de intervenção médica, tanto nos indivíduos como na sociedade como um todo (LUZ, 1995).

1920 a 1930 - Sanitarismo campanhista, Departamento Nacional de Saúde Pública e Lei Elói Chaves.

Deve-se considerar que desde o início do século, e neste período, as ações de caráter coletivo dispunham de instrumentos de intervenção mais eficazes que a assistência médica individual, para a qual a tecnologia não acumulara avanços suficientes. O sanitarismo campanhista continuava sendo a principal característica da política de saúde, tendo continuidade as iniciativas tomadas no período anterior. As ações de saúde se apresentavam em um modelo dicotômico determinado de um lado pela saúde pública de caráter preventivo e conduzido através de campanhas (é o auge do sanitarismo campanhista) e, de outro lado, a assistência médica de caráter curativo conduzida através de ações da previdência social (LOURENÇO, 2005).

A reforma Carlos Chagas (a reorganização dos serviços sanitários do país é uma prioridade nacional e para comandá-la, em outubro de 1919, Carlos Chagas é nomeado para a Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP); em janeiro de 1920, após intenso debate no Congresso Nacional, é aprovada a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Chagas assume a direção do novo órgão, acumulando-a com suas funções em Manguinhos) de 1923 tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central constituindo-se uma das peças de um movimento mais amplo por parte da União na busca de ampliação de seu poder nacional, no interior de uma série crise política deflagrada em 1922.

Com a reforma de 1923, cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (que visava preencher as funções de uma organização sanitária nacional e foi seguramente influenciado tanto pela crise do setor saúde, que a epidemia de gripe aprofundou, quanto pelo contexto de intensa revisão e debate dos compromissos públicos com a questão social) apontando em direção à centralização e da transformação da saúde como questão nacional, criado e comandado por Carlos Chagas. A interiorização das políticas de saúde pública visando o combate às endemias rurais - sobretudo à malária, à ancilostomose e à tripanossomíase americana – constituiu-se uma das

principais metas do DNSP e, para viabilizá-la, foram estabelecidos acordos com estados e municípios.

Em paralelo, regulamenta-se um conjunto minucioso de medidas referentes à higiene urbana. As políticas de saúde pública nesse período se mesclaram entre assistência médica e a previdência social (Medicina Previdenciária).

A segunda década do século XX trouxe mais transformações: a abundância de mão-de-obra e a dificuldade de importação em função da Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Isso impulsionou um embrionário processo de industrialização, ampliando a urbanização e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de uma classe operária influenciada pelas teorias anarcosindicalistas que passaram a exigir melhorias nas condições de trabalho. Eclodiram diversas greves em 1917, 1918 e 1919 que, embora reprimidas, possibilitaram avanços nas conquistas de direitos. Uma dessas conquistas resultou na lei que criou as Caixas de Aposentadorias e Previdência (CEAP, 2003).

Com a lei Elói Chaves⁷ criam-se as Caixas e Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se constituíram no embrião do seguro social no Brasil, surge assim a assistência previdenciária.

Esta Lei cria, em cada uma das empresas de estrada de ferro, uma caixa de aposentadoria e pensões (CAP), que eram fundos constituídos nas fábricas (CEAP, 2003), para os respectivos empregados e seus dependentes contemplando-os com os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (corresponde a atual aposentadoria por tempo de contribuição), a pensão por morte e assistência médica.

⁷O Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, na verdade a conhecida Lei Elói Chaves (o autor do projeto respectivo), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária, o artigo 9, que definia os benefícios concedidos apresentava na sua lista, além dos benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) a prestação de serviços médicos e farmacêuticos, que eram estendidos a todas as pessoas de sua família que habitassem sob o mesmo teto e sob a mesma economia (LEVY-COPELLO, 1996). É considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita (ANEXO 5).

As CAPs eram financiadas de forma tripartite, pela União, pelas empresas empregadoras (1% de sua receita bruta) e pelos empregados (3% do salário mensal).

Estas caixas eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluía muitos segmentos da população. Embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas não permitia ao governo monitorar seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha (anos 20), quando o Estado era desprovido quase totalmente de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil. Portanto, de 1920 a 1945 a saúde era um privilégio do trabalhador, surgindo também à previdência social (CUNHA, 1996).

O objetivo era garantir a aposentadoria dos contribuintes e, gradativamente, desenvolver ações em saúde. A constituição das CAPs se dava nas empresas que tinham um número maior de empregados. Eles conseguiram constituir maior pressão e força de reivindicação (CEAP, 2003).

As principais características da CAP foram:

- prestar socorro médico ao trabalhador e sua família (pagamento de profissionais da saúde credenciados);
- fornecer medicamentos a preços subsidiados;
- pagamentos de aposentadorias e pensões;
- assistência ao segurado de trabalho (garantia de seguro social).

Posteriormente (1926) os benefícios da lei Eloy Chaves foram estendidos aos empregados das empresas portuárias, de serviços telegráficos, de água, energia, transporte aéreo, gás, mineração, entre outras. No total foram 183 CAPs que, mais tarde, foram unificadas na Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Algumas CAPs incorporaram algum tipo de assistência odontológica aos seus beneficiários, surgem os consultórios junto aos órgãos de assistência médica que ofereciam atendimento emergencial. Este tipo de benefício é resultado das pressões dos trabalhadores e da conscientização dos empregadores da necessidade de que manter a saúde dos trabalhadores era fundamental para o processo produtivo (ABREU; WERNECK, 1998). CUNHA

(1952 apud RONCALLI, 2000) cita a atuação da odontologia nas Santas Casas de Misericórdia na década de 80 como um serviço destinado à realização de extrações dentárias.

De acordo com CARVALHO; LOUREIRO (apud RONCALLI, 2000):

“... pode-se dizer que a primeira evidência de participação da Odontologia na saúde escolar tem, como data, o ano de 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo, as quais, anos depois, se transformaram na Associação Paulista de Assistência Escolar, mantendo sete consultórios em escolas públicas” (CARVALHO; LOUREIRO, 1997).

Esse período se caracterizou por profundas mudanças na economia: onde Getúlio Vargas estava no poder como presidente da república, houve a quebra da bolsa de Nova York, a crise do café e como consequência a desvalorização, o que causou o deslocamento da economia para os centros urbanos onde os trabalhadores eram assalariados nos setores de transporte e indústria. Foi marcado por uma grande mudança na estrutura política e econômica do Brasil. O poder dos grandes oligarcas e coronéis foi substituído por um processo de centralização política. A economia agro-exportadora do café aos poucos foi dando lugar a um processo de diversificação econômica e de industrialização. Getúlio Vargas buscou dar sustentação ao seu novo regime político através de uma aproximação com o movimento sindical e com as classes operárias. Entre as medidas tomadas com esse intento estão a criação das leis trabalhistas, o atrelamento do movimento sindical do governo e a criação do Ministério da Saúde e do Trabalho. Isso significava avanços de direitos para classe trabalhadora, mas também a qualificação da mão-de-obra necessária à industrialização (CEAP, 2003).

Portanto, nas primeiras três décadas do século XX, podemos identificar a constituição de duas linhas de ação das políticas de saúde, de um lado a atenção primária, saneamento e vacinação para combater e evitar novas epidemias e, por outro, a atenção a grupos operários que conseguiram contribuir para a constituição de uma previdência. Grande parte da população continuava dependendo da caridade e da ação dos curandeiros (CEAP, 2003).

De 1930 a 1968 – Ministério da Educação e Saúde e INPS

São desta época a organização da campanha contra a tuberculose, em 1936, a realização de ações concentradas no combate às endemias rurais e a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), mantido, à época pela Fundação Rockefeller, mas dentro da política ministerial (CORDONI, JR, 1979).

No período de 1930 a 1968, houve o início da formação da política nacional de saúde, onde se iniciou o processo de industrialização e com ele, ocorreu a aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, entre outros.

Em 1933 surge uma nova estrutura previdenciária, com a unificação das CAPs que foram transformadas em IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões), organizados por categoria profissional que constituíram-se em autarquias, viabilizando uma maior subordinação dos recursos ao Estado, portanto, era controlado pelo Estado⁸.

A unificação não foi nada mais do que aglutinar, em um único instituto, todas as CAPs de uma mesma categoria profissional que antes eram organizadas por empresas. Isso permitiu uma maior centralização dos recursos e, teoricamente, maior homogeneização dos serviços uma vez que as empresas maiores (sua arrecadação e seus serviços) seriam padronizados com as menores, porque os recursos iriam para o mesmo caixa (CEAP, 2003).

Nesse período as IAPs aumentaram sua arrecadação constantemente em função do número de empresas de cada setor e do número de operários que crescia aceleradamente (CEAP, 2003).

Nos anos 40 foi criado o último desses institutos - o dos servidores do Estado. A partir daí, identificou-se uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois sub-setores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária.

⁸Torna-se necessário definir: Estado, é a expressão maior de organização política da sociedade e tem como função promover o bem comum; Governo compreende um conjunto coordenado de pessoas que controlam os cargos de decisões políticas e que fornecem direção ao estado em um dado momento.

Os recursos acumulados pelos IAPs (dinheiro dos trabalhadores) permitiram ao governo o financiamento do crescimento industrial, como a viabilização de Volta Redonda e a Usiminas (CEAP, 2003).

Além de representarem uma modernização, transportaram uma estrutura que era da sociedade civil para o interior do aparelho de Estado. O que ocorreu foi um controle progressivo por parte do Estado na gestão das instituições previdenciárias, passando o presidente dos institutos a ser nomeado pelo Presidente da República (em seu discurso Getúlio Vargas fala ao povo que o IAP teria a presidência uma pessoa de sua maior confiança, nomeado assim pelo governo).

Os representantes dos empregados e empregadores passaram a serem indicados pelos respectivos sindicatos, e não mais escolhidos por eleição direta. Também com relação ao financiamento houve mudança, sendo instituída a participação do Estado, além da dos empregados e empregadores, e os recursos ficaram centralizados nas mãos do Estado.

Esse processo de centralização do poder é coroado com a criação do Ministério do Trabalho em 1930. Os vultosos recursos acumulados sob o controle do Estado tornaram-se importantes para viabilizar o projeto político-econômico do novo regime: a industrialização (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Foi um período populista, iniciado por Vargas (1930 a 1940), das Políticas Sociais (Previdência e Saúde). Uma estratégia de incorporação de segmentos da classe média e de trabalhadores urbanos a “cidadania”. A política de saúde passa por um processo de centralização com a criação do Ministério da Educação e da Saúde (1930) com redução da autonomia dos diversos estados.

Surge a grande divisão ideológica entre o sanitarismo-campanhista⁹ e o curativista-privatista¹⁰.

⁹Campanhista: abordagem coletiva, baseada no poder do médico em interferir na vida das pessoas, famílias e comunidades, policialesco. Onde a missão do médico era contribuir pela construção de um Brasil sadio e forte.

¹⁰Privatista: discurso curativista-privatista privilegia abordagem individualista dos problemas de saúde, estabelece tratamento individualizado; modelo vigente atualmente inclusive no Sistema Único de Saúde.

Durante os anos 40 e 50, a assistência médica prestada pelas CAPs e IAPs aos trabalhadores formais foi a única disponível. Poucos eram os Estados e Municípios que dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de sua população.

Alguns estabelecimentos filantrópicos mantinham cuidados à saúde para famílias pobres e indigentes. O Ministério da Saúde, por sua vez, tinha alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria.

A assistência médica prestada pelos IAPs apresentava alguns problemas como a exclusão. Muitos trabalhadores formais, bem como os rurais e os do setor informal urbano, não pertenciam a ramos de atividade ou categorias profissionais cobertas pelos IAPs e pela estrutura remanescente das CAPs. A exclusão e outras deficiências levaram à unificação das estruturas de assistência médica dos IAPs, discussão iniciada nos anos 50 e consumada pela Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960. As dificuldades para a unificação dos IAPs decorreram de compromissos assumidos pelos presidentes Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek e João Goulart com os sindicatos que dominavam a estrutura administrativa desses institutos

Em 1942, como esforço de guerra, foi criado o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), com cooperação do governo dos Estados Unidos (EUA), que tinha como objetivo organizar e operacionalizar as ações de saúde em áreas de matérias primas estratégicas (como a borracha) (LOURENÇO, 2005).

Em 1953 cria-se o Ministério da Saúde, que possuía pouca ação executiva (que na prática apenas incorporou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde), realizava campanhas e surgiram os postos de saúde.

No período de 1930 a 1964 houve muitas mudanças, foi um período marcado pelo êxodo rural e aceleração da industrialização.

De 1945 a 1966 (pós-guerra) houve um aumento de desemprego, agravando-se assim as condições sociais do Brasil, portanto o aumento de gastos nas áreas sociais e a previdência passam a ter magnitude (passa a ser um mecanismo de controle dos trabalhadores, através da política compensatória), é a época do estabelecimento do salário mínimo e da jornada

de trabalho. Como medida preventiva para manter a saúde continuou-se a prática das campanhas, sendo criado vários serviços de combate às endemias.

A atenção ao combate às epidemias continuou, principalmente durante a Segunda Guerra Mundial, através dos Serviços Nacionais de Prevenção. Entre suas ações destaca-se o combate à malária na região amazônica (essa epidemia prejudicava a extração da borracha/látex usada pelos EUA na Segunda Guerra Mundial). Contudo, a concentração de recursos passou a localizar-se nos institutos de Previdência aos quais só os contribuintes tinham acesso (CEAP, 2003).

Na área de saúde bucal, houve a assistência aos escolares, temos o relato dos serviços realizados no estado de Minas Gerais:

... "já em 1938 se tinha, em Belo Horizonte, um serviço instalado em um Grupo Escolar e, no final dos anos 1940, com a criação o Departamento de Assistência à Saúde, se tem o primeiro registro de um serviço público odontológico em Minas Gerais" (WERNECK, 1994 apud RONCALLI (2000).

Em vários países da Europa desenvolve-se a concepção do "Estado do Bem-Estar Social" ou "Welfare State", com aumento significativo de gastos estatais nas áreas sociais. No Brasil os técnicos da Previdência não ficaram imunes a esta reorganização da política social internacional, e, atendendo também aos interesses populistas de Vargas, começaram a formular um modelo alternativo de seguridade social. A Previdência passa a ter importância muito grande e serviu de instrumento político eleitoral do Governo.

Assume maior importância às doenças de massa, que resultam ou são agravadas pelas condições de vida e de trabalho, em lugar das doenças pestilências, que atingem a todos, independentemente de suas condições (CORDONI JR, 1979).

Em meio ao crescimento industrial e às influências externas, ocorre a adoção do modelo neoclássico de saúde sustentado pelo grande desenvolvimento químico-farmacêutico e pela grande quantidade de equipamentos de diagnóstico. Grandes hospitais são construídos, volumosos investimentos em equipamento e na indústria farmacêutica são sustentados pela compreensão que a atenção à saúde deveria receber um tratamento como

qualquer outro setor da produção industrial. Esse processo teve grande investimento dos IAPs, (dinheiro dos trabalhadores) que cresciam e aumentavam proporcionalmente ao aumento das indústrias e dos operários que contribuía com seus institutos. A saúde passa a ser vista como um investimento industrial, como tal, deveria ser tratada com injeção de capital e com tecnologias externas, tendo a garantia de produção de taxas excedentes (lucro) que justificassem os investimentos (CEAP, 2003).

O modelo hegemônico passa a ser **médico-assistencial privatista** que vigorou dos anos de 1960 até meados de 1980; segundo Oliveira e Teixeira (1986) as principais características foram: privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração de lucro. Vigorava o modelo médico assistencial, baseado em ações curativas, que não beneficiavam toda a população, pois somente os trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) contribuía para a Previdência Social e poderiam dispor desta assistência.

De 1946 a 1964, com a industrialização acelerada do país, a saúde do trabalhador continuou como prioridade na Saúde Pública (CUNHA, 1996). Com a política privatizante pós 64, houve a transferência de recursos previdenciários para as empresas médicas; em 1969 cerca de 90% dos recursos previdenciários já eram comprados de terceiros e transferidos em sua maior parte (cerca de 75%) às empresas médicas e aos hospitais privados, a expansão da rede hospitalar privada com recursos da previdência e um sistema previdenciário constituído pelo fundo financeiro estatal que atuou como fonte e recursos transferidos para o setor privado.

Em 1964 ocorre o golpe militar¹¹, a ditadura militar¹² e com ela o “Milagre Econômico”. O contexto político da época era caracterizado pelo

¹¹O início da década de 60 foi marcado por insatisfações populares. Em 1964, acirra-se o impasse entre as necessidades políticas de entendimento das demandas colocadas pelos trabalhadores, e a impossibilidade de contemplá-las no modelo de acumulação capitalista adotado. É neste contexto que se concretiza o golpe militar, que centralizava fortemente o poder na esfera do governo federal (ANDRADE, 2001).

¹²1964 a 1980 - Período da ditadura militar, onde havia a cobertura de assistência somente aos segurados do INPS, nesse período houve o aumento da contratação de empresas privadas (hospitais, ambulatórios...), o que levou a uma corrupção muito grande.

autoritarismo, repressão política, censura à imprensa, sendo estas evidenciadas, por exemplo, através de pessoas que eram cassadas (NASCIMENTO, 2006).

Os militares assumem o poder para romper com um período de grande pressão popular que pretendia promover reformas sociais (agrária, educacional, urbana) para tornar o Brasil mais justo. Entre as grandes reformas pretendidas estava a da saúde, defendida e delineada na 3ª Conferência Nacional de Saúde realizada entre 09 e 15 de 1963. Ela sustentava duas teses fundamentais e que embasaram o SUS: a defesa da saúde para todos e a municipalização como o caminho (CEAP, 2003).

Em contraposição, após o início da ditadura militar, em março de 1964, as políticas tomam outros rumos. As políticas desenvolvidas pelos militares vão reforçar o modelo de saúde capitalista que priorizou os hospitais, os remédios e reforçou o modelo de atendimento somente a quem contribuía com a previdência (CEAP, 2003).

A Saúde pública era posta em questão devido a altas taxas de morbi-mortalidade. Na Previdência Social, o Estado passou a ser o gerenciador do sistema de seguro social. Houve a vinculação de interesses do capital nacional e estrangeiro e das alíquotas de contribuição.

O golpe militar e o governo autoritário que se instituiu criaram condições propícias para alterar o sistema de previdência social e assistência médica até então reinante.

Em 1967, no bojo das reformas administrativa, fiscal e financeira, foi feita também a reforma previdenciária, a intervenção do Estado nos IAPs, sob o argumento de obter racionalidade financeira (os trabalhadores e demais segmentos da sociedade perdem sua representação), culmina na unificação dos cinco dos seis IAPs num único instituto - o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O sobrevivente Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado (IPASE) foi extinto nos anos 80 e suas estruturas de assistência médica incorporadas ao INPS. Os trabalhadores e demais segmentos da sociedade perdem representação (COHN; ELIAS, 2001, OLIVEIRA; SOUZA, 1998). Está assim estabelecido o modelo brasileiro de seguro social e prestação de serviços médicos. Somente tinham direito aos

benefícios os trabalhadores que tinham carteira assinada e contribuíam para a previdência (OLIVEIRA; SOUZA, 1998).

Foi quando se consolidou o momento institucional do modelo médico-assistencial privatista, os trabalhadores formais e seus dependentes eram atendidos. O INPS passa a gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência dos trabalhadores. Houve um aumento das arrecadações e, portanto, um aumento do orçamento nacional. É abolida a participação dos trabalhadores e empregados (IAP e CAP) da gestão previdenciária. Concomitantemente a esta exclusão, cresce a influência junto à direção da previdência principalmente por parte de 3 grupos: a indústria farmacêutica, a de equipamentos médicos-hospitalares e os proprietários de hospitais (CORDEIRO, 1980).

O INPS passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, que contribuíam na época com 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas, independentemente de ramo de atividade ou categoria profissional. Também passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica). Essa extensão de cobertura trouxe problemas para as instituições de assistência médica da previdência social, dado que os estabelecimentos dos antigos IAPs não davam conta dessa nova clientela do INPS. Foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência, como também contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processos de compra e venda de serviços médicos por unidade de serviço (US), passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS.

No início da década de 50, têm - se a criação do subsetor odontológico ligado ao Ministério da Saúde (MS) e com forte influência do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), sendo as principais ações do subsetor: o projeto de fluoretação das águas de abastecimento público que teve o seu marco experimental em 1953 na cidade de Baixo Guandu (ES) e a introdução do Sistema Incremental (SI) para escolares (CHAVES, 1986, ABREU; WERNECK, 1998).

O modelo de assistência odontológica do SESP (o Sistema Incremental) é considerado como o primeiro sistema público organizado do país, se manteve hegemônico por mais de 40 anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em Odontologia. Apesar de não ter sido proposto apenas para clientela escolar, esteve sempre voltado para este público devido às facilidades de intervir nestes espaços (escolas), devido à ênfase epidemiológica nesta faixa etária, além da influência norte-americana de saúde escolar (CHAVES, 1986, ABREU; WERNECK, 1998, RONCALLI, 2000, NARVAI, 2002). O Sistema Incremental (SI) foi definido por PINTO (1989) como:

“O método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas. O SI é difásico apresenta uma ação horizontal através de um programa preventivo para controlar a incidência dos problemas e uma ação vertical através de um programa curativo solucionando os problemas prevalentes e um programa educativo que fornece apoio a estas ações”.

De 1968 a 1980 – **Modelo médico assistencial-privatista, ditadura e o movimento sanitário brasileiro**

A partir de 1964 o país viveu o período da ditadura militar, marcado por atos institucionais e por outros decretos presidenciais de cunho autoritário, que alteraram a Constituição no que diz respeito a direitos de cidadania, informação, organização social e política (ANDRADE, 2001).

Entre 1968 e 1980 ocorreu a expansão do investimento e da garantia da demanda pelo setor público, sendo que o setor privado atrelado ao Estado expandiu-se fortemente na década de 70. Foi uma década marcada também pelo aumento da assistência hospitalar privada e pelo financiamento da Previdência Social. A desigualdade no acesso quanti e qualitativo entre as diferentes clientelas foi a universalização excludente (somente as pessoas que possuíam meios de pagar o tratamento eram atendidas), veio consolidar-se na década de 80.

O setor privado, por sua vez, com exceção do filantrópico, calcado nas Santas Casas e hospitais ligados a ordens religiosas, não contava com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Seria necessário ampliar esta rede para dar conta da nova demanda governamental. Boa parte da expansão desta rede foi financiada com recursos públicos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974 e formado por recursos das loterias federal e esportiva, bem como por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF).

Em meados da década de 70, inicia-se o movimento pela reforma sanitária, liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva que clamavam, em conjunto com a população, por políticas mais universalistas em contraponto ao modelo de desenvolvimento adotado pelo regime militar que concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e conseqüentemente adoecia a população; surgem os departamentos de medicina social e preventiva nas universidades; inicia-se a discussão da APS (Atenção Primária a Saúde), sistematizado pelo congresso de Alma Ata promovido pela OMS – “Saúde para todos no ano 2000”. Houve o início da abertura política, por meio de eleições, possibilitando a reorganização de movimentos sociais, destacando-se o Movimento Sanitário: esta foi uma forma dos profissionais da saúde denunciarem as repercussões do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde existente na época (DIAS, 2006). Este movimento foi divulgando suas idéias e incorporando aliados como lideranças políticas, sindicais, lideranças populares, parlamentares e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que administrava e recolhia recursos; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciária (CRUZ, 2004).

O processo consolidou-se, em 1976, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do seu instrumento financeiro, o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS).

De todas essas instituições, duas formavam o subsistema de assistência médica no âmbito da Previdência Social: o INAMPS¹³ e a CEME, destinada a centralizar as compras e distribuição de medicamentos para as instituições que cuidavam da assistência médica da previdência social.

Neste período houve uma expansão da assistência odontológica crescente no setor estatal:

“A expansão das medidas odontológicas na Previdência atingiu nos anos 70 um forte ritmo de crescimento quando foi favorecida pela expansão das bases orçamentárias do Estado (especialmente nos fins dos anos 60 e início dos 70)... Seja através dos serviços próprios, ou principalmente da compra dos serviços de terceiros (utilizando convênios e credenciamentos), a Previdência financiou um aumento significativo da oferta odontológica. Quase que invariavelmente, estes serviços apresentavam um baixíssimo nível de qualidade e de altíssimo grau de mutilação” (ZANETTI, 1993).

O atendimento oferecido era de livre demanda e reproduzia em nível público a Odontologia de mercado. Entretanto, na esfera pública a prática era empobrecida com serviços de má-qualidade (ZANETTI, 1993).

No período de 1964 a 1974, foram criados programas do governo visando desenvolver e expandir as ações de saúde como o aumento do número de leitos hospitalares, laboratórios e serviços privados (CUNHA, 1996).

As condições econômicas e a base de sustentação política do denominado modelo médico-assistencial privatista dos anos 70 dava sinais de esgotamento pela acentuada elevação dos custos da assistência médica e pela recessão econômica.

¹³O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. A Lei Federal nº 8.689, de 27 de julho de 1993 dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Com a Conferência de Alma-Ata, em 1978, onde se discutiu sobre Assistência Primária a Saúde¹⁴ (APS), houve a declaração que elegeu a APS enquanto estratégia de planejamento, funcionamento e programação dos serviços de saúde, tendo como objetivos: “Saúde para todos no ano 2000”.

As propostas vigentes na década de 70 voltadas à atenção primária de saúde e às tecnologias apropriadas resultaram em rápida obsolescência por não reconhecerem a lógica da incorporação das inovações nas práticas de saúde. Ao deixar de identificar que os processos de globalização, de integração competitiva dos mercados e de rápida difusão das informações científicas e das novas técnicas estavam transformando, também, os processos de trabalho em saúde, as propostas de tecnologias simplificadas, foram confundidas com uma postura de simples redução de custos de uma “medicina pobre para os pobres” (CORDEIRO, 1996).

O marco referencial do Movimento Sanitário se daria em 1979 no I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. O Movimento pela Reforma Sanitária representado pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) apresentou e discutiu publicamente um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de Sistema Único de Saúde, que seria nacional, de natureza pública, universal e descentralizado (RONCALLI, 2000).

“Em fins dos anos 70, têm - se um agravamento da crise brasileira com a falência do modelo econômico do regime militar. A política de saúde praticada pouco fez para alterar o quadro sanitário das décadas anteriores. O setor sofria de falta de planejamento, descontinuidade dos programas, problemas de caixa e envolvimento em esquemas de corrupção e desvio de verbas, além da ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população (OLIVEIRA & SOUZA, 1998; COHN & ELIAS, 2001; BERTOLLI FILHO, 2001; RONCALLI, 2003)... Enfim, havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo. Ocorre que os anos anteriores de absoluta anuência do governo com o capital privado criou uma rede de influências que não era fácil quebrar. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) ainda defendiam com unhas e dentes o modelo que tantos lucros lhe geravam” (OLIVEIRA; SOUZA, 1998).

¹⁴Assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitas, posta ao alcance dos indivíduos, famílias e comunidades, mediante plena participação, a um custo que o país possa suportar (OMS, 1978).

Segundo NARVAI (2002), durante a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em 1980, um grupo de debates foi encarregado de analisar e oferecer sugestões quanto a participação da Odontologia nos serviços básicos de saúde classificando o modelo da prática com as seguintes características: ineficaz, ineficiente, descoordenado, com má distribuição, de baixa cobertura, de alta complexidade, com enfoque curativo, de caráter mercantilista, de caráter monopolista e inadequado no preparo dos recursos humanos.

A estrutura previdenciária permaneceu praticamente inalterada até meados dos anos 80 e a ela se somavam os subsistemas compostos pelo Ministério da Saúde e pelos Estados e Municípios. Com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou a unificação formal de algumas destas estruturas. O SUS incorporou os hospitais universitários do Ministério da Educação e as redes públicas e privadas conveniadas de saúde nos Estados e Municípios, formando um sistema que, teoricamente, tem abrangência nacional.

1980 a atualidade – **Reforma Sanitária, Modelo Plural, INAMPS, SUDS e SUS.**

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), cujo objetivo era a análise do sistema com vistas à racionalização de recursos e à revisão política de assistência médica hospitalar do INAMPS.

Os anos de 80 a 84 foram marcados pela crise na Previdência Social, e de 84 a 90 algumas ações foram desenvolvidas para implantação do SUS (CUNHA, 1996). Aparecem sinais de esgotamento, a Previdência começa a “envelhecer” e gasta o dinheiro que não tem.

Em 1983 a sociedade civil reivindicou: novas políticas sociais que assegurassem plenos direitos à cidadania, inclusive direitos à saúde. Este movimento ficou conhecido como movimento da Reforma Sanitária, no ano de 1986 com a intensificação do Movimento Sanitário foi convocada a VIII

Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), visando discutir a nova proposta de política de saúde para o país. Como resultante deste encontro, surgiram propostas de reformulação do sistema nacional de saúde, sendo documentadas e conhecidas como o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (DIAS, 2006).

A VIII CNS é considerada um marco na história da saúde pública no Brasil por ter sido realizada com ampla participação popular e ter consolidado em seu relatório final, as propostas do Movimento pela Reforma Sanitária (o projeto de Reforma Sanitária, influenciou o Executivo e o Legislativo), que seriam a base para um novo modelo de organização em saúde denominado de “Sistema Único de Saúde” (SUS).

“A Oitava Conferência é, hoje, considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário. Com uma ampla participação (cerca de 5.000 pessoas entre trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que deveria ser defendida na Constituinte” (OLIVEIRA; SOUZA, 1998).

A reforma sanitária brasileira na fala de Sérgio AROUCA (médico e um dos grandes nomes da liderança pela reforma sanitária brasileira): “A Reforma Sanitária Brasileira não nasce de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasce da defesa de valores como a democracia direta, o controle social, a universalização de direitos, a humanização da assistência, tendo como concepção o fato de que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito. A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório ...”. (11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 15 de dezembro de 2000. BRASIL, 2000a).

Em um contexto em que a liberdade de expressão, própria de um estado democrático, foi suprimida no Brasil com o golpe militar de março de 1964 e que começou a ser reconquistada no final dos anos 70, tomava forma o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (NARVAI, 1997).

Este evento, historicamente caracterizado como movimento político-sanitário, foi de grande importância no cenário nacional, devido ao seu caráter democrático, com participação de milhares de delegados,

representando usuários, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, universidades, parlamentares, organizações não governamentais, entre outras entidades da sociedade organizada.

A Reforma Sanitária ocorreu no período: da segunda metade dos anos 70 (anos Geisel) até 1988. O que a antecedeu foram: a organização da prática médica orientada pela lucratividade, mercantilização da medicina e compra de serviços dos prestadores privados; as práticas médicas curativa, individuais, especializadas e sofisticadas que não melhoravam os quadros da morbi-mortalidade; falta de cuidados preventivo coletivo; a ausência de critérios para compra de serviços hospitalares; inovação tecnológica de alto custo e o alto grau de centralização e fragmentação das ações.

Na década de 80 houve a crise financeira da previdência social; houve um processo de redemocratização da sociedade brasileira com a cobrança de dívida social acumulada (justiça social e melhoria da qualidade do serviço público); houve a influência marxista: "Estado não é mais o comitê da burguesia, mas a arena de lutas crivadas por contradições".

As lutas pela Reforma Sanitária ocorrem em países desenvolvidos retardatários, onde as demandas emergentes do processo de industrialização não foram enquadradas em padrões sociais (*Welfare State*). A Nicarágua, Itália, Espanha, Portugal entre outros; e estavam associados a um contexto de democratização e a emergência das classes populares como sujeitos políticos.

O Movimento Sanitário foi um movimento que reuniu intelectuais, profissionais da área da saúde, organizações, associações, tendo como referencial ético à saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e a equidade. Para tanto, o movimento apresentou um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma Reforma Sanitária (VAITSMAN, 1989).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde discutiu-se que: "Saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação,

educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

O resultado central da VIII Conferência de Saúde se deu por fortes momentos de pactuação política que permitiu a formatação do Projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. Além destes aspectos, esse evento teve como desdobramento prático o desenvolvimento de trabalhos técnicos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que influenciaram de modo importante os processos iniciados em 1987, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde com a criação do SUDS e a elaboração da nova constituição (NARVAI, 1997; WESTPHAL, 2001; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Por se tratar de um momento privilegiado de discussões e pactos, a Assembléia Nacional Constituinte acolheu de forma favorável às deliberações da VIII CNS. O texto final da Constituição (BRASIL, 1988) incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde que estão expressos nos artigos 197 a 200 (ANEXO 1), de modo a contemplar a universalização do acesso, a integralidade das ações e a equidade como princípios doutrinários do sistema de saúde. Isto seria viabilizado a todos os cidadãos do país por meio dos princípios organizativos do sistema de saúde, a descentralização, a hierarquização e o controle social do SUS (UNFER, 2000).

Com o avanço obteve-se a saúde como um campo privilegiado para construção de alianças policlassistas, de luta pela hegemonia “democratizar a saúde como parte da estratégia maior de democratização da sociedade (DÂMASO, 1995)”, e o princípio de “Saúde: como direito de todos e dever do Estado” um atendimento universal em contraposição ao modelo da medicina previdenciária e o papel do Estado na garantia da saúde (de executor preferencial, de regulamentador e financiador do SUS)

As diretrizes da reforma sanitária foram:

- No setor público, como principal executor da política de saúde (mas com serviços complementares, preferencialmente os filantrópicos);
- A introdução de mecanismos de planejamento na administração dos serviços (distribuição mais eqüitativa dos recursos);
- As perspectivas de co-gestão e
- A participação dos profissionais e da população no controle da gestão e na qualidade dos serviços.

Os desafios foram e ainda são: a criação de uma nova instituição da sociedade na área da saúde implica tanto a mudança na forma como a sociedade compreende e deseja que seja resolvida a questão da saúde, como mudança nos valores e normas que norteiam a atividade dos profissionais da área (GALLO; NASCIMENTO, 1995).

Pode-se afirmar que a atuação do movimento sanitário conseguiu dar um caráter modernizador à política de saúde tanto dos setores público quanto no privado, que houve um aumento da atividade privada sem financiamento público (convênio-empresa e seguro-saúde) e a utilização do setor público com fins lucrativos.

Na agenda da reforma sanitária, o uso de tecnologias eficazes e seguras, articulado a sistemas de referência e contra-referência, regionalizados e hierarquizados, faz parte da nova racionalidade do Sistema Único de Saúde para que se possa universalizar o acesso aos serviços de saúde a custos compatíveis com os gastos públicos e privados do país (CORDEIRO, 1996).

Na saúde há uma grande mobilização no sentido de reorganizar e ampliar as ações básicas, como estratégia de substituição do modelo hegemônico de organização do cuidado à saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento especializado e complexo (MELO, 2004).

Em junho de 1987 (decreto presidencial), houve a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que avançou para a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços, reforçou a descentralização e hierarquização, a nível federal (a regulamentação, a supervisão) e a transferência das unidades do INAMPS. O SUDS representou um rearranjo institucional, objetivando a universalização do

atendimento, com redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social.

As crises do Estado brasileiro, as políticas de ajuste econômico e o déficit público contribuíram para prolongar a difícil implantação do SUS e para dificultar que os princípios da Constituição-Cidadã (por apresentar conquistas sociais consideradas avançadas para aquele momento, proporcionava a todos os brasileiros, indistintamente, um resgate da dignidade no setor saúde ao garantir -a todos- o direito a serviços de saúde que saíssem do papel para que inspirassem leis, normas e, principalmente, orçamentos que viabilizassem o pleno desenvolvimento da reforma sanitária). Avanços e retrocessos foram pontuando as políticas nacionais de saúde e criando situações contraditórias para estados e municípios relacionadas à descontinuidade no processo de descentralização (CORDEIRO, 1996).

Segundo COSTA (2002), as políticas orientadas para a mudança no sistema de saúde ocorreram em três fases: a primeira no final do regime militar em período de grande recessão da economia com a implantação das Ações integradas de Saúde (AIS), em 1983, que buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica. A segunda foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que iria transferir recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde. Esta proposta sofreu grande pressão das empresas de medicina de grupo que se sentiam ameaçadas pela redução de repasses de recursos públicos. Por outro lado, o SUDS também estava sujeito a manipulações políticas dos Governos Estaduais e Municipais, além de fraudes e desvios dos recursos. O terceiro e definitivo passo foi a promulgação da Constituição em 1988 que, incorporando as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, daria seqüência à descentralização iniciada pelas AIS e pelos SUDS, transferindo aos municípios a responsabilidade pelas ações em saúde (LOURENÇO, 2005).

O SUS (FIGURA 2) foi criado pela Constituição Federal de 1988 (artigos 196 e 200 – ANEXO 1) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS – nº 8.080) em 1990 (ANEXO 2), com os princípios e diretrizes: de universalidade, equidade (a equidade em Saúde ganha destaque no início da

década de 80, segundo WHITEHEAD em 1992, a equidade é a igualdade em saúde e implica idealmente que todos devem ter uma oportunidade justa de atingir seu completo potencial de saúde e, mais pragmaticamente, que ninguém deve estar em desvantagem para atingir esse potencial que é uma diretriz da política de saúde) e integralidade; gratuidade, participação social, descentralização, regionalização e hierarquização. A Saúde como direito do cidadão e dever do Estado; saúde como um direito social universal a ser garantida pelo Estado.

A nova Constituição Brasileira, incorporando grande parte dos conceitos e propostas definidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, adotando então, a proposta da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS) (DIAS, 2006). A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, direito de cidadania e dever de Estado e parte da seguridade social, cujas ações e serviços devem ser promovidos por um Sistema Único de Saúde. É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas sim um Sistema (conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum). Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal sistema foi organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária (BRASIL, 1990c).

O SUS é um sistema plural de saúde que engloba o subsistema de desembolso direto, subsistema de atenção médica supletiva, subsistema público.



Figura 4 – Estrutura Institucional e decisória do SUS
 Fonte: BRASIL, 2006a.

O Sistema Único de Saúde prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários (RONCALLI, 2000).

Os Princípios Doutrinários do SUS são (BRASIL, 1990c):

1. UNIVERSALIDADE – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

2. EQÜIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

3. INTEGRALIDADE - É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam

também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Os princípios que regem a organização do SUS, os princípios Organizativos (BRASIL, 1990c):

1. REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, os quais devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, a referência e a contra-referência.

2. RESOLUBILIDADE - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

3. DESCENTRALIZAÇÃO (descentralização político-administrativa) - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

4) PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS (participação popular) - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

5) COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO – Segundo o Ministério da Saúde, quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados deve-se ocorrer sob três condições: celebração de contrato onde o interesse público deve prevalecer sob o particular; a instituição privada deve estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS e a integração dos serviços privados deverá ser na mesma lógica organizativa do SUS. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

A consolidação do SUS se deu através de legislação pertinente: Constituição Federal de 1988 (ANEXO 1), das Leis 8.080 (ANEXO 2) e 8.142 (ANEXO 3) de 1990, da seguridade Social e da extinção do INAMPS em 1993.

A LEI 8080/90 dispõe sobre: Saúde como direito fundamental.e dever do Estado através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais com os objetivos das ações em saúde de prevenção, proteção e recuperação;

A participação da iniciativa privada em caráter complementar, com preferência para as entidades filantrópicas; a Gestão financeira: com o Fundo Nacional de Saúde, administrado pelos Conselhos (Municipais, estaduais e nacional); o Planejamento ascendente (local para estadual e nacional) e a exigência do Plano Municipal de Saúde.

A LEI 8142/90 dispõe sobre: a participação da comunidade na gestão do SUS, contempla a composição dos Conselhos de Saúde com representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais e

saúde e dos usuários. A composição do conselho deve ser paritária, dos usuários em relação aos demais segmentos:

50% usuários

25% representantes do governo

25% profissionais da saúde e prestadores de serviços

Em 1991, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica (NOB-91), para reorganizar a descentralização das ações em saúde.

A NOB-93 foi criada a partir do movimento sanitarista para que se efetivasse a descentralização. A NOB/93 dispõe do financiamento das ações em Saúde: do Controle Social, das Etapas de transição: incipiente, parcial e semi-plena, das Instâncias e negociação: Comissões Intergestoras Bipartes (estadual e municipal) e das Comissões Intergestoras Tripartite (Federal, Estadual e Municipal).

A NOB/96 teve como tema central: “Gestão Plena¹⁵ com responsabilidade pela saúde do cidadão”, propôs mudança de modelo da assistência, baseada na compra e venda de serviços e voltada para a área curativa. Valoriza o incremento de cobertura, quanto mais áreas atendidas, maior o incentivo financeiro. Este empenho substitutivista, entretanto, não significa que esteja apontando para o extermínio das outras modalidades de atenção ambulatorial. Não se trata de substituição neste sentido fundamentalista, mas da proposição de um novo eixo estruturante (LEVCOVITZ, 1996).

Das três NOB's publicadas, a última delas, de 1996, deixa claro que a descentralização tem como foco o município, entendido como responsável pela saúde do cidadão, como a esfera governamental onde serão geridas ações para superar o desafio da transformação do modelo de atenção à saúde.

¹⁵Gestão Plena da Atenção Básica: onde o município gerencia as ações e serviços relacionados à assistência básica (todo o sistema de saúde) e elabora proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar.

A referida NOB qualifica os municípios em duas formas de gestão, de acordo com a organização de cada um deles, (gestão plena do sistema municipal e gestão plena da atenção básica) e entre outros pontos. Definiu programas e estratégias prioritárias para a reorientação do modelo de atenção básica recomendando o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), apontando-o como um dos caminhos para se chegar à realidade desejada, como estratégias a serem adotadas e estabelecendo inclusive um incentivo financeiro a ser acrescido ao Piso da Atenção Básica (PAB) à medida que os municípios ampliassem a cobertura de serviços com estes Programas implantados (BRASIL, 1996a).

A NOB 96 (ANEXO 4) aponta: “O modelo vigente - assentado na lógica da clínica - baseia-se, principalmente na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa). O novo modelo deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual, centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários - as famílias”.

A NOAS/01 (ANEXO 5) teve como objetivo: trazer o mais perto possível dos usuários, os serviços de saúde, com diretrizes para o processo de regionalização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios.

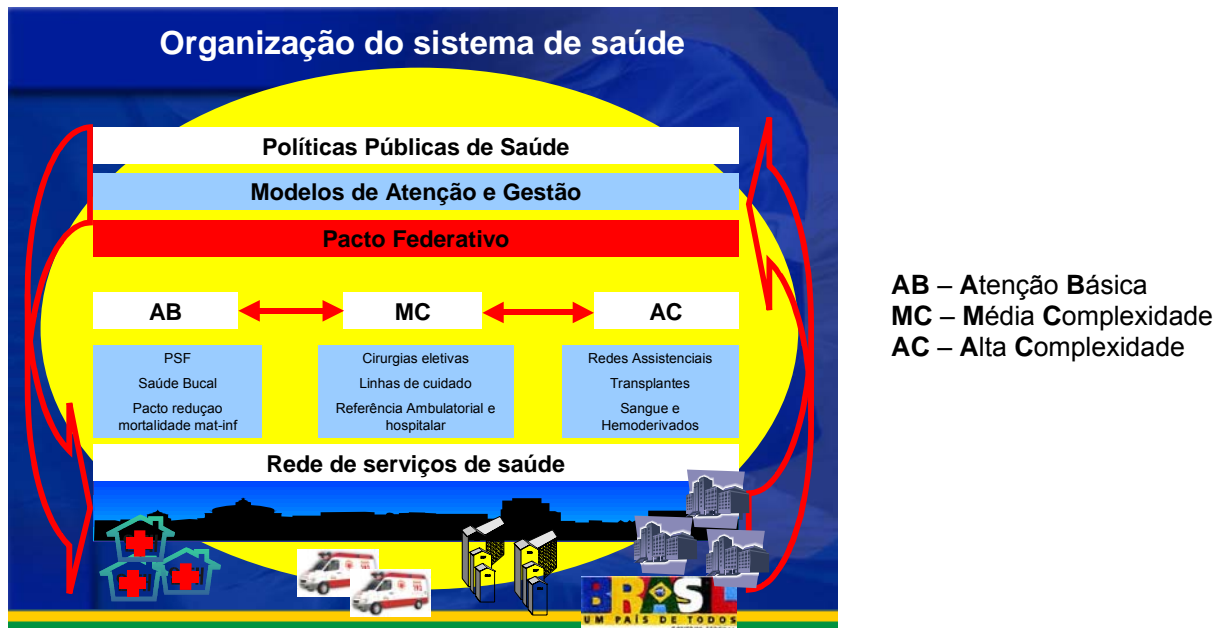


Figura 5 – Organização do Sistema de Saúde e seus níveis de complexidade.
 Fonte: SAPATA, 2006.

Ao longo da história dos sistemas de saúde no Brasil houve muitos avanços e também desafios a serem superados o que tem exigido dos gestores do SUS constantes mudanças. Na expectativa de superar as dificuldades o Ministro da Saúde lançou a Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), onde os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006 (ANEXO 6), criado a partir das seguintes necessidades: nova institucionalidade do SUS – gestão e financiamento; constituição de uma agenda tripartite, com expressão nacional, estadual e regional; repolitização da discussão em defesa do SUS. Ele deve ser revisado anualmente com base nos princípios constitucionais do SUS dando-se ênfase as necessidade de saúde da população e que implicará no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas (BRASIL, 2006).



Figura 6 – Interligação entre os objetivos do Pacto pela Saúde.
Fonte: SAPATA, 2006.

As diretrizes do Pacto pela Saúde são:

1. Descentralização,
2. Regionalização,
3. Financiamento,
4. Planejamento,
5. Programação Pactuada Integrada,
6. Regulação da Atenção à Saúde e Assistencial,
7. Participação e Controle Social,
8. Gestão do Trabalho,
9. Educação em Saúde.

O Pacto tem como objetivo (Figura 4): garantir o acesso, a resolutividade, a integralidade na atenção à saúde da população, através da organização das demandas e da identificação das necessidades loco-regionais.

Os instrumentos necessários são: PDR¹⁶ – Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos – PDI¹⁷ e PPI¹⁸ (Programação Pactuada e Integrada da Atenção à saúde).

¹⁶PDR - Plano Diretor de Regionalização é composto por desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde organizadas dentro do Estado com base na Programação Pactuada e Integrada da Atenção à saúde.

¹⁷PDI - Plano Diretor de Investimentos constitui-se de recursos de investimentos necessários para atender as necessidades pactuadas, nas regiões identificadas através do PDR, devendo também contemplar as necessidades da área de Vigilância em Saúde.

¹⁸A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

Possui 3 eixos básicos: o Pacto pela vida – análise de resultados; o Pacto em defesa do SUS – mobilização social e o Pacto de gestão do SUS – estabelece responsabilidade em cada nível de governo (figura 5).



Figura 7 – Esquematização das dimensões do Pacto pela Saúde 2006.
Fonte: SAPATA , 2006.

O Pacto de gestão do SUS estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS; radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, reforça a territorialização da saúde com base na organização dos sistemas, reitera a importância da participação popular e do controle social (e sua qualificação) e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público; tem como Marco Jurídico – constitucional do SUS:

1. Responsabilidade Sanitária;
2. Regionalização;
3. Planejamento e Programação;
4. Regulação e Avaliação;
5. Trabalho e Educação Permanente;
6. Financiamento;

7. Participação Social e Controle Público;
8. Ciência e Tecnologia.

Portanto definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído por compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com os compromissos orçamentários e financeiros para as seguintes prioridades:

1. Saúde do Idoso – buscando a atenção integral;
2. Mortalidade materna e infantil – reduzir a mortalidade materna e infantil por doença diarreica e por pneumonias;
3. Câncer de Colo de útero e de mama – reduzir a mortalidade por câncer de colo de útero e de mama;
4. Fortalecer capacidade de resposta as doenças emergentes e endemias – dengue, hanseníase, Tuberculose, Influenza e malária;
5. Fortalecimento da Atenção Básica – consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS;
6. Promoção da Saúde – elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

O pacto em defesa do SUS seria a repolitização do SUS com uma estratégia de mobilização social e tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais, envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido reforçar o SUS como política de Estado. As prioridades são:

1. Implementar um projeto permanente de mobilização social – para regulamentar a Emenda Constitucional 29 (ANEXO 7), garantir o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
2. Elaborar e divulgar a Carta dos Usuários do SUS (Anexo 8).

Conforme descrito anteriormente, a saúde pública brasileira esteve pautada em ações curativas, beneficiando o trabalhador, sendo que, no momento, verifica-se um enfoque preventivo relacionado à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Outros modelos discutidos com base na promoção de saúde e no moderno campo sanitário são: os de cidades Saudáveis, articulação intersetorial de saúde e vigilância à saúde (DIAS, 2006).

Como um meio de consolidar o SUS, vem sendo implementado o Programa de Saúde da Família (PSF) que ancora-se na epidemiologia social, fundamentado em um novo paradigma da saúde, o qual deve ser sustentado pelas dimensões da qualidade de vida, produção social da saúde, vigilância à saúde e gerência social (DIAS, 2006).

Em 1991, criou-se o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), que já trabalhava tendo a família como unidade de ação programática e em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), como proposta concebida dentro da vigência do SUS. A inclusão das ações de saúde bucal ocorreu em 2001 pela portaria 267(ANEXO 9) (RONCALLI, 2003).

2.5.1 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Garantir o acesso de todos aos serviços de saúde não é uma tarefa fácil. A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que, para o seu cumprimento, requerem a reordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente (BRASIL, 2004b). Estes princípios ainda não foram atingidos em sua plenitude, mas importantes avanços foram obtidos nos últimos anos (BRASIL, 2004a).

O desenvolvimento científico e tecnológico, a diversidade de métodos e equipamentos terapêuticos, levou ao sucesso e contraditoriamente ao declínio daquilo que teve início no tão citado Relatório Flexner, publicado em 1910. A expansão dos gastos em saúde, associado ao consumo de mais e

mais possibilidades diagnósticas e terapêuticas, explica tal contradição (SANTANA, 1999).

No pós-guerra, quando os países europeus introduziram o estado de bem-estar social, outros países no mundo, especialmente os Estados Unidos, passaram a discutir as questões referentes à ineficácia do modelo de assistência a saúde o que fez surgir a proposta de reforma preventivista e da medicina integral.

Tal proposta baseava-se na necessidade da ação médica ser estendida a outros níveis de atuação, especialmente o período pré-patogênico, o que resultaria em uma medicina mais efetiva, cuja base doutrinária era o modelo da “história natural da doença”, desenvolvido por Leavell e Clark (SANTANA, 1999; CHAVES, 1986).

Assim, surgem tentativas no cenário internacional de abandonar o modelo proposto por Flexner. A exemplo disso, tem-se a reunião de Viña del Mar em 1956, um movimento latino de superação do modelo vigente, bem como o ideário da integração docente-assistencial. Mediante estas discussões, a verificação do saldo de crises e conquistas foi positivo e culminou, em âmbito internacional, com a Conferência Mundial de Saúde em Alma Ata em 1978 onde a estratégia da atenção primária tomou força. A partir de então, movimentos reformistas passaram por significativos avanços, como aconteceu com a Reforma Sanitária no Brasil (SANTANA, 1999).

Nos últimos anos o sistema de cuidados com a saúde vem sofrendo uma grande mudança. Os critérios clínicos baseados no parecer do profissional acerca das estimativas das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento foi requerendo maiores informações sobre o nível de morbidade das doenças, amplitude dos problemas no nível bio-psico-social e o impacto que a intervenção poderia causar em determinada comunidade. Necessitando assim, de um *e/lo* entre a população e a prática de saúde.

O desenvolvimento de uma estratégia de cuidados primários à saúde no Brasil, preceito básico para o cumprimento das determinações constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), se mesclou com o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF, estratégia desenhada em 1994 pelo então Ministro da Saúde Henrique Santilo, tem como

aforismas básicos o atendimento centrado na pessoa e em sua estrutura social – família e comunidade. Com isto busca suprir as necessidades básicas do setor, promovendo a saúde enquanto considera as demandas normais da comunidade, rompendo com a dicotomia prevenção-curativo vigente no sistema de atendimento a saúde.

As bases do programa, são calcadas na atenção integral ao indivíduo e à sua comunidade, são compatíveis com as metas traçadas pela Organização Mundial da saúde na Conferência de Alma Ata com o tema: saúde para todos no ano 2000, ofertando cuidados primários a toda a população até esta data.

A grande crise na área da saúde coletiva nas décadas de 60, 70 e início dos anos 80 provocaram grandes transformações neste setor, principalmente a partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde, que recomendou a adoção de um sistema de saúde com a integração interinstitucional, a regionalização e hierarquização dos serviços assistenciais, a universalidade da atenção, a participação popular bem como o desenvolvimento de novos modelos de financiamento (BRASIL, 2005).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 e a Lei complementar 8.080 estabeleceram o Sistema Único de Saúde (SUS) como novo modelo a ser implantado em todo o território nacional e desde então a edição de um conjunto de Normas Operacionais vem orientando o setor público para a efetiva implantação deste Sistema (BOURGET, 2005).

Foi neste contexto que a Norma Operacional Básica de 1996 definiu programas e estratégias prioritárias para a reorientação do modelo de atenção básica recomendando o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégias a serem adotadas e estabelecendo inclusive um incentivo financeiro a ser acrescido ao Piso da Atenção Básica (PAB) à medida que os municípios ampliassem a cobertura de serviços com estes Programas implantados (BRASIL, 1996a).

A partir da elaboração e da operacionalização da NOB 01/96 houve o aprofundamento do debate acerca da atenção básica em nosso país. O processo de crescimento da implantação dos programas de agentes comunitários e de Saúde da Família marcou um momento novo no sentido de

aprofundar a discussão sobre a atenção básica. Foi a discussão do financiamento de Saúde da Família que impulsionou a rediscussão da NOB 01/93, apesar de não ter sido um fator isolado, pois já havia vários aspectos desse instrumento legal que precisavam ser revistos (SOUZA, 1999).

Colocava-se, na ocasião, a proposta de construir um modelo de produção social da saúde, que era incoerente com o sistema de financiamento vigente, voltado à produção da doença. A discussão sobre alternativas de financiamento para a estratégia de Saúde da Família desencadeou a elaboração de uma proposta de financiamento *per capita* que gerou a concepção do Piso da Atenção Básica – PAB. Se ainda não é uma modalidade ideal, apresenta, entretanto, avanços significativos no processo de mudança do modelo de atenção, tanto no que se refere à questão do PAB fixo *per capita*, tanto quanto na introdução dos incentivos, consignados como PAB variável. O PAB fixo trouxe uma mudança da lógica de financiamento. Os incentivos funcionam como mecanismos de indução do Ministério para a adoção, pelos gestores municipais e estaduais, de estratégias consideradas prioritárias (SOUZA, 1999).

O setor saúde vem, nos últimos anos, aprimorando seu arsenal diagnóstico sobre a crise em que se encontra e, com muito menos prodigalidade, apontando algumas perspectivas de saúde. Num terreno de conflitos acirrados por discordâncias ideológicas, profissionais e até mesmo éticas, em um ponto o consenso se estabelece, ao menos entre as pessoas de boa vontade: é preciso mudar nosso modelo de atenção à saúde. Esta certeza compartilhada entre tantos, por outro lado, não acarreta o consenso para as soluções. E isso não significa, necessariamente, um obstáculo. Em primeiro lugar, as divergências podem aqui significar a riqueza de proposições e, além disso, estratégias diferentes de atacar o problema. Assim, a mudança política de financiamento se agrega a propostas de forma de se fazer saúde, no sentido estrito da expressão. Atar essas pontas hoje é um imperativo (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

O início da implantação do Piso da Atenção Básica em 1998 trouxe uma discussão muito grande sobre a utilização desses recursos, demanda de municípios aos Estados e ao Ministério da Saúde. Houve um movimento dentro

do Ministério no sentido de qualificar essa discussão. Foi um momento importante para definir que responsabilidades os gestores municipais habilitados na atenção básica deveriam assumir a partir do recebimento desses recursos. Foi um processo muito intenso e rico de discussão entre os vários setores do Ministério da Saúde, e que desencadeou a elaboração do Manual da Atenção Básica. Houve, também, a participação extremamente importante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (SOUZA, 1999).

Para ser de fato uma alternativa, o PSF não pode ser inserido na lógica do “projetinhos” isolados, dos convênios pontuais, das amostras e pilotos. O incentivo e a lógica de substituição, por outro lado, deve guardar responsabilidade com a oferta de serviços e profissionais existentes no país. Para tanto, é preciso entender esse caráter substitutivo em sua dimensão técnica, política e administrativa. É nesse horizonte de substituição que está sendo tentado: a definição e a opção por uma forma de prestação de serviços que valorize o vínculo, que se integre no sistema local de saúde e que assuma responsabilidades. E responsabilidade e vínculo não se garantem por decreto (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996) ou por leis.

Tecnicamente a Unidade Saúde da Família passa a ser a porta de entrada do sistema, com oferta de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional a uma lógica efetivamente de promoção à saúde. Além de um possível alibi preventivista já incorporado pela população, a unidade se insere no sistema de saúde de forma orgânica e não isolada. Isso significa se responsabilizar com todos os nós do sistema, sendo parte crítica de sua organização. A seleção de opções terapêuticas seja de ordem clínica, cirúrgica ou mesmo de ação intersetorial, muitas vezes pessimamente chamada de “triagem”, tem que se dar nesse contexto. Para tanto, além da equipe, a unidade deve passar por um conjunto de modificações que vão da parte arquitetônica até o aprimoramento de seu sistema de informações. Sem essas modificações, o risco é o de ficar no discurso sem componente prático, ou seja, sem efetiva substituição (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Os aspectos sociais de uma população começam a serem incorporados aos determinantes de agravos à saúde, muito recentemente, onde até então só se admitia a lógica da clínica.

Com a mudança nos padrões das doenças e o reconhecimento de que saúde não é a ausência de doença, sendo necessário adotar práticas que visem à promoção e prevenção à saúde, fica claro que é preciso mudar o modelo assistencial.

Soma-se a isto, os custos demandados pelo modelo centrado na doença. Conforme CORDEIRO (1996):

“O atendimento à saúde pautado na fragmentação das ações é um fator de elevação crescente dos custos médicos - assistencial. As tecnologias médicas, em geral, que não substituem tecnologias já existentes, incorporam cada inovação ao acervo de recursos tecnológicos acumulados. O resultado similar ao de uma indústria de custo crescente, pois as tecnologias se agregam à prática médica cumulativamente” (CORDEIRO, 1996, p.10).

Entre as iniciativas de destaque está a criação do Programa de Saúde da Família – PSF, um modelo criado para substituir o modelo tradicional centrado no hospital e assumir o desafio da vigilância à saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de todas as pessoas, estejam sadios ou doentes, dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso (BRASIL, 2000b), de forma integral e contínua. Para isso, o Programa centraliza os esforços do seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, que – trabalhando adequadamente – são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população, diminuindo o fluxo dos usuários para níveis mais especializados “desafogando” os hospitais (BRASIL, 2004a).

A primeira etapa de sua implantação se iniciou em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, começaram a serem formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida

dos brasileiros. Desde a implantação do programa, os agentes comunitários de saúde já vinham desenvolvendo ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território de atuação (BRASIL, 2004c).

Nesta mesma ótica, a reforma pretende que o acesso aos serviços de saúde deixe de ser centrado no atendimento hospitalar para usar mais racionalmente os cuidados nas unidades básicas e na rede ambulatorial. O chamado modelo “hospitalocêntrico”, caro, de caráter essencialmente curativo, e controlado pelo setor privado, vem sendo superado, progressivamente, desde das AIS (Ações Integradas de Saúde), pela expansão da rede ambulatorial. Na agenda da reforma sanitária, o uso de tecnologias eficazes e seguras, articulado a sistemas de referência e contra-referência, regionalizados e hierarquizados, faz parte da nova racionalidade do Sistema Único de Saúde para que se possa universalizar o acesso aos serviços de saúde a custos compatíveis com os gastos públicos e privados do país (CORDEIRO, 1996).

CORDEIRO (1996) ressaltou que a mudança do modelo assistencial deve ser coerente com as demandas resultantes da transição demográfica e da heterogeneidade da configuração epidemiológica da população brasileira. A diversidade dos padrões epidemiológicos e demográficos regionais e sociais, marcados pela estrutura de desigualdades da sociedade brasileira, exigem do SUS que as respostas às demandas sociais sejam ágeis e ajustadas às condições locais e regionais, respeitando as políticas públicas nacionais.

O PSF tem por objetivo a reorganização, a mudança da prática da assistência, em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando para a cura das doenças e realizado principalmente no hospital, colaborando assim de forma decisiva na organização do SUS e na municipalização da saúde, implementando os princípios fundamentais. A adoção da estratégia de Saúde da Família como o projeto estruturante da atenção básica foi uma decisão política do Ministério da Saúde. O Saúde da Família tem um forte potencial de transformação das práticas em saúde. A experiência acumulada apresenta avanços que só foram possíveis em

conseqüência de um trabalho articulado entre secretarias estaduais, secretarias municipais e universidades (SOUZA, 1999).

O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. É importante esclarecer que o PSF não deve ser identificado como um sistema criado para minimizar custos, ou seja, que tenha como preceito a utilização de baixa tecnologia, um sistema de saúde “pobre para os pobres” (BRASIL, 1997a). O novo modelo proposto não exclui a tecnologia, aliás, é importante ressaltar que a mesma é fundamental para o sistema. Deve ser reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude (LEUVCOVITZ; GARRIDO, 1996). Sua meta é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997a).

O programa, a partir do conhecimento da clientela e do acompanhamento dos casos, permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia de alto custo. Racionalizar o uso, nesse sentido é democratizar o acesso.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c) assim define o programa:

“O Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da 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” (BRASIL, 2000e).

A Saúde da Família não é uma proposta nova. Na verdade, ela agrega saberes e práticas acumuladas há muito tempo por diversas pessoas e diversas instituições ao longo desse país. É preciso afirmar sempre que a Saúde da Família, como estratégia estruturante do modelo de assistência, precisa necessariamente representar uma prática que garanta o vínculo entre o

serviço e a população. Se esse objetivo não tiver sido atingido brinca-se ao dizer que a atenção básica está sendo reestruturada a partir dos princípios de Saúde da Família. As unidades básicas de saúde devem atuar com um território e uma população definidos sob sua responsabilidade. As equipes precisam ser resolutivas e oportunas no enfrentamento dos problemas. É preciso que incorporem verdadeiramente práticas de promoção à saúde, que mudem sua abordagem. É preciso que elas sejam capazes de impulsionar as ações intersetoriais.

Esta estratégia está estruturada a partir de uma unidade pública de saúde, com uma equipe multiprofissional, composta minimamente por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, que trabalham com uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias. A jornada de trabalho dos profissionais é de 40 horas semanais. De uma forma geral, recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) assista de 600 a 1000 famílias, com um limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 2000b).

Em 1996, CORDEIRO afirmava que a construção do novo modelo assistencial centrado nas estratégias de implantação e generalização do PSF, articuladas com os princípios de descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde seria parte indissociável da consolidação e aprimoramento do SUS. Nesta perspectiva, a proposta de organização das práticas voltadas à família tem os seguintes pressupostos:

1. O reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que expressa a qualidade de vida;
2. A eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
3. A democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção da saúde;
4. A intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
5. A prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital;

6. A humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde da comunidade;

7. O estímulo à organização da comunidade para efetivo exercício do controle social;

8. O estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais.

O atendimento do PSF é prestado na unidade básica ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2004a).

O PSF trata-se de, sem negar o uso de meios de trabalho resultantes do progresso científico-tecnológico, reorganizar o conteúdo dos saberes e práticas de saúde decorrentes da incorporação de tais tecnologias ao complexo médico-empresarial que ainda é a feição dominante do sistema de saúde no Brasil. Envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde (BRASIL, 2004c).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/96) regulamenta que o Programa de Saúde da Família (PSF) enquanto estratégia prioritária para mudança do modelo assistencial. O modelo de atenção à saúde, historicamente esteve centrado na intervenção aos sinais, sintomas e queixas apresentados pelo indivíduo, que ao percebê-los procura assistência e nesta o profissional promove a intervenção específica eliminando ou minimizando o desconforto do usuário. Ao contrário deste modelo, o PSF preconiza que o indivíduo seja visto de maneira integral e acompanhado continuamente no seu modo de viver e que as ações sejam de promoção à saúde e proteção das doenças e ainda, que a intervenção do setor saúde deverá ser para garantir a qualidade de vida da população de sua área de abrangência (KRAEMER, 2004).

Segundo FAKHOURI (2002), para entender a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF), devemos nos reportar ao histórico do nosso Sistema de Saúde e na área de Saúde Bucal. E para escrever sobre esta inclusão, que parece simples e ao mesmo tempo gloriosa para a classe e a sociedade como um todo, devemos lembrar um pouco das lutas e conquistas que a odontologia tem no seu currículo histórico, e em qual momento encontrava-se, podendo a partir daí opinar a esta mais nova decisão governamental.

No PSF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2004c).

Outros princípios a serem destacados são que as ações não devem se restringir ao setor saúde, e sim que estas estejam articuladas com diferentes setores para intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, deverão estar fundamentadas na atenção continuada à população, vigilância à saúde, com novos critérios de abordagem para os agravos a serem enfrentados. Esta atenção continuada à população deverá considerar o usuário como sujeito em sua história de vida e capaz de participar juntamente com a equipe multiprofissional no enfrentamento aos problemas de saúde vividos. Esta participação deverá ir além da construção da proposta de assistência individual ou coletiva, bem como, na representação organizada de sua comunidade nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde, como as Conferências e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a).

Esse modelo de vigilância à saúde contempla o processo saúde/doença na coletividade e se fundamenta na epidemiologia e nas ciências sociais. Permite orientar intervenções visando o controle de danos, de riscos e de causas (DIAS, 2006).

Ao contrário da idéia que se tem sobre a maioria dos programas em nível central, o PSF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido. Esta estratégia está

estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF) – uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2004c).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) que está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios (BRASIL, 2004c):

- Caráter substitutivo – não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistências por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.
- Integralidade e hierarquização – a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local da saúde, denominado Atenção Básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
- Territorialização¹⁹ e adscrição de clientela – trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita (vinculada) a esta área.
- Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

¹⁹Se refere à vinculação da assistência à saúde à área onde a pessoa está inserida. Estruturar um trabalho desta forma faz com que o centro de saúde tenha um papel mais ativo em vez de expectante da população. É possível criar alternativas de intervenções nas condições de vida e moradia dos pacientes (MATOS, 2003).

- Equipe multiprofissional – a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dental, uma auxiliar de consultório dentário e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe – numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são pessoas que residem na comunidade adscrita, que entre outros requisitos devem possuir "perfil humanitário"; já que se constituem no elo de ligação entre a equipe de saúde e a população, pois mantém contato permanente com as famílias. Cada ACS se responsabiliza por uma área de aproximadamente 100 a 250 famílias, não devendo ultrapassar 750 habitantes.

Estes cadastram as famílias de sua área, acompanham estas famílias mensalmente através da visita domiciliar, identificando indivíduos expostos à situação de risco, orientando as famílias para correta utilização dos serviços de saúde, desenvolvendo ações de educação e vigilância à saúde e levando estas informações para a ESF (BRASIL, 2000c).

O trabalho cotidiano do ACS no PSF possibilita a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, articulando a escuta e a fala, sendo um facilitador na criação do vínculo interpessoal, aproxima e cria vínculos entre a comunidade e a UBS. Tem como competência servir de elo entre a comunidade através da promoção e proteção da saúde e da educação através do auto-cuidado. Por serem pessoas da comunidade, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas por conhecerem as necessidades dessa população. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que extrapolam as determinações do Ministério da Saúde, evidenciando uma flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. É de importância que esse agente de saúde compreenda os determinantes de saúde e doença e que esteja preparado a lidar com situações de necessidade de atenção à saúde geral e bucal (GOYA, 2006).

A relação de trabalho entre os membros da equipe baseia-se na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, onde estes profissionais visualizem de forma sistêmica e integral o indivíduo, família e comunidade. Esta prática requer sem dúvidas, que se invista em uma nova política de formação em processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

Deve-se gerar nos profissionais a compreensão de que eles têm um papel importante de catalisadores das ações com outros setores para que esses assumam o seu compromisso voltado à saúde e à qualidade de vida. As equipes devem ser capazes também de facilitar a participação da comunidade em todas as fases da organização do seu trabalho. Desde o diagnóstico da comunidade, da definição de prioridades até o processo de operacionalização das ações e de todo o processo de avaliação. Esses elementos favorecem o estabelecimento dos vínculos que são a marca fundamental da estruturação de um serviço baseado nos princípios de Saúde da Família (SOUZA, 1998).

Outros profissionais – a exemplo de assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos - poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidade locais (BRASIL, 2004c).

Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência, sob sua responsabilidade (BRASIL, 2004c).

As atribuições dos membros das equipes (BRASIL, 2004a) são:

- Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.
- Enfermeiro: supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.
- Auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.
- Agente Comunitário de Saúde: faz ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês;

realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade. O agente comunitário de Saúde deve ser um morador da comunidade onde trabalha há pelo menos 2 anos, com idade mínima de 18 anos, que saiba ler e escrever e ter disponibilidade de 8 horas diárias para exercer seu trabalho. Cada ACS deve ser responsável, em média, por 100 a 250 famílias. Deve desenvolver atividades de educação em saúde individual e coletiva, estimular a organização da comunidade. O ACS precisa buscar as causas das doenças no ambiente em que a pessoa ou a comunidade vive, no modo de trabalho, nas condições de moradia e saneamento básico, no modo de se alimentar (BRASIL, 1997a). Também trabalha com a vigilância a saúde.

Cada equipe deve estar preparada e é capacitada conforme orientação do Ministério da Saúde para (BRASIL, 2004c):

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença.
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial.
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos de vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DST's e AIDs, de doenças infecto-contagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;

- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente tome-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2000d).

O trabalho das equipes desloca-se do modelo clínico, de autonomia médica para uma relação onde outros saberes a respeito do processo saúde-doença devem ser articulados. São questões complexas, em que as articulações entre a clínica, a epidemiologia e o planejamento, expressa na programação em saúde, deve ser reafirmada como uma possibilidade de auxílio à transformação do modelo assistencial. Nesse sentido, os antigos programas passam a ser espaços técnicos em que se formulam propostas para os outros níveis de gestão, como possibilidades de programação em saúde (SOUZA, 1998).

O balanço das assertivas define um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expressa na melhoria das condições de vida. No que toca a área de saúde, essa

melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente, humanizados. A isso se soma o empenho da intersetorialidade, e o estímulo à organização da comunidade, buscando o aprimoramento do controle social²⁰ (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Comparando o modelo ainda vigente com o PSF, podemos perceber algumas dessemelhanças importantes. Num processo que tem como horizonte a substituição, em vez de momentos estanques, talvez fosse mais adequado enxergar um movimento. Isso releva o caráter necessário de processo, mas também ajuda a entender que a hegemonia não é um dado objetivo, mas uma construção histórica que carrega no ventre a possibilidade de sua superação. No modelo atualmente dominante nas práticas de saúde no Brasil, centra-se a atuação na doença, quase sempre a partir da demanda espontânea aos serviços, com ênfase na medicina curativa. Já no PSF, o que se busca é a integralidade da assistência, respondendo a demanda espontânea de forma contínua e racionalizada. Outra distinção de base entre os modelos está na consideração do objeto de ação de saúde. Enquanto no modelo hegemônico podemos perceber um processo de objetivação do indivíduo, que se torna passível de atuação basicamente medicalizada e individual, no PSF se pretende tratar do indivíduo como sujeito, integrado no seu entorno, a partir de ações que valorizem essa dimensão mais globalizante. Além disso, podemos situar uma busca de transição entre o profissional

A necessidade de educação continuada das equipes envolvidas na operacionalização da estratégia de Saúde da Família levou o Ministério da Saúde a promover a implantação de Pólos de Capacitação, a partir de 1997, com recursos do REFORSUS. Vinculados, em geral, a universidades, estes Pólos articulam uma ou mais instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos para a saúde. São

²⁰Quando se fala em Controle Social no SUS, se está falando, fundamentalmente, no papel dos Conselhos de Saúde. Isto porque é neles que se dá a participação da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde, garantida a partir da Lei N° 8.142, de 28/12/1990, que instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instância de controle social do SUS nas três esferas de governo - nacional, municipal e estadual. A principal característica dos Conselhos de Saúde é o seu caráter deliberativo sobre a formulação das estratégias de atenção à saúde do País. Cinquenta por cento da composição dos conselhos é formada por representantes de usuários do SUS, 25% por trabalhadores de saúde e 25% por prestadores e gestores.

desenvolvidos programas voltados para o pessoal atuante em unidades de Saúde da Família, por meio de convênios com as Secretarias de Estados e dos Municípios (BRASIL, 2004c).

A implantação de equipes de Saúde da Família nos municípios representa uma melhoria do acompanhamento e da assistência ambulatorial para as doenças mais frequentes de uma comunidade. Isso acontece na medida em que os agentes de saúde do PSF encontram os doentes que não chegavam até as unidades de saúde. As equipes do programa organizam as agendas e a forma de acolher estes indivíduos. Com isso, muitas pessoas que não sabiam que estavam doentes ou não recebiam assistência adequada passaram a serem diagnosticadas, acompanhadas e tratadas.

É importante ressaltar que o acompanhamento realizado pela equipe de Saúde da Família prevê uma série de atividades que ampliam o vínculo da população com os profissionais e aumentam a qualidade e abrangência do trabalho realizado.

Os indivíduos que são atendidos pelo PSF recebem maior número de atendimentos. Enquanto cada brasileiro é assistido em 1,5 consulta médica básica por ano em média, aqueles que têm acompanhamento da equipe do programa, em municípios com alta cobertura populacional, são assistidos em 2,1 consultas médicas (BRASIL, 2004c).

Um grande diferencial do trabalho das equipes do PSF é o alto conhecimento das famílias e o acompanhamento realizado nas visitas domiciliares. As famílias cobertas pelo programa de Saúde da Família recebem, em média, 13 visitas ao ano (BRASIL, 2004c).

O PSF prioriza ações que visem a promoção da saúde, prevenção e detecção precoce de problemas, englobando tanto questões coletivas como individuais, em ações multiprofissionais, de maneira a articular problemas de saúde à realidade social. A estratégia de Saúde da Família traz a possibilidade de efetivar a promoção através da articulação das equipes com outros setores, tomando por referência o conhecimento epidemiológico sobre uma base territorial delimitada, com população adscrita (BRASIL, 2004c).

As equipes vêm enriquecendo a assistência prestada, por meio da realização sistemática de atividades que não fazem parte do cotidiano dos serviços ambulatoriais.

Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a).

A estratégia de Saúde da Família esteve carregada de marcas teratogênicas, felizmente já vencidas. Diante dos ótimos resultados já alcançados o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar (BRASIL, 2004a).

A implantação do Programa Saúde da família depende, antes de tudo, de decisão política da administração municipal, que deve submeter à proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, está empenhado em dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e à sua implantação, que começa com as seguintes etapas (BRASIL, 2004a):

- Identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa; portanto mapear o número de habitantes em cada área;
- Calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários;
- Adequar os espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa;
- Solicitar formalmente à Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF;
- Selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa.

A estratégia de Saúde da Família é assumida pelo Ministério da Saúde como o eixo estruturante da atenção básica no Brasil. É essencial para

a reorientação do (s) modelo (s) assistencial (is), diante da perspectiva do alcance dos princípios inscritos nos dispositivos legais que regem o Sistema Único de Saúde, a atuação das equipes de Saúde da Família deve-se fundamentar nos seguintes postulados:

- a) Adscrição de famílias que vivem numa base territorial e populacional delimitadas;
- b) Multiprofissionalidade da equipe e interdisciplinaridade do enfoque;
- c) Continuidade da interação dos profissionais de saúde com indivíduos sadios ou doentes, suas famílias e comunidades, de forma a ampliar as responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento das doenças e na recuperação, reabilitação e autonomia das pessoas;
- d) Priorização das ações de saúde que combinem o uso de recursos atualizados do saber e da tecnologia em saúde de alta efetividade;
- e) Efetiva inserção da unidade básica à rede de serviços com garantia de referência para os níveis de maior complexidade.

O interessante no caso da Saúde da Família é que essa tendência a abertura de um novo mercado não se dá nos mesmos moldes das outras profissões e ocupações, atingidas pela globalização da economia. Na realidade, vai quase no sentido inverso. De uma forma metafórica, mas não menos exata podemos dizer que se trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada, e não da adaptação a novos padrões de excelência (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Um ponto de convergência e concordância entre gestores, técnicos, conselheiros e profissionais da saúde, em instâncias formais ou informais, é que a Estratégia Saúde da Família, somada às experiências acumuladas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, configura-se em um caso exemplar na reorganização do modelo de Atenção Básica à Saúde no Brasil (TEMPORÃO, 2005).

Mas na saúde, talvez por sua co-naturalidade com outra forma de progresso humano, menos quantitativo, a busca de qualidade de vida vem direcionando as propostas de reforma de modelo assistencial, o que pode

significar a suspensão da escala geométrica do uso tecnológico estrito, pela utilização de outros parâmetros profissionais, que além de tudo são mais econômicos e eficazes (LECOVITZ, 1996).

Mediante a adscrição de clientela, a ESF estabelece vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando à maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (TEMPORÃO, 2005).

O alcance da integralidade da atenção à saúde, princípio inscrito na legislação brasileira, pressupõe a articulação da atenção básica com os demais componentes do sistema reunidos sob a denominação de procedimentos de média e alta complexidade. Hoje, o instrumento mais importante para viabilizar a articulação entre os componentes do sistema de saúde, no contexto federativo brasileiro é a Programação Pactuada Integrada – PPI. A elaboração desse instrumento expressa a negociação dos intergestores, a dimensão política do pacto federativo em torno da organização da rede de serviços de saúde no país (SOUZA, 1999).

Existem vários exemplos do trabalho do PSF em outros municípios: onde os próprios municípios que planejaram a implementação e expansão de suas equipes, estavam atentos às suas realidades e possibilidades locais, como exemplo cita-se os municípios como: Curitiba e Londrina que têm um acerto de suas necessidades em torno de 30% de cobertura de sua população com o PSF. Camaragibe, Brumadinho e Campina Grande, vão de 70% até mesmo a quase totalidade de suas populações (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Em Camaragibe (PE), o PSF é de fato hegemônico, ou seja, é um programa de toda a prefeitura, não apenas dos técnicos da saúde, debatido e aceito pela comunidade e com altíssimo grau de compromisso por parte de todos os profissionais de saúde do município, existe a isonomia salarial por parte dos profissionais de nível superior (CUNHA, 1996).

No município de Campina Grande, na Paraíba, o PSF contou com a colaboração da comunidade quando ocorreu sua implantação, possui em sua equipe uma assistente social e em 1996 a médica Flávia Mentor atestava que: “A saúde começa pela boca” e que era necessário a incorporação do dentista na ESF, pois para ela “as crianças de sua região sofriam bastante com a falta de um trabalho preventivo, apresentando verdadeiras crateras nas bocas, deixando abertas portas para infecções e várias complicações de saúde” (CUNHA, 1996).

Curitiba, desde seu início contou com a participação de equipe multiprofissional: médicos, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene dental, auxiliar de enfermagem e assistente social sendo que não foi uma resposta à escassez de serviços, mas uma alternativa na maneira de prestar serviços (CUNHA, 1996).

O programa é bem desenhado, porém tem esbarrado freqüentemente na ausência de um arcabouço referencial teórico-prático que sustente as ações das diversas equipes desenvolvidas para trabalhar na proposta. Também se ressentem da falta de treinamento adequado dos profissionais que estão em área, além da resistência que os serviços tradicionais oferecem. Tais serviços são voltados à demanda (médico-cêntricos, centrados na doença, hospitalo-cêntricos e fundamentalmente onerosos aos cofres públicos), e não aceitam a lógica do atendimento à comunidade, centrado na equipe de trabalho e promovendo o auto-cuidado.

A estratégia de Saúde da Família deve traduzir uma nova possibilidade de organização da atenção, questionadora do paradigma tradicional. Se isso não acontecer, no máximo, iremos reafirmar possibilidades racionalizadoras, anteriormente desenvolvidas, tanto no espaço acadêmico quanto no espaço dos serviços de saúde (SOUZA, 1999).

A maior conquista do PSF tem sido seu papel catalisador na melhoria da qualidade de vida das comunidades. E com o alargamento do conceito de saúde há a necessidade da busca de novos aliados: de empresas privadas, de igrejas, associações de bairros, de órgãos públicos, de outras secretarias, todos precisam se integrar quando a meta é melhorar as condições

de vida. A saúde, pela articulação que já existe pode se responsabilizar pela busca da sinergia, da colaboração entre vários atores sociais (CUNHA, 1996).

No caso da saúde, a prevenção, promoção e educação para a saúde só podem ser medidas pelas doenças que não acontecem, ou seja, pela saúde. Investir em saúde, por isso, é mais do que economizar recursos é apostar que o homem deve ser a medida das realizações da administração pública (CUNHA, 1996).

O que o PSF desenvolvendo é muito mais do que saúde é abrir os olhos, dos profissionais e da comunidade para as dificuldades encontradas e as formas de enfrentá-las e superá-las.

A fundamentação legal para o desenvolvimento das ações de atenção básica tendo como modelo estruturante o Programa de Saúde da Família está contida nos seguintes documentos (BOURGET, 2005):

- Constituição Federal;
- Leis Complementares 8.080 e 8.142;
- Normas Operacionais do Ministério da Saúde;
- Portaria GM/MS nº 1.882, de 20/12/1.997; e especificamente
- Portaria n.º 1.444, de 28 de Dezembro de 2.000, Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85 que, “Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família”.

Constituição Federal, Leis 8.080 e 8.142

A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 198 estabeleceu que “...a saúde é direito de todos e dever do Estado...” e que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única;

- Atenção integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo da assistência; e

- Participação da comunidade”.

As instituições do setor privado podem participar do sistema em caráter complementar, isto é, quando o setor público não for suficiente para a assistência à população (artigo 199) (BRASIL, 1988).

O detalhamento estabelecido na Constituição Federal está contido nas Leis 8.080 de 19 de Setembro de 1990 e na Lei 8.142 de 28 de Dezembro do mesmo ano (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b).

A Lei 8.080 batiza oficialmente o sistema público de “Sistema Único de Saúde”, e anuncia seus princípios e diretrizes:

“...I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços da assistência à saúde da população;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos...”

Ainda segundo este mesmo documento legal, as competências da União, dos Estados e dos Municípios estão apresentadas na Figura 6.



Figura 8 - Atribuições da União, Estados e Municípios – Lei 8.080
Fonte: BOURGET, 2005.

Neste sentido, a legislação anterior (Lei 6.229), que pulverizava as atribuições do setor saúde deixando cada instância governamental com uma fatia do sistema foi revogada (BRASIL, 1975). A legislação atual passou a recomendar a integração interinstitucional, a descentralização e a responsabilização crescente dos municípios na gestão dos sistemas de saúde (BRASIL, 1990b).

As grandes mudanças propostas na Lei 8.080 são acompanhadas por um conjunto de Normas Operacionais na década de 90 e, desde então, o Sistema Único de Saúde vem sendo gradativamente implantado em todo território nacional. Foi neste período, por exemplo, que o INAMPS, órgão do Ministério da Previdência Social, foi extinto e todos os seus serviços foram sendo gradativamente transferidos para os Estados e Municípios, com estes últimos assumindo a gestão dos sistemas de saúde, em diferentes gradações, dependendo do nível de organização de cada um.

Convém observar que constitui-se em atribuição dos municípios a gestão e execução dos serviços de saúde.

A Lei 8.142, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990a). É esta lei que estabelece, em seu artigo 1º, que o SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- a) Conferência de Saúde
- b) Conselho de Saúde

“...§ 1º As Conferências de Saúde reunir-se-ão a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde”

§ 2º o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Com relação aos recursos financeiros na área da saúde, o Artigo 2º desta mesma Lei estabelece:

“...Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

§ Único – Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Cabe ainda destacar o Artigo 4º da Lei 8.142 que estabelece que os municípios, para receberem os recursos financeiros previstos nesta Lei, deverão estar organizados e contando com:

- Fundo de Saúde
- Conselho de Saúde com composição paritária
- Plano de Saúde
- Relatórios de Gestão permitindo o controle
- Contrapartida de recursos financeiros para a saúde no respectivo orçamento
- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários, com previsão de prazo de 2 anos para a sua implantação.

A Lei 8.142 ainda estabelece que o não atendimento dos municípios, ou pelos Estados ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos nesta Lei, implicará em que os recursos sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Normas Operacionais: NOB 91; 93 e 96 e NOAS 2001

A legislação do SUS, a partir de 1990, foi seguida pela edição, pelo Poder Executivo, de um conjunto de Normas objetivando a efetiva operacionalização das recomendações contidas nestas leis.

As Normas Operacionais de 1991 e de 1993 foram especialmente dirigidas para a integração entre as três esferas de governo iniciando uma fase de intensa descentralização transferindo um conjunto de responsabilidades para os Estados e principalmente para os municípios.

A Norma Operacional de 1991 também criou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) estabelecendo o sistema de remuneração dos prestadores de serviços no país e o Fator de Estímulo à municipalização que se traduziu em repasses financeiros do Governo Federal aos municípios além de estabelecer condições para a instalação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, instâncias deliberativas envolvendo setores da sociedade e dos órgãos governamentais.

A Norma Operacional de 1993 levou em consideração os avanços observados e as principais dificuldades no início da implantação do SUS em todo o país, criou as Comissões Intergestores Tripartite, reunindo gestores municipais, estaduais e federal e a Comissão Intergestores Bipartite envolvendo os gestores estaduais e municipais. Foi esta Norma também que estabeleceu o Sistema de Informações Ambulatorial (SIA-SUS).

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), anunciou a implantação do PAB (Piso da Atenção Básica) estipulando um valor fixo, *per capita*, a ser repassado para os municípios organizarem a atenção básica, estabeleceu que os municípios deveriam assumir, no mínimo, a gestão da atenção básica, para firmarem o convênio com a União.

A NOB 96 anunciou também um incentivo de 2% de acréscimo no PAB para cada 5% de população coberta com o Programa de Saúde da Família (PSF) ou o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de forma que os municípios que cobrissem 100% da população com estas estratégias teriam um acréscimo de 40% no valor do PAB a ser repassado aos municípios (BRASIL, 1996a).

Assim, foi através deste incentivo financeiro que o Ministério da Saúde traduziu sua decisão de incluir o PSF e o PACS entre as estratégias prioritárias para reorganização do modelo de atenção básica desenvolvido em todo o país.

O Programa de Saúde da Família deixou de ser uma estratégia adotada em experiências isoladas no país e passou a se constituir no modelo de atenção básica recomendada para todo o Brasil.

Este modelo apresenta características que o distingue do modelo tradicional, por delimitar precisamente a área geográfica de atuação, realizar um cadastro de todas as famílias residentes nesta área, registrando informações sobre as suas condições de vida e as doenças referidas, permitindo a identificação de grupos de risco, trabalhar a assistência à saúde com enfoque familiar e não individual e dar ênfase à promoção da saúde e prevenção de doenças, além da prestação da assistência à saúde.

Os avanços observados nos anos seguintes foram significativos e no final da década, 84,99% dos municípios já estavam assumindo a Gestão da Atenção Básica e 10,14% a Gestão do Sistema Municipal de Saúde.

O número de municípios que ainda não haviam iniciado a implantação do SUS era muito pequeno, porém foram identificados problemas importantes, principalmente nos municípios com a Gestão do Sistema de Saúde que ainda não haviam assegurado a inserção e papel de referência nas redes estaduais de serviços, implicando em barreiras de acesso à população que residia em outros municípios menores e não contavam com serviços de referência.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) foi então editada para definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, integrar os sistemas municipais e estabelecer critérios para a alocação de recursos (BRASIL, 2002a).

Os principais objetivos da Norma Operacional de Assistência à Saúde foram:

- Definir o processo de regionalização da assistência.
- Atualizar os critérios de habilitação dos municípios.

- Ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica.

A NOAS apresenta como estratégia principal um conjunto de recomendações para a organização dos sistemas de referências inter-regionais e municipais, através das quais os sistemas de saúde funcionam articulados em redes e cooperativas de atenção em territórios delimitados e com populações definidas, para garantir o acesso de todos os usuários às ações e serviços de saúde que não estão disponíveis nos municípios.

A divisão dos Estados em regionais de saúde, estabelecendo os municípios pólos de regiões com a responsabilidade de atuar como referência é uma atribuição no nível estadual.

Esta Norma Operacional também estabeleceu o elenco mínimo de procedimentos a ser realizado na atenção básica que passa a ser denominada “atenção básica ampliada” e deve incluir ações voltadas para a assistência à criança, mulher, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase e Saúde Bucal.

O Piso da Atenção Básica (PAB) passa a ser denominado Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA) e os municípios passam a assumi-lo. Assim, a partir de 2001, os municípios passam a assumir no mínimo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada devendo organizar ações, neste nível de atenção, que contemplem as recomendações da União.

Cumprir destacar que os incentivos para a organização da atenção básica tendo como estratégias o PSF e o PACS foi mantido.

Portaria GM/MS nº. 1.882, de 20/12/1.997

Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia para a reorganização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população, sob o enfoque das famílias que o constituem.

O principal objetivo é a transformação do modelo tradicional de assistência, no qual os trabalhadores dos serviços de saúde aguardavam passivamente a procura dos serviços pela população, em outro no quais os

serviços de saúde têm um papel dinâmico de também ir ao encontro da população, principalmente através da visitação domiciliar.

A atenção à saúde é centrada na família e não no indivíduo isoladamente, e a família é observada no seu contexto sócio-econômico e cultural, através do seu cadastro, que reúne informações que permitem a identificação de um conjunto de fatores de risco anteriormente não percebidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 1997d).

Esta nova estratégia de atenção à saúde vem sendo implantada no país nas unidades básicas de saúde que desenvolviam o modelo tradicional de assistência ou em unidades instaladas já com esta estratégia, e os trabalhos são organizados a partir das seguintes etapas:

- Sensibilização e divulgação para a população
- Adesão
- Recrutamento, seleção e contratação de pessoas.
- Capacitação das equipes
- Treinamento Introdutório
- Educação continuada
- Acompanhamento e avaliação
- Manutenção e financiamento

A partir do princípio de que a população está acostumada com o modelo tradicional de assistência, já necessidade de uma etapa preliminar, na qual será selecionada a área de atuação onde a equipe vai ser instalada, para que a estratégia possa ser anunciada e divulgada junto à população, que precisa ser sensibilizada a respeito das vantagens desta nova forma de organizar serviços de atenção básica.

A partir do momento que foi percebida a adesão da população, deve ser iniciada os procedimentos para recrutamento, seleção e contratação do pessoal que vai atuar, cabendo destacar que a equipe mínima deve ser constituída por:

- 1 médico
- 1 enfermeiro
- 1 a 2 Auxiliares de Enfermagem

- 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde

Após a contratação, a equipe precisa ser capacitada através do “Treinamento Introdutório”, recebendo todas as orientações sobre esta estratégia de trabalho para, a seguir, iniciar a realização do cadastro das famílias, utilizando o impresso da Ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (BRASIL, 1998).

O número de famílias cadastradas depende da região onde o PSF está instalado, devendo-se para tanto cumprir com as recomendações oficiais que estabelecem um número variável de 600 a 1.000 famílias/equipes, o que corresponde a uma população de 3.000 a 4.000 habitantes.

O cadastramento das famílias propicia um bom conhecimento da população a ser assistida uma vez que permite a identificação dos riscos:

- Ambientais: áreas de invasão; de enchentes; com acúmulo de lixo; falta de água tratada; com poluição do ar, terra, águas; etc.
- Sociais: desemprego; violência; drogas; condições de moradia, etc.
- Saúde: infecto-contagiosas; crônico-degenerativas; populações de risco (criança < 1 ano e gestantes); doenças referidas pela população, etc.

Após a realização do cadastro, a equipe planeja o trabalho discutindo organizando a sua agenda, e a de cada um dos seus componentes, incluindo na mesma, períodos contínuos para a reunião da equipe onde deve acontecer a avaliação do trabalho.

Os princípios que devem nortear o trabalho da equipe de saúde da família são:

- Promover o conceito de saúde como direito de cidadania;
- Promover a família como núcleo básico de abordagem para a saúde;
- Prevenir doenças e identificar e atuar sobre os fatores de risco;
- Atender a população cadastrada preferencialmente;
- Buscar a humanização do atendimento;
- Incentivar a participação popular.

As recomendações atuais estabelecem que a atenção básica deve contemplar, no mínimo, um conjunto de ações voltadas para a assistência à

criança, à mulher, à hipertensão arterial, ao diabetes, à tuberculose, à hanseníase e à saúde bucal, e as equipes de saúde da família precisam estar atentas para cumprir com estas recomendações (BRASIL, 2002a).

É responsabilidade do nível central (regional, municipal e estadual) desenvolver um processo de educação continuada para a capacitação e atualização das equipes do PSF, contribuindo para o seu bom desempenho.

A equipe precisa ainda estar preparada para promover a integração com os demais serviços de saúde para favorecer a organização da rede da referência e contra-referência, e também com os outros serviços e equipamentos sociais existentes na região (rede social), além de promover a participação dos usuários, catalisando o processo de sua organização através dos conselhos locais de saúde.

A manutenção dos trabalhos das equipes vai depender ainda dos demais órgãos da administração pública que precisam, continuamente propiciar os materiais permanentes e de consumo necessários para operacionalização dos trabalhos, bem como dos recursos financeiros exigidos para a manutenção das equipes.

Portaria n.º 1.444, de 28 de Dezembro de 2.000

Com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, Equipes de Saúde Bucal (ESB) passaram a fazer parte da estratégia Saúde da Família. Sua regulamentação ocorreu por meio da **Portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de Dezembro de 2.000** (MS 2000a), que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela **Portaria GM/MS n.º 267, de 6 de março de 2001** (BRASIL, 2001c).

Dessa forma, foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal:

- ESB Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD). Recebia inicialmente R\$ 5.000,00 para implantação e R\$ 13.000,00 por ano para custeio.

- ESB Modalidade II: composta por CD, ACD e técnico em higiene dental (TDH). Recebia inicialmente R\$ 5.000,00 para implantação e R\$ 16.000,00 por ano de custeio.

Inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF. Dessa forma, cada ESB cobria, em média, 6.900 pessoas.

A partir da **Portaria n.º 673/GM, em 2003** (BRASIL, 2003), o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Essa mesma Portaria reajustou os incentivos de custeio das ESB Modalidade I para R\$ 15.600,00 e para R\$ 19.200,00 o incentivo anual de custeio para as ESB Modalidade II, cessando os efeitos da Portaria n.º1.444/GM, de 2000.

Atualmente, com a **Portaria n.º74/GM, de 20 de Janeiro de 2004** (BRASIL, 2004e), foram efetuados novos reajustes dos incentivos, passando cada ESB Modalidade I a receber R\$ 20.400,00 e as ESB Modalidade II a receber R\$ 26.400,00 por ano para custeio.

Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais. A partir dessa portaria, as ESB Modalidade II passaram a receber um equipo odontológico completo (cadeira odontológica, mocho, refletor, unidade auxiliar e peças de mão) para a atuação do técnico em higiene dental (THD).

2.5.1.1 INCLUSÃO DE ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

No processo da Reforma Sanitária Brasileira, a odontologia não ficou à margem, pois teve participação efetiva, com grande significado e contribuição para o Movimento Sanitário (SERRA, 1998). Após a VIII Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) e como parte do seu processo, foi realizada em Brasília a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), cujo relatório final contém um diagnóstico da saúde bucal no Brasil (NARVAI, 1997; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986).

Essencialmente, o documento da I CNSB reafirmava as críticas ao modelo hegemônico de prática odontológica vigente no País, descrito na VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1980 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980). Em 1986 a I CNSB caracterizou a prática odontológica do Brasil pela: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter monopolista e mercantilista e inadequação no preparo dos recursos humanos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986).

Com todos os apontamentos dessas Conferências, a odontologia, assim como outras profissões da saúde, ainda estavam caracterizadas pelas práticas individualistas, do tratamento mutilador/restaurador, com baixíssima cobertura e com pouca repercussão no grave quadro epidemiológico das doenças bucais da população brasileira (BOTAZZO, 1998).

Para grande parte dos profissionais da odontologia, a percepção da dinâmica entre saúde e doença aparece marcada por uma visão muito reduzida, o que resulta em planejamento e ações que muito pouco se preocupam em transformá-la (WERNECK, 1994).

Para WERNECK (1994), no imaginário da categoria odontológica, o "público" relaciona-se às "camadas socialmente menos favorecidas" da população e isto afeta diretamente as ações e programas que são realizadas nos serviços de saúde do sistema público.

A prática odontológica na sociedade brasileira se dá basicamente centrada na cura das lesões ocasionadas pelas doenças que acometem a cavidade bucal. Sabe-se que estas lesões são apenas as manifestações clínicas da doença cárie quando o que deve ser tratado é a doença em si (NARVAI, 1994).

Nos últimos anos tem-se um desenvolvimento enorme na produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados aos problemas odontológicos. NARVAI (1994) relata que os gastos relacionados a odontologia por ano no Brasil estão em torno de 3,4 bilhões de dólares, incluindo entre outros aspectos, a formação, remuneração de recursos humanos odontológicos e o faturamento das indústrias de materiais, equipamentos e produtos de higiene bucal.

Neste molde o autor caracteriza a profissão odontológica centrada na ação individual, realizada exclusivamente por um sujeito individual – o cirurgião-dentista, no restrito ambiente clínico-cirúrgico e reafirma:

“O que se tem predominantemente no Brasil, determinando as características essenciais do modelo de prática hegemônico, é uma odontologia de mercado, sob influência política-ideológica do projeto de sociedade neoliberal (NARVAI, 1994)”.

Tais aspectos exercem fortes influências no desenvolvimento de tecnologias e da própria ciência em saúde bucal. Essas tecnologias não favorecem em níveis importantes, a resolução dos problemas odontológicos que acometem a população, pois, como citado anteriormente, são de alto custo, baixa cobertura e rendimento, e apresentam enfoque curativo, tecnicista, dentre outros aspectos apontados em conferências de saúde, congressos e eventos da área (BOTAZZO; FREITAS, 1998).

Conforme PINTO (1992), as condições de acesso, diante do exposto, ficam seriamente comprometidas, pois aproximadamente 2/3 dos trabalhadores brasileiros não têm condições de serem atendidos em clínicas privadas, nas quais se concentram ¾ do tempo da força de trabalho ofertado pelos cirurgiões dentistas. Isso tem resultado que, de todo investimento em ciência e tecnologia na área de saúde bucal, apenas uma parte dela pode ser

relacionada e aplicada aos problemas de saúde bucal de relevância em Saúde Pública.

O Ministério 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 de 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 através da portaria no. 1444, de 28 de dezembro de 2000 criar incentivos para o financiamento da reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na estratégia do PSF ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, criando a Equipe de Saúde Bucal (ESB), que atuará com o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2004c). Tal instrumento foi regulamentado pela Portaria GM/MS no. 267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2004d).

Conta com a incorporação das seguintes responsabilidades por parte das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (BRASIL, 2004b):

- Definir a estratégia de inclusão das ações de saúde bucal nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.
- Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolutividade das ações de saúde bucal no PSF.
- Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal com as equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e/ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.
- Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica e dos demais níveis de complexidade do sistema.

- Definir fluxo de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.

- Proporcionar em parceria com a SES, a capacitação e a educação permanentes dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou dos Centros Formadores de Recursos Humanos e/ou de outras instituições formadoras.

- Tornar disponíveis materiais didáticos para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

- Alimentar a base de dados do SIA/SUS de acordo com as Portarias que o regulamentam.

Em março de 2004, o MS lançou o “Brasil Sorridente”, política nacional de saúde bucal, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população Brasileira. Cinco frentes de ação foram estabelecidas: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas. Para ampliar o acesso à rede básica houve um aumento nos incentivos financeiros das ESB no PSF, com investimentos iniciais na ordem de R\$ 18,9 milhões, resultando em um crescimento de 106% das ESB no PSF entre dezembro de 2002 e setembro de 2004 (BRASIL, 2004b).

A partir da incorporação da ESB no PSF a equipe mínima começou a ser composta por: Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Dentista, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário. E desde este momento ficou entendido que esta seria a composição da ESF, e não aquela forma ambígua que separa em Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal (ESB), mesmo porque não é possível e, por mais que alguns tentem não se conseguirá dissociar a saúde bucal da saúde geral (BOURGET, 2005).

No aspecto relativo aos profissionais, merece destaque a incorporação do dentista e dos profissionais de nível médio da área de saúde

bucal no PSF de Curitiba (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996), uma das pioneiras na questão da saúde bucal no PSF.

É importante ressaltar que o PSF não conflita, em nenhum de seus princípios básicos ou formas de operacionalização, com a espinha dorsal do Sistema Nacional de Saúde. Alguns equívocos possíveis podem surgir na consideração da clientela encerrada em fronteiras, em contraposição ao princípio da universalidade. A posição do município de Curitiba – PR resume bem esse impasse: impacto na qualidade de assistência mais solidariedade (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

O momento da construção dessa prática substitutiva, o PSF, vai ter que se fazer ancorado num horizonte técnico – a adscrição das famílias, mas inspirado por uma realidade conjuntural exigente e inegociável: a defesa da universalidade da atenção (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Na última década, a redução de cárie dentária na população infantil foi significativa. Em 1986, o Ministério da Saúde constatou que o Índice CPOD (número de dentes permanentes cariados, perdidos e/ou obturados) em crianças de 12 anos era, em média, de 7 dentes. Em 1996, tal índice caiu para 3 dentes afetados pela doença cárie na mesma faixa etária, ou seja, uma redução de 54%. Esse dado coloca o País bem próximo do índice considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000, que estabelece como meta o máximo de 3 dentes cariados, perdidos ou obturados aos 12 anos de idade. Estima-se que tal indicador sofreu esta redução significativa devido a fluoretação da água de consumo público, à obrigatoriedade de inclusão de flúor em todos os cremes dentais comercializados no país e aos diversos programas de prevenção, promoção e assistência em saúde bucal desenvolvidos por Estados e Municípios.

A implantação de equipes de saúde bucal no PSF é recente, o que torna sua avaliação limitada. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se consolidar um novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos de saúde bucal vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar. Desta maneira caracteriza-se na constituição de um novo paradigma para a prática pública de saúde bucal, caracterizado na

consolidação dos princípios do SUS, que se efetivará por meio de uma prática de atenção de saúde bucal que realmente trabalhe com a equidade e a universalidade das ações básicas de saúde bucal; que concretize por meio do exercício cotidiano do planejamento estratégico, a hierarquização e a descentralização; e que, na prática, promova e participe do controle social.

Autores como NARVAI (2001), SOUSA (2002a), MEDINA; AQUINO (2002) e BALDANI (2003), têm questionado as formas de implantação do PSF e da inclusão das ESB no Brasil. São levantadas questões em relação às diferenças nas realidades locais, capacidade de atendimento, recursos humanos, financiamentos, etc. No que tange as ESB, como a implantação se deu tardiamente, há que se considerar dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, bem como diferenças nas formas de implantação das ESB (LOURENÇO,2005).

Atividades da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família

As atividades na atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

Os integrantes das equipes de saúde devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (ALMEIDA, 2003).

A tomada de decisões deve ser uma constante no desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde e deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-

efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (ALMEIDA, 2003).

Quanto a comunicação, os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio das tecnologias de comunicação e informação (ALMEIDA, 2003).

No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (ALMEIDA, 2003).

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (ALMEIDA, 2003).

Em relação à educação permanente, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua própria educação e o treinamento/capacitações das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (ALMEIDA, 2003)., inclusive, estimulando a formação e a cooperação através dos pólos de educação e instituições de ensino técnico e de ensino superior.

Na Carta de Ottawa²¹ (1986) está escrito que é necessário capacitar as pessoas para aumentarem o controle sobre a sua saúde e para melhorá-la (vantagens econômicas diretas e indiretas).

A promoção de saúde foi conceituada como o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (MENDES, 1996). Para LUPTON (1995), a maior ênfase da retórica promocional da saúde está em estimular a “saúde positiva”, prevenir doenças mais do que tratá-las, desenvolver indicadores de desempenho baseados em objetivos específicos, usar a mídia para “colocar no mercado” comportamentos e atitudes (estilos de vida) saudáveis, focar no trabalho com comunidades o estímulo à respectiva participação nas proposições com vistas a desenvolver ambientes saudáveis e, também, diminuir os crescentes gastos na assistência à saúde (DIAS, 2006).

As ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família devem expressar os princípios e as diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais (BRASIL, 2004b):

- Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- Adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde da família;
- Integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema único de Saúde;

²¹A Carta de Ottawa advoga que a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e que é somente através das ações de promoção que as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam cada vez mais favoráveis. Considera que esses recursos são: paz – redução da violência; habitação – condições dignas de moradia, tanto em relação ao espaço físico quanto ao assentamento legal; educação – cumprimento do ensino compulsório, redução da evasão escolar e revisão da qualidade de ensino; alimentação – garantia de política municipal de geração e de mecanismos de troca de produtos alimentícios e, principalmente, garantia de alimento na mesa da família; renda – a geração de renda para todos e com volume compatível com a vivência; ecossistema saudável – ar salubre, água potável disponível 24 horas por dia, alimentos existentes em quantidade suficiente e de boa qualidade; recursos renováveis – o mais importante é o próprio homem, que se renova cada vez que se recupera de um mal-estar... os serviços de saúde devem estar aptos para atender o homem em todos os seus níveis de complexidade, seja com recursos próprios ou em parceria com outros municípios; justiça social e equidade - a iniquidade é caracterizada pela diferença de velocidade com que o progresso atinge as pessoas...avaliada indiretamente pela área geográfica em que o cidadão reside. Dessa forma é que se busca, através do esquadramento do município em territórios homogêneos, observar os determinantes e suas conseqüências ao bem-estar. A promoção da equidade é feita pela redução dos efeitos nocivos à salubridade e pelo reforço dos fatores positivos (BRASIL, 1990c)

- Definição da família como núcleo central de abordagem;
- Humanização do atendimento;
- Abordagem multiprofissional;
- Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- Educação permanente dos profissionais;
- Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do PSF tem como principais objetivos (Brasil, 2004b):

- 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 Programa de Saúde da Família;
- 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.

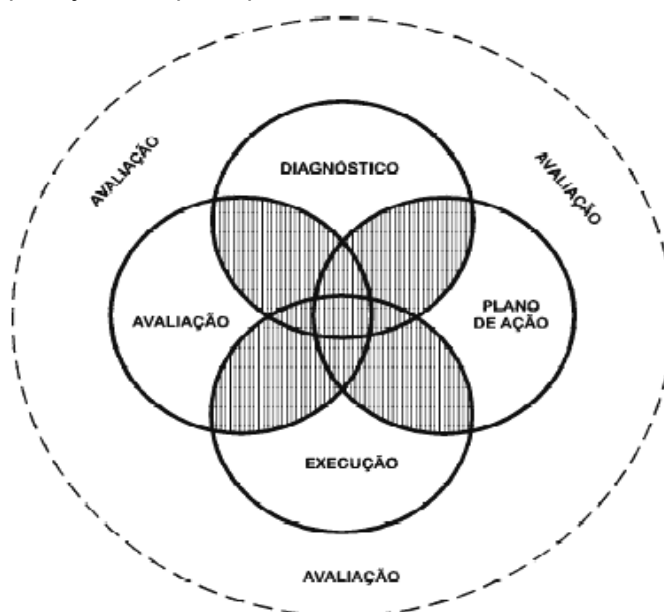
2.6 PLANEJAMENTO

Planeja-se desde que o homem se descobriu com capacidade de pensar antes de agir. Todo ser humano é um planejador naquilo que lhe interessa, mesmo que o faça inconsciente. O ato de planejar, portanto, voluntário ou involuntário, consciente ou inconsciente, faz parte do nosso cotidiano. É inerente ao ser humano. Para atingir seus objetivos mais imediatos, e as vezes a longo prazo, todas as pessoas, algumas mais

freqüentemente, outras menos, fazem planos. O ato de planejar está sempre relacionado a uma visão de futuro (SILVA, 2002).

Planejar é compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum (BRASIL, 2001): preparar bem uma ação, decidir o que fazer, acompanhar sua execução, reformular decisões tomadas, redirecionar sua execução e avaliar os resultados (FIGURA 9).

Figura 9 – Esquematização das etapas do planejamento, identifica a interdependência destas quatro etapas no planejamento participativo.



Fonte: SÃO PAULO, 1997

O planejamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional, é uma arma poderosa para apoiar o desenvolvimento administrativo das organizações e dos sistemas. Promover uma cultura institucional em que os agentes estão habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas é uma excelente forma de melhorar a qualidade e a efetividade do trabalho. Na medida em que o planejamento educa os agentes sociais a analisar de forma sistemática as organizações, os sistemas e as variáveis significativas do contexto, as necessidades e as possibilidades de atendê-las, a pensar estrategicamente vislumbrando os rumos e caminhos

possíveis, ele exerce forte influência sobre o compromisso das pessoas com os objetivos traçados (TANCREDI, 1998).

O planejamento é uma ferramenta que nos ajuda a influir nos resultados futuros de nossas ações, contribui para ensinar a pensar antes de agir. As pessoas que não planejam suas ações são obrigadas a improvisar e correm o risco de não atingir os resultados pretendidos (SILVA, 2002).

Segundo TANCREDI (1998) o planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador; o planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação, é uma visão administrativa que envolve um variado número de atores sociais. A maior riqueza do planejamento está no processo em si de planejar, pois todos que de alguma forma se envolveram em um planejamento sabem que o melhor é no processo de análise e discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho.

O planejamento é uma seqüência de procedimentos sistematizados através do qual pretendemos transformar uma situação indesejada em outra, desejada. É um processo no qual os problemas de uma organização ou setor são identificados e resolvidos, permitindo assim, um funcionamento mais adequado com a realização de uma seqüência de procedimentos que permitam que a organização alcance mais eficiência. O ponto de partida é um bom conhecimento da realidade, sendo esta condição entendida como diagnóstico de situação, que se pretende transformar com a realização deste processo (BOURGET, 2005a).

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja dela decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. MERHY define planejamento como “modo de agir sobre algo de modo eficaz” (TANCREDI, 1998).

Para LEVEY e LOOMBA:

“planejamento é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher os planos prioritários, iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema” LEVEY e LOOMBA (apud TRANCREDI, 1998).

O planejamento é a função administrativa, que determina antecipadamente quais são os objetivos que devem ser atingidos e como se fazer para alcançá-los. Trata-se, pois, de um modelo teórico (FIGURA 10) para a ação futura. Começa com a determinação dos objetivos e detalha os planos necessários para atingi-los da melhor maneira possível. Planejar é definir objetivos e escolher antecipadamente o melhor curso de ação para alcançá-los. O planejamento define onde se pretende chegar, o que deve ser feito, quando, como e em que seqüência (CHIAVENATO, 2000).

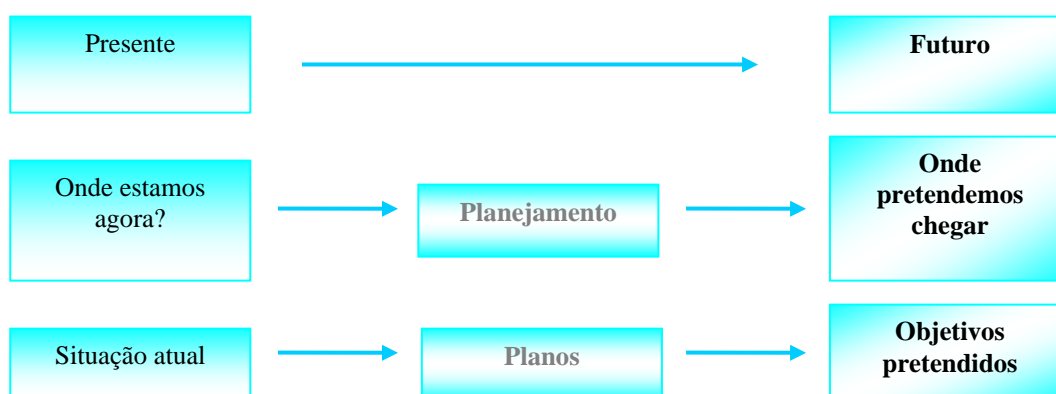


FIGURA 10 – As premissas do planejamento em saúde da implementação da ESB 33
Fonte: CHIAVENATO, 2000.

Afirma TANCREDI, em 1998, que no setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Para melhor planejar é necessário responder a dois questionamentos básicos: Onde estou? e para onde quero ir? Tendo-se uma razoável clareza

de como responder a essas duas perguntas pode-se planejar e verificar o que se pode fazer para sair do momento atual (de onde estou) para chegar na situação desejada (situação objetivo). Pode-se considerar o ato de planejar, portanto, como a utilização de uma ferramenta (Figura 11) que auxilie a passar de uma situação atual para uma situação objetivo (SILVA,2002).



FIGURA 11 – Ferramenta utilizada no planejamento da ESB 33
Fonte: SILVA,2002

Basicamente, para se montar um plano ou projeto deve-se questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja: “o quê”, “por quê”, “como”, “quando”, “quanto”, “com quem” e “como o quê” (TANCREDI, 1998).

Quando se fala em saúde pública, TANCREDI (1998) confirma que o planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar. O plano, portanto, constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, sendo o gerente o responsável por executar essa tarefa.

O planejamento constitui-se em excelente oportunidade de praticar o trabalho em equipe, uma das diretrizes mais importantes deste modelo de atenção básica. Reunir toda a equipe para discutir a identificação dos problemas, socializar e envolver nesta discussão os usuários cadastrados através dos seus segmentos organizados quando houver, e até mesmo outras instituições e organizações da micro-área seguramente vão tornar este processo muito mais consistente, além de comprometer um número maior de atores sociais com os planos de trabalho a serem elaborados (BOURGET, 2005a).

As etapas do planejamento são:

1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é uma leitura da realidade e o estabelecimento de prioridades; uma atividade coletiva; a coleta e análise de dados primários e secundários e a discussão, análise e interpretação dos dados, com as relações de causa/efeito. Compreendendo a coleta de dados, a discussão, análise e interpretação dos dados, e o estabelecimento de prioridades.

O diagnóstico serve para identificar a maneira como os grupos percebem, tomam decisões, agem ou reagem perante uma situação-problema de saúde/doença (ex: promoção, direito à saúde, prevenção, participação, tratamento, direito à cidadania, reivindicação). O conhecimento das habilidades, atitudes, prática/ação dos indivíduos em relação aos problemas auxilia na análise e na escolha de estratégias.

O ponto de partida é um bom conhecimento da realidade local sendo esta entendida como o diagnóstico da situação que se pretende transformar com a realização deste processo (BOURGET, 2005a).

O diagnóstico é uma leitura da realidade, que se aproxima o mais possível da “verdadeira realidade”, permitindo a compreensão e a sistematização dos problemas e necessidades de saúde de uma população, bem como o conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais. Deve permitir também o conhecimento das causas (variáveis) e conseqüências de seus agravos de saúde, e como estes influenciam e são influenciados por fatores econômicos, políticos e de organização dos serviços de saúde e da sociedade (SÃO PAULO, 1997).

É necessário conhecer as características sociais, demográficas, epidemiológicas e culturais da população residente; as características do território (não é compreendido apenas como um espaço geográfico, mas, sim, como o local em que se dá o processo de vida da comunidade, a interação de distintos atores sociais com qualificações sociais, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e históricas distintas em relação aos recursos sociais e de saúde, infra-estrutura urbana e relações de poder econômico e político (as organizações que compõem a rede social incluindo segmentos organizados que representem os usuários dos serviços) (TANCREDI, 1998), informações sobre os indicadores e coeficientes de saúde e a capacidade instalada na área da saúde (rede física, recursos humanos, equipamentos, materiais de

consumo. O diagnóstico da situação deve ser o mais abrangente possível (BOURGET, 2005a).

O diagnóstico é o momento da identificação dos problemas, suas causas e conseqüências, e principais características. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados (SÃO PAULO, 1997).

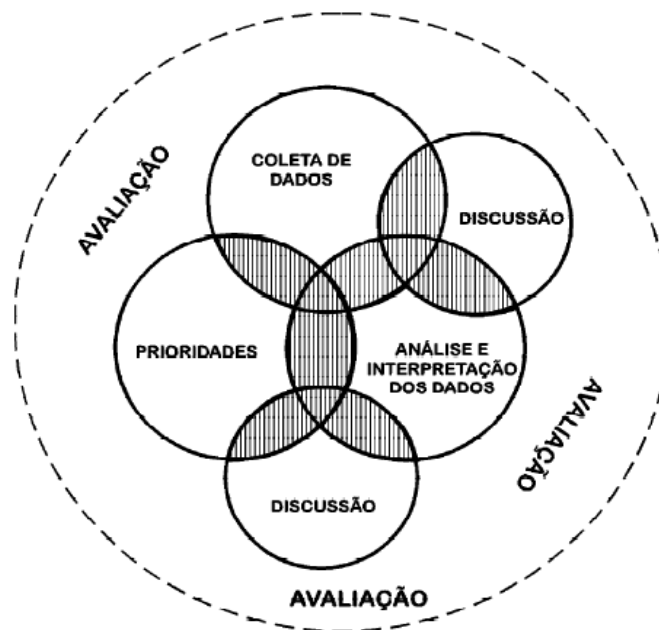


Figura 12 – Esquematização das etapas do diagnóstico
Fonte: SÃO PAULO, 1997

A coleta de dados deve propiciar a leitura da realidade concreta, a sua compreensão, a identificação dos problemas e necessidades de saúde de determinados grupos e/ou população. Deve também obter dados para o conhecimento de suas características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas, entre outras. Direta ou indiretamente, fornece subsídios sobre as principais causas dos agravos de saúde e sua inter-relação com os fatores relacionados à organização de serviços de saúde e outros, mostrando, também, como todos os envolvidos agem e reagem frente aos problemas identificados (SÃO PAULO, 1997).

A identificação dos pontos que não satisfazem ou aqueles que podem ser melhorados, as situações que causam incômodo, vão se constituir no que se denominam “problemas” (BOURGET, 2005a).

Durante a identificação dos problemas a serem incutidos no planejamento deve-se relacioná-los ao nível de governabilidade do setor e dos superiores imediatos, pois o que pode ser resolvido com as modificações ou implantação de ações do grupo, que pode se solucionado pelo setor ou que podem ser realizados pelos superiores imediatos podem ser selecionados, discutidos e planejados, porém aqueles que resultam de resolução por instância maior devem ser discutidos e levados ao conhecimento da chefia imediata para que possa levar ao nível de governo que poderá resolver essa dificuldade.

Os problemas selecionados devem ser relacionados de acordo com seu grau de importância para aquele grupo (alta, média e baixa importância); deve-se proceder a descrição dos problemas através de fatos e afirmações necessárias e suficientes, para demonstrar a real necessidade de solucionar essa divergência. Cada incômodo identificado deve ser declarado e descrito; a declaração corresponde ao enunciado do problema, que deve ser claro e objetivo e se possível mensurável. Deve-se anotar o nome do ator que o declara (TANCREDI, 1998).

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades em saúde e auxiliar o planejamento dos serviços (TANCREDI, 1998).

Segue-se então a pergunta: qual é o fato que origina o problema que foi descrito?; descobrindo-se assim quais as causas do incômodo, até que o grupo se sinta satisfeito com a explicação.

Estabelecimento de Prioridades é a última fase do diagnóstico. Neste momento, equipe de saúde, grupos e população interessada definem, entre os problemas identificados, aqueles que são passíveis de intervenção, no nível da organização de serviços, de socialização do conhecimento científico atual, da participação da população, em nível individual e/ou coletivo, que contribuirão para a melhoria da saúde da comunidade (SÃO PAULO, 1997).

A partir dessa decisão, o próximo passo é a elaboração do PLANO DE AÇÃO, detalhando as atividades que deverão ser desenvolvidas, definindo: objetivos, população-alvo, recursos humanos, materiais e financeiros necessários, estratégias de execução e critérios de avaliação (SÃO PAULO, 1997).

2. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é o detalhamento das atividades e deve conter: os objetivos, a população-alvo (a quem se destina), a disponibilidade de recursos humanos, quais e quantos recursos materiais e financeiros estão disponibilizados ou são necessários, quais estratégias serão utilizadas e quais serão os critérios de avaliação de forma bem clara para que se possa saber quais são as metas a serem atingidas. E para a execução e avaliação, propriamente a operacionalização do plano de ação e a verificação de que os objetivos propostos foram ou não alcançados. Incluindo a determinação de objetivos, população-alvo, metodologia, recursos e cronograma de atividades.

Os mesmo autores também se referem a interdisciplinaridade, ou seja, troca de conhecimento específico entre as diversas áreas do serviço público envolvidas com a criança, bem como a possibilidade de organização e execução de projetos e trabalhos, de maneira conjunta e complementar. Os profissionais de saúde e educação têm o papel de assessorar a família no compromisso que têm com o processo educativo da criança em idade escolar.

Desse modo, complementam ainda os autores PENTEADO; BICUDO em 1996 que na saúde bucal orientada nas escolas, deveriam estar envolvidos profissionais da saúde como: o odontólogo, fonoaudiólogo, auxiliar de odontologia, bem como todos os profissionais envolvidos na educação, tais como: pedagogos, professores, pajens de creches, merendeiras, isto é, todos que estejam direta ou indiretamente ligados aos educandos. Dentro das necessidades que as crianças venham apresentar, estes profissionais devem ser assessorados por psicólogos, otorrinolaringologistas, pediatras, nutricionistas, dentre outros, o que favorece a interação de especialidades no serviço de saúde, condição essencial para o desenvolvimento de ações

contextualizadas numa proposta ampla de saúde e não mais de ações fragmentadas.

Após o diagnóstico da situação a primeira coisa a ser feita é o estabelecimento dos objetivos: saber onde se pretende chegar para se saber como chegar lá. Os objetivos são os alvos escolhidos que se pretende alcançar dentro de um espaço de tempo, aplicando-se determinado recurso, são pretensões futuras (CHIAVENATO, 2000).

Discute-se cada item dos problemas levantados para definir as metas e objetivos que podem ser alcançados e a forma de torná-los viáveis. Ocorre então a hierarquização dos problemas encontrados, ou seja, a determinação de prioridades (que não significa exclusividade e sim ênfase, pressupondo que o dano ou grupo que ficou em posição secundária será contemplado com um menor volume de tempo ou de recursos).

Os problemas identificados e classificados (hierarquização) são tantos que na maioria das vezes temos dificuldade em saber por onde começar. Portanto há necessidade de estabelecer uma ordem de importância, as prioridades; para sua definição podemos utilizar os critérios: de Magnitude (qual a quantidade da população que é afetada pelo problema); de Vulnerabilidade (se existe meios para resolver ou combater o problema); a Eficácia (os efeitos dos meios que podem ser utilizados); a Eficiência (relação entre os custos e os resultados das medidas adotadas); a Transcendência (qual a gravidade e o impacto do problema) e a Atitude da comunidade (qual o grau de importância atribuído pela população) (BOURGET, 2005b).

É necessário avaliar o prazo de maturação do plano, identificar as operações capazes de produzir mudanças desejadas, dimensionar o alcance e a natureza dessas operações, verificar os nós críticos (significa que determinado problema tem elevada importância específica segundo PINTO em 1994), e junto a equipe refletir sobre as variáveis: tempo que se pretende alcançar os objetivos (colocando uma data específica para cada problema), quais os recursos necessários para a realização das metas, a análise do impacto que cada operação irá gerar sobre os problemas e comparar a situação iniciou com aquela desejada. De forma a ajustar as operações para

atingir as metas ou concluindo pela impossibilidade de potencializar o impacto delas reduzindo as metas para as que sejam realmente factíveis de realizar.

3. EXECUÇÃO

O que preciso?

1. Recursos humanos: citar os profissionais que estarão envolvidos na intervenção educativa.
2. Recursos didáticos: apostilas, manuais, normas técnicas, etc.
3. Recursos materiais: listar todo material necessário: pincel atômico, giz, cartolina, cola, tesoura, papel sulfite, fita crepe, papel pardo, pintura a dedo, etc.
4. Recursos audiovisuais: fita de vídeo, transparências, "slides", álbum seriado, pranchas e outros instrumentos didáticos artesanais.
5. Equipamentos: retroprojeter, videocassete, projetor de "slides", cavalete para álbum seriado, etc.
6. Recursos financeiros

Caso seja necessário a compra de materiais, detalhar preço unitário e o total de material a ser adquirido, tanto de consumo como permanente. Não havendo necessidade de compra, citar quem oferecerá o material a ser utilizado. Se necessário, solicitar recursos para pagamento de serviço de terceiros (destinado, por exemplo, à hora/aula para monitores convidados).

Implicando na operacionalização do plano de ação. Passa-se então para a seleção dos atores envolvidos nos problemas levantados e qual deles será o responsável pela execução do plano de ação sobre aquele determinado incômodo no tempo que foi pré-estabelecido.

A execução do plano de ação são as operações, as ações, atividades ou projetos que deverão ser desencadeadas para o enfrentamento do problema; uma combinação de recursos econômicos, cognitivos, organizativos e de poder com a finalidade de alcançar um resultado coincidente com o objetivo proposto.

Cada ator ficará responsável por determinado problema e terá um tempo delimitado para executar essa tarefa, sendo que um dos atores será responsável por dar suporte técnico e direcionamento aos demais atores, será a pessoa que ficará encarregada de cobrar as atividades propostas e de lembrar datas, bem como auxiliar nas dificuldades dos demais integrantes do grupo, como um monitor.

Existe a necessidade de estar presente junto aos executores, inclusive para revisar e adaptar o que foi previsto em função das exigências do dia-a-dia. Isto não significa que um plano deva ser constantemente modificado face à realidade, mas sim que a compreensão das resistências e das linhas de sua superação continua um componente essencial para que se alcance o êxito esperado (PINTO, 1994).

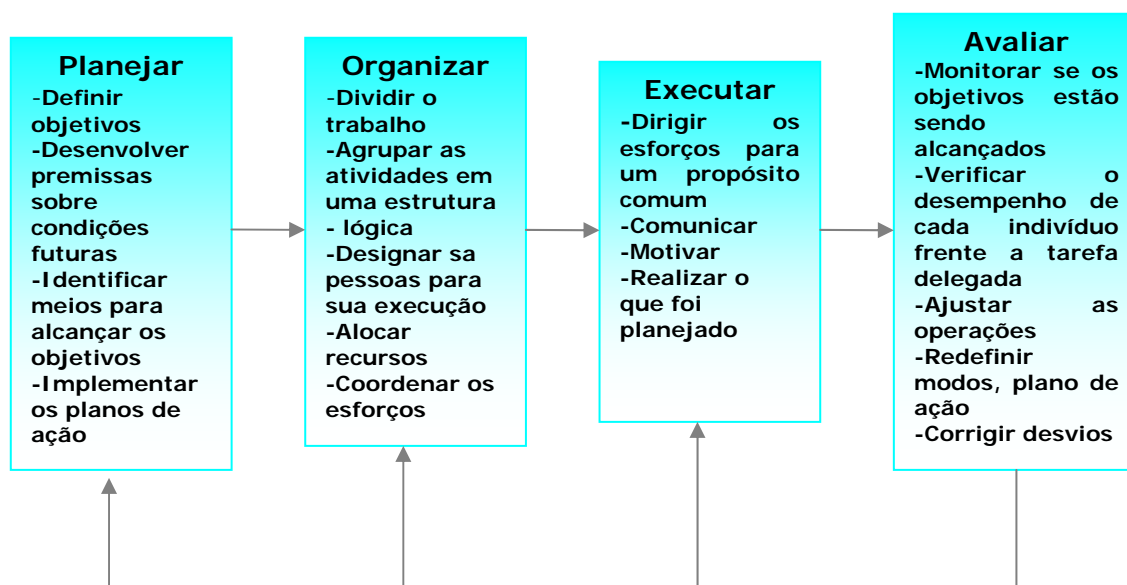


Figura 13 - Funções de cada etapa do planejamento
Fonte: CHIAVENATO, 2000.

4. AVALIAÇÃO

Toda ação deve ser acompanhada de modo crítico para que as correções necessárias se procedam no momento oportuno e ser avaliada para saber se os objetivos e metas foram plenamente atingidos (PINTO, 1994).

Incluiu a verificação de que os objetivos propostos foram ou não alcançados.

A avaliação em saúde pode ser definida como sendo “o procedimento pelo qual se determina o grau de êxito alcançado na execução de objetivos predeterminados” (OLIVEIRA, 1997), ou como “uma investigação sobre a performance de um programa em termos de seu sucesso ou insucesso no alcance de objetivos preestabelecidos” (BLINKHORN, 1993).

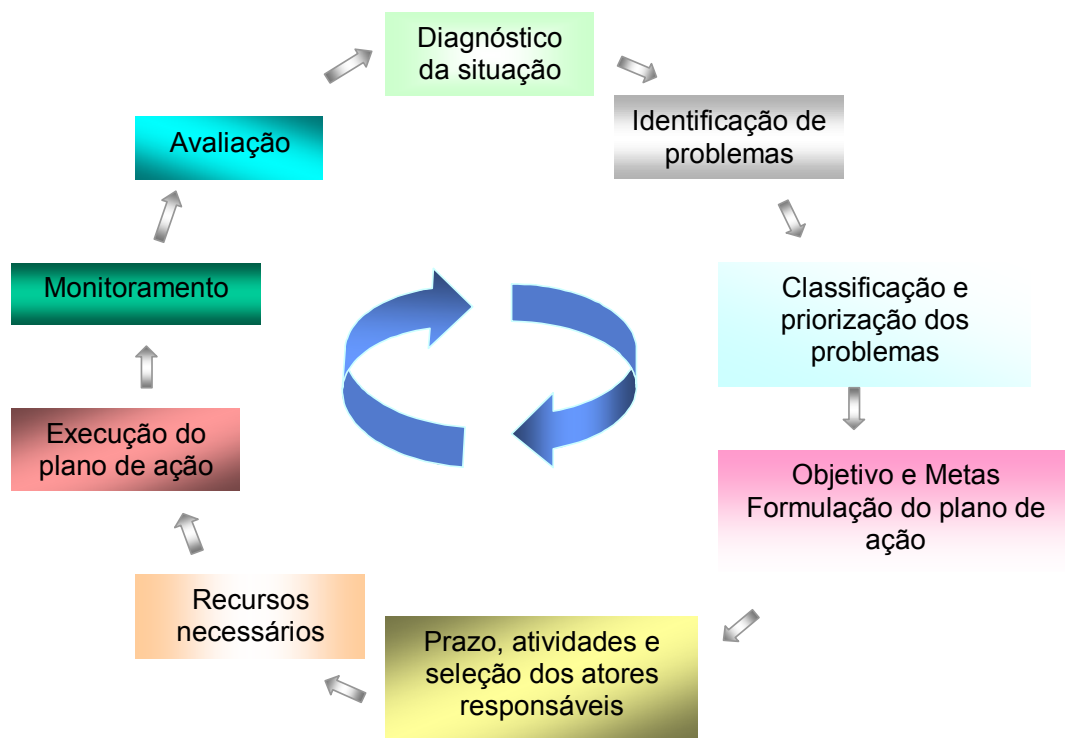


Figura 14 – As etapas do processo de planejar
Fonte: BOURGET, 2005a, modificado.

O planejamento de políticas públicas de saúde deve estar pautado no conhecimento dos problemas e necessidades da população, direcionando melhor os recursos disponíveis (SALES-PERES, 2002).

2.7 Levantamentos epidemiológicos

O conceito de que saúde é um produto social, e como tal não pode estar separado do desenvolvimento social do indivíduo e das condições de sua

comunidade. Os estudos epidemiológicos se tornam essenciais à percepção de que a saúde não pode ser alcançada somente através dos serviços de saúde, mas que é preciso convertê-la em necessidades do indivíduo e em objetivo da vontade política dos governos (SEPA, 1998).

Os levantamentos básicos de saúde bucal não têm por objetivo coletar informações acerca dos fatores etiológicos que afetam a distribuição ou a severidade das doenças, ou acerca da eficácia clínica dos diversos procedimentos preventivos ou curativos. Contudo, as informações obtidas utilizando-se os levantamentos básicos podem ser empregadas para a monitorização dos aspectos da eficácia dos serviços de tratamento bucal (OMS, 1999).

Considerando que o conhecimento da realidade epidemiológica é fundamental para o planejamento, estruturação, execução e avaliação de toda e qualquer ação relacionada com serviços de saúde, no tocante às condições de saúde bucal de dada população é imperiosa a realização de estudos visando ao monitoramento da distribuição dos principais problemas de saúde bucal na população e de suas causas (SOUZA; BERGAMASHI, 1999).

Inúmeras publicações confirmam a ocorrência de uma significativa elevação dos níveis de saúde bucal na maioria dos países altamente urbanizados e mesmo entre alguns incluídos no grupo dos chamados emergentes (MEDEIROS, 2001).

Segundo PINTO (2000), uma das mais notáveis características das sociedades modernas é a constante mudanças de parâmetros e de bases de referência, na tentativa de acompanhar o ritmo cada vez mais acelerado de inovações tecnológicas que repercutem também com crescente velocidade e profundidade sobre os costumes sociais. Dificilmente poderiam a ciência e a prática da odontologia permanecer imunes a esse processo. Transformações impressionantes se deram ao longo dos últimos anos no quadro epidemiológico, primeiro nos países altamente industrializados e em seguida nas nações em desenvolvimento, aí incluindo o Brasil e boa parte da América Latina.

O quadro epidemiológico brasileiro, em termos de saúde bucal, reflete com nitidez algumas das principais características da nossa sociedade:

economia não estável, agudas desigualdades salariais e sociais, sistema educacional com ênfase na formação de nível superior, produção agrícola voltada para a exportação, grande número de pessoas de baixa renda e em estado de pobreza relativa ou absoluta (PINTO, 1997).

Em odontologia, utiliza-se como critério de seleção dos problemas de magnitude, severidade e vulnerabilidade do dano à saúde, impacto potencial das medidas de controle, a transcendência social do problema e o grau de interferência na qualidade de vida dos indivíduos (PINTO, 1994). Apesar de alguns autores admitirem que as condições de saúde bucal melhoraram nas últimas décadas (NADANOVSKY, 2000; PINTO, 1996; WEYNE, 1997), a cárie dentária permanece como um grande problema de saúde pública, tanto no Brasil (ANDRADE, 2000; BRASIL, 1998; BRASIL, 2001) como na maior parte do mundo (LORETTO, 2000; MARTINS, 1999; WEYNE, 1997).

No entanto, esses mesmos estudos apontam para a melhoria do nível global dos indicadores de cárie dentária, foi acompanhada pela polarização do agravo nos grupos de população mais submetidos à privação social (BALDANI, 2002). Há concentração da doença cárie e as necessidades de tratamento em uma pequena parcela da população (20-40%), sendo que a maior parte apresenta-se praticamente livre de cárie (40-60%), esta ocorrência é conhecida como “fenômeno da polarização” (SALES-PERES, 2002).

O quadro epidemiológico brasileiro, em geral, e do Estado do Paraná, em particular, expressa a persistência de importantes desigualdades sócio-culturais, econômicas e políticas (BALDANI, 2002). Têm-se observado grupos específicos de população que permanecem com elevada prevalência de cárie dentária; de modo geral, a especial vulnerabilidade ao agravo está associada à exposição mais intensa aos fatores de risco e à privação social (MARTINS, 1999).

O conhecimento da situação de saúde bucal de diferentes grupos populacionais, por meio de levantamentos epidemiológicos, é fundamental para o desenvolvimento de propostas de ações adequadas às suas necessidades e riscos, bem como para a possibilidade de comparações que permitam avaliar o impacto dessas ações.

Os levantamentos em saúde bucal fornecem uma base sólida para as estimativas das condições atuais de saúde bucal de uma população, bem como suas futuras necessidades quanto aos cuidados de saúde bucal. Eles produzem dados básicos confiáveis para o desenvolvimento dos programas nacionais ou regionais de saúde bucal e para o planejamento da quantidade e do tipo de profissionais adequados para o tratamento bucal (OMS, 1999).

Entende-se por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente a realidade de mundo e assim vincula pensamento e ação.

Desta forma nada pode ser um problema intelectual, se não tiver sido, num primeiro momento, um problema da vida cotidiana. As questões da pesquisa estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente determinadas, surgem da inserção na realidade, nela encontrando suas razões e objetivos (MINAYO, 2002; GOLDENBERG, 2001).

Toda investigação se inicia por um problema e este se apresenta claramente definido na pergunta norteadora do presente estudo, estando articulado a conhecimentos anteriores e ao cotidiano da autora do trabalho. A este conhecimento anterior, construído a partir de conhecimentos de outros autores sobre a questão da pesquisa, dá-se o nome de teoria e nesta pesquisa foi construída a partir dos acontecimentos históricos referentes à educação e à saúde bem como os caminhos que a odontologia percorreu nesses cenários (MINAYO, 2002).

A teoria é construída para explicar ou compreender fenômenos e processos e se caracteriza por ser um conhecimento do qual o pesquisador se serve numa investigação para orientar a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de conceitos que veiculam seu sentido.

MINAYO (2002) coloca que a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida quando se aborda a realidade. Desta forma esta fase da pesquisa ocupa papel central no interior das teorias e está sempre se referindo a ela, incluindo as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a construção ou interpretação da realidade.

Quando o objeto de estudo se preocupa com significados, motivos e valores correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, não podendo ser quantificados, deve-se lançar mão da Pesquisa Social e do método qualitativo. Este método é usado para compreender os significados das ações e as relações humanas que não são detectáveis em equações, médias e estatísticas (FREITAS, 2000).

Entendendo que o método a ser utilizado em uma pesquisa depende do objeto a ser estudado, a dicotomia existente entre método quantitativo e qualitativo deixou de ser preocupação e assim foi definido que o método que melhor se adequava ao objeto do estudo e seus objetivos seria o qualitativo.

O método qualitativo traz como contribuição ao trabalho uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de contribuir para a melhor compreensão dos fenômenos. Este tipo de pesquisa tem como objeto a consciência histórica dos processos (NEVES, 1996; MINAYO, 1998).

Ao se empregar o método qualitativo, o pesquisador está mais preocupado com o processo social, buscando visualizar o contexto e se possível estabelecer uma relação empática com o objeto de estudo que implique em uma melhor compreensão do fenômeno (NEVES, 1996).

Nestes estudos o investigador é quem dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e a sociedade é que dão o significado e intencionalidade às ações e às construções (MINAYO, 1998).

A finalidade desta abordagem é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como mutáveis, onde pesquisador e pesquisados assumem, voluntariamente, uma posição reativa (MINAYO, 1998).

Neste método todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio. É necessário encontrar o significado, manifesto e o que permaneceu oculto (CHIZZOTTI, 1991).

Em saúde bucal a Epidemiologia tem auxiliado na determinação das necessidades de saúde das populações. Como as demais enfermidades, as doenças bucais variam de região para região e, em cada uma delas, às vezes, podem ser observadas diferenças intra-regionais significativas. Para os

dentistas que trabalham no planejamento e na avaliação de programas de saúde bucal, as informações epidemiológicas têm um valor fundamental para monitorar as oscilações dos níveis de saúde bucal da população e o impacto das ações extra e intra-setor saúde. As tecnologias de saúde bucal coletiva são testadas com o emprego da Epidemiologia. É a partir dessas informações que o grau de eficácia das ações de promoção da saúde bucal pode ser avaliado (PEREIRA,2003).

A Odontologia em Saúde Coletiva tem por objetivo o estudo dos fenômenos que interferem na saúde bucal coletiva, por meio de análise, organização, planejamento, execução e avaliação de serviços, projetos ou programas de saúde bucal, dirigidos a grupos populacionais, com ênfase nos aspectos preventivos (SALES-PERES, 2001).

Considerando que o conhecimento da realidade epidemiológica é fundamental para o planejamento, estruturação, execução e avaliação de toda e qualquer ação relacionada com serviços de saúde, no tocante às condições de saúde bucal de dada população é imperiosa a realização de estudos visando ao monitoramento da distribuição dos principais problemas de saúde bucal na população e de suas causas (SOUZA; BERGAMASHI JR,1999).

O planejamento de ações públicas para controle da saúde bucal requer o prévio conhecimento da realidade em que vai estabelecer suas metas e programar suas táticas. Como parte desta ação e da necessidade de estabelecer marcos de acompanhamento e vigilância desta medida, é que se pretende contribuir com dados de cárie, fluorose dentária, doença periodontal e maloclusão do município. Sendo nesse sentido que este trabalho se coloca como estratégia de base científica para respaldar medidas de saúde pública altamente significantes para a saúde das comunidades. A inter-relação entre diferentes instituições desde as de saúde, de vigilância, de abastecimento de água, de controle ambiental ou de pesquisa deve ser ressaltada (GOYA, 2004).



03



Proposição

3. Proposição

Este trabalho foi elaborado para contribuir com o processo de ampliação e expansão do Programa Saúde da Família através da apresentação da proposta de trabalho e de um conjunto de ferramentas de fácil utilização pelos profissionais da área de Odontologia que atuam neste modelo de atenção. Apresenta objetivo geral e específico.

3.1 Objetivo Geral:

Descrever o modelo de implementação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Maringá – PR.

3.2 Objetivo Específico

Auxiliar as Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família a assimilarem marcos teóricos para a atuação frente às famílias.



04



*Materiais
e
 Métodos*

4. Materiais e Métodos

4.1 Aspectos Éticos

O estudo epidemiológico, que é parte integrante deste trabalho foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá - PR (UEM) para o início de seu desenvolvimento, processo nº 081/2007 (ANEXO 8). Os aspectos éticos foram contemplados, segundo a resolução 196/96, após esclarecimentos sobre o objetivo do estudo e sua metodologia, respeitando o que preconiza a resolução 196 do Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, 10/03/1996 relativa às normas éticas em seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, os sujeitos da pesquisa tomaram ciência através da “Carta de informação ao voluntário” e assinaram um “Termo de consentimento livre e esclarecido” (TCL) (APÊNDICE 1). Inicialmente foi encaminhado a carta e o TCLE as famílias para que consentissem em participar do projeto, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

4.2 Implementação do PSF no município de Maringá

Maringá está situada no Noroeste do Paraná, a 93 km de Londrina, 420 km de Foz do Iguaçu e 434 km da capital Curitiba, numa localização estratégica representando importante corredor de importação e exportação, movimentando negócios para as mais variadas regiões do país e em especial com os países do Mercosul. Sua economia está baseada na agroindústria. Criada em 1947, hoje é cidade pólo da microrregião 9, está constituída por 29

unidades administrativas autônomas e por aproximadamente 20 distritos administrativos.



Figura 15 - Mapa da localização da cidade de Maringá.
Fonte: Maringá Convention & Visitors Bureau, 2007

É a quarta cidade do Estado do Paraná, os números desenham o perfil de uma cidade rica, mas progresso nem sempre quer dizer distribuição de renda: existe pobreza, vilas periféricas com infra-estrutura deficiente, desemprego e desigualdades sociais; sendo que esta situação repercute

diretamente no setor da saúde, que enfrenta desafios bastante diversos: das doenças da pobreza (desnutrição, doenças infecto-contagiosas) as doenças do exagero (obesidade) e das doenças crônico degenerativas aos infortúnios.

O município de Maringá possui população de cerca de 324.397 habitantes (IBGE/2007) e é essencialmente urbana, é pólo da 15^o Regional de Saúde, que conta com 30 municípios, e encontra-se em gestão plena do sistema municipal desde maio de 1998.

Conta com 150 estabelecimentos de saúde, a rede pública municipal de saúde é formada por 22 Núcleos Integrados de Saúde (NIS)²², 01 Policlínica de Especialidades médicas e 01 Centro de Especialidades Odontológica – CEO (que contemplam as especialidades de Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia, Atendimento a portadores de necessidades especiais - Clínica Sorriso Especial e Dentística Restauradora complexa), 1 Clínica odontológica móvel (rural), 1 Pronto Atendimento 24 horas e 1 Centro Integrado de Saúde Mental – CISAM (PMM – SESA), que se caracterizam como porta de entrada da população ao sistema de saúde.

²²Núcleo Integrado de Saúde (NIS) e Unidade Básica de Saúde são utilizadas com o mesmo significado, ou seja, as unidades que compõe a atenção básica. Possuem nomenclaturas diferentes, pois no município houve um a divisão dos NIS em categoria I, que seriam as unidades com menor infra-estrutura e a categoria II que possuiriam um pequeno ambulatório, mas que na prática não aconteceu.

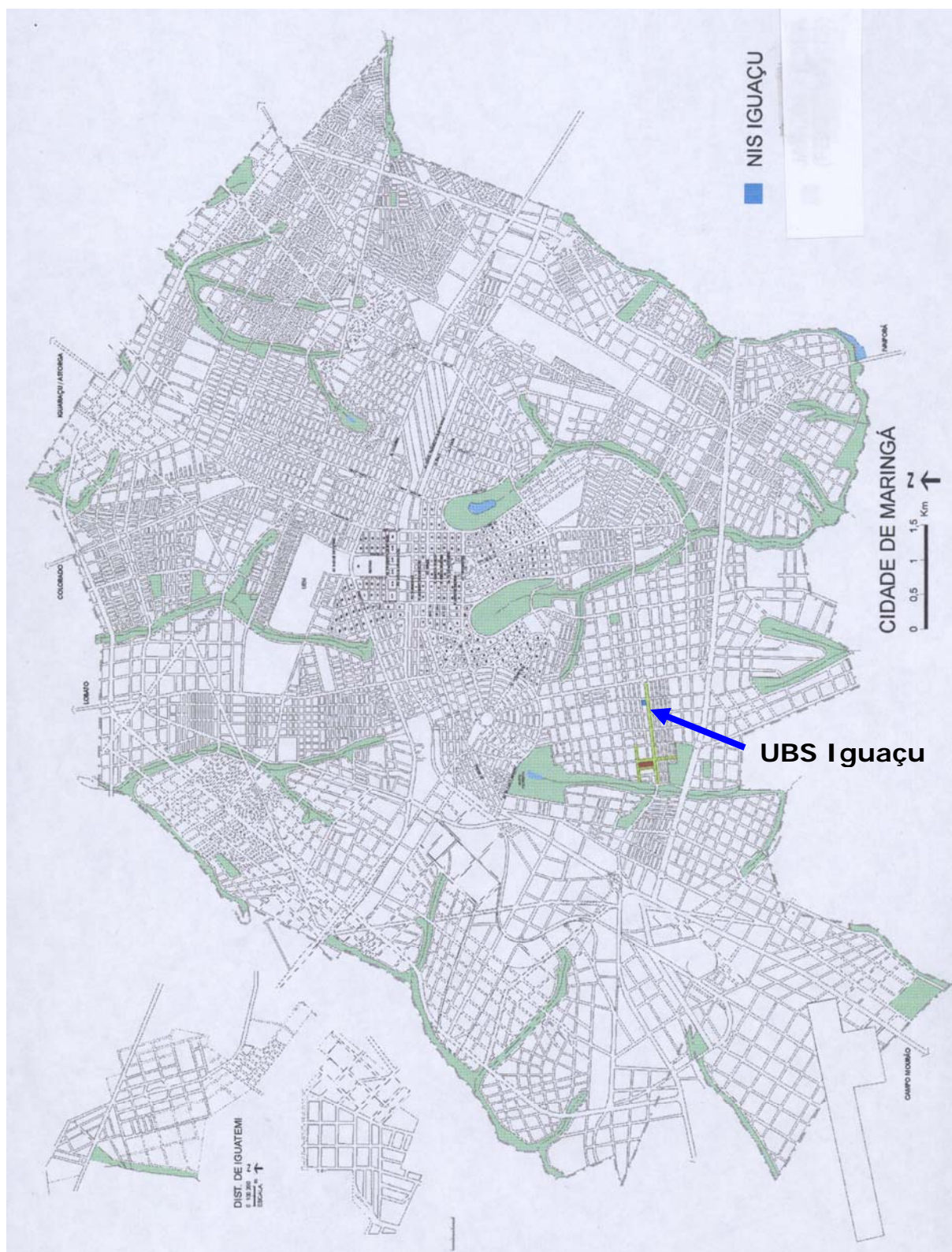


FIGURA 16 - Mapa com a localização das UBS Iguçu.

Todas as UBS são compostas por médicos nas especialidades básicas (Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia), equipe de odontologia (Cirurgião-Dentista, Técnico em Higiene Dental e/ou Auxiliar de Consultório Dentário), de enfermagem (Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem), Psicólogo e Assistente Social. Estes serviços estão distribuídos estrategicamente para e servirem de entrada da população no sistema público de saúde.

Faz parte do CISAMUSEP (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense) e conta com atendimento médico (ortopedia, dermatologia, cardiologia, clínica da mulher, oncologia e outras especialidades) e odontológico especializado (CEO – CISAMUSEP, que possui também a especialidade de prótese dentária e é equipado com laboratório próprio de prótese).

A Universidade Estadual de Maringá (UEM) também faz atendimento aos usuário da UBS através do Hospital Universitário (HU) e do CEO-UEM (que possui um RX panorâmico odontológico). O município conta com um Hospital Municipal (HU) que faz atendimento ambulatorial e de Pronto Atendimento.

A Associação Maringaense de Odontologia (AMO) tornou-se parceira para o atendimento das especialidades odontológicas após receber um bom incentivo financeiro do governo federal no ano de 2004, atende nas especialidades de Periodontia, Prótese, Radiologia, Dentística Restauradora, cirurgia e Disfunção têmporo-mandibular.

Possui 3 Universidades que contemplam o curso de Odontologia, 2 de Medicina, 4 de enfermagem, Cursos Técnicos de Auxiliar de Enfermagem e 2 de Técnico em Higiene Dentária e Auxiliar de Consultório Odontológico.

É sede da 15^a Regional de Saúde, a qual pertencem 30 municípios. Encontra-se na gestão plena do Sistema Municipal desde 1998.

Na cidade de Maringá, 99% da população dispõe do sistema de fluoretação das águas de abastecimento público (com 0,7 ppm de flúor), desde 1973, sendo efetuado e controlado exclusivamente pela Companhia de Saneamento Básico do Estado do Paraná (SANEPAR) e um programa de bochecho com flúor semanal nas escolas da rede pública (Programa de Atenção ao Escolar) que é promovido pela Secretaria de Saúde do Município.

Procedeu-se, então o planejamento da implementação do Programa de Saúde da Família no município de Maringá – PR e para escolher as primeiras unidades a receberem o PSF, foram utilizados os critérios de sensibilidade dos profissionais atuantes para o trabalho de natureza social e as condições geográficas e sociais, que favorecessem a implantação do programa nas comunidades.

Com a finalidade de ordenar a operacionalização destas ações para a generalização do PSF pretendeu-se (CORDEIRO, 1996):

1. Garantir a coerência do novo modelo com os princípios da reforma sanitária relativos aos objetivos de equidade das políticas de saúde e a integralidade das ações. Trata-se de assegurar que o PSF se difunda e se torne prática hegemônica de saúde nas redes de cuidados básicos e nos distritos ou sistemas locais de saúde. Significa também, desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da doença de forma indissociável com o trabalho de equipes de saúde que adotem posturas ativas de ação social dirigidas às comunidades, organizações sociais, famílias e indivíduos;

2. Superar a fragmentação dos cuidados à saúde decorrentes da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde e da orientação prevalente das concepções estritamente biológicas do processo saúde/doença. Para tal é necessário conceber, além da integralidade das ações, o espaço onde elas se realizam numa base territorial bem definida, em domicílios e organizações sociais onde grupos sociais, famílias e indivíduos interagem e participam da vida social;

3. Prestar serviços com continuidade no sentido de entender a totalidade das condições que determinam os problemas de saúde e que implicam em interações repetidas com os profissionais de saúde sem duplicações ou repetições desnecessárias. Para tanto, é preciso ordenar as práticas de saúde a adscrição de famílias de acordo com as peculiaridades geográficas, sociais, culturais e epidemiológicas locais;

4. Aumentar a resolubilidade das ações básicas de saúde e da qualidade de vida dos serviços prestados para evitar o uso desnecessário de recursos complementares ou de referência, que elevam os custos do atendimento;

5. Assegurar a participação e o controle social na prestação dos serviços de saúde, tornando transparente as informações, tanto aquelas relacionadas às metas programadas, quanto em relação a recursos financeiros.

Para se definir as áreas onde se implantariam as primeiras equipes de PSF houve um levantamento técnico que levou em consideração os dados epidemiológicos, como a mortalidade infantil, mortalidade proporcional por doenças infecto-contagiosas e percentual de baixo peso ao nascer. O município já utilizava diversos sistemas informatizados de dados no setor saúde, o que ajudou nesse trabalho de avaliação das áreas mais necessitadas. E não foram somente os técnicos que entraram em ação neste momento, todo o projeto, antes mesmo de ser encaminhado para a avaliação do Ministério da Saúde, foi discutido com as lideranças comunitárias (Conselho Municipal De Saúde) e com os profissionais da rede básica (SURITA, 2000).

A primeira ESF de Maringá foi habilitada junto ao Ministério da Saúde em julho de 1998 através da Portaria 3.607 de 11/09/98, que atuava junto aos Conjuntos habitacionais Requião e Guaiapó (que possuem uma alta taxa de mortalidade infantil, condições sócio-econômicas baixas e um crescimento populacional alto; na ocasião não havia saneamento básico em todas as casas e a taxa de desemprego era alta e os indicadores de saúde eram desfavoráveis). Esta equipe foi composta por profissionais que já atuavam na rede, muito mais por insistência dos técnicos da Secretaria de Saúde, do que por vontade do gestor. Em função de freqüentes problemas de saúde do médico que compunha a equipe e da falta de incentivo do gestor, a equipe foi desmontada e desabilitada em novembro do mesmo ano (MARINGÁ, 2000a).

Em maio de 1999, o então Prefeito Municipal e o Secretário de Saúde, por intermédio do diretor da 15ª. Regional de Saúde do Paraná visitaram o ex-Ministro da Saúde Adib Jatene, que lhes sensibilizou com a proposta do PSF, apresentando o programa desenvolvido no município de São Paulo denominado Qualis/PSF, fruto da parceria entre Governo do Estado de São Paulo, Fundação Zerbini e Instituto do Coração.

Convencidos da potencialidade da estratégia como transformadora do modelo assistencial e melhoria dos serviços prestados aos cidadãos, resolveram adotar a estratégia no município de Maringá (SURITA, 2000).

Em 08 de novembro de 1999 acontece a III Plenária do Conselho Municipal de Saúde que tem como enfoque principal o PSF, contando com um diretor de uma das unidades de saúde do Qualis/PSF como palestrantes.

Na data de 10 de dezembro de 1999 ocorre o lançamento da ESF que cobriria a população dos Conjuntos Requião e Guaiapó, já priorizados anteriormente (MARINGÁ, 2000a).

No período de 18 de dezembro de 1999 a 08 de maio de 2000 aconteceu o projeto "Discutindo Saúde", onde todos os funcionários da Secretaria de Saúde divididos por categoria profissional, tiveram a oportunidade de discutir em 11 (onze) oficinas de trabalho, qual o compromisso do funcionário com o usuário e quais as dificuldades para cumpri-las. Dentre as questões levantadas destacou-se a falta de uma política eficaz e preventiva para a saúde (MARINGÁ, 2000a).

Durante o desenvolvimento das oficinas foram lançadas mais duas ESF, em bairros pertencentes à área de abrangência da UBS Pinheiros (que é a Regional de Saúde que possui os bairros Requião e Guaiapó) (MARINGÁ, 2000a).

Após o término do "Discutindo Saúde", decidiu-se adotar a estratégia do Saúde da Família para 70% da população maringaense, percentual este que historicamente é SUS dependente. Para isto seria necessário a composição de 58 equipes conforme Portaria 1.329/99 (MARINGÁ, 2000b).

Definidas as áreas, os recursos disponíveis e o planejamento geral do trabalho, partiu-se para a seleção dos profissionais para a composição das equipes. A seleção foi feita em várias etapas com prova oral, escrita e entrevista. O objetivo, além de avaliar os conhecimentos, era o de destacar o perfil profissional, voltado para o trabalho comunitário e social (SURITA, 2000).

Na seleção foram escolhidos os profissionais para as primeiras equipes que foram implantadas, todos os aprovados passaram por um treinamento de ingresso, que teve uma carga horária concentrada na discussão da política de saúde. Não foi apenas mais um treinamento, mas um programa

de sensibilização dos servidores na proposta de política de saúde que estava nas bases do programa; afinal o trabalhador do PSF é, antes de tudo, um agente de transformação política e social. O plano municipal de saúde, a atuação do Conselho Municipal de Saúde, os indicadores epidemiológicos e a proposta de implantação de conselhos gestores em cada unidade de saúde do município, foram outros temas do treinamento que teve duração de duas semanas. Esse programa, no entanto não atendeu as necessidades de aprofundamento mais específicos, sobretudo dos profissionais médicos, que reivindicaram uma capacitação em ginecologia e pediatria e que foram contemplados nas atividades de educação continuada no decorrer do programa (SURITA, 2000).

Em 30 de junho de 2000, haviam sido implantadas 57 equipes, atingindo 69,90% da população, quando em função do período eleitoral, por força de lei, encerraram-se as contratações (MARINGÁ, 2002).

Ressalta-se que a implantação do PSF foi avalizada pelo Conselho Municipal de Saúde e bem como discutido com a comunidade em assembléias temáticas dos 13 (treze) núcleos que compunham o Orçamento Popular (movimento popular para definir a distribuição dos recursos captados pelo município) (SURITA, 2000).

Maringá vem construindo na última década um conceito de qualidade de vida urbana em que agrega-se o cuidado ao meio ambiente (ecologia), educação, saúde e valorização da cidadania. O PSF possibilita o trabalho com a intervenção cultural que é outro elemento importante na saúde dos indivíduos, porém os resultados da intervenção aparecem a médio prazo.

A primeira ação do PSF foi o de conhecer as condições de vida da população que seria assistida e programar atividades que atuassem o mais próximo possível das raízes dos problemas de saúde. Podendo ser a falta de saneamento, alimentação, segurança ou emprego e até mesmo, a falta de esperança (SURITA, 2000).

No campo profissional, destaca-se ainda a questão da administração dos recursos humanos, sobretudo no que se refere aos salários e forma de ingresso nas equipes. O padrão de remuneração que o SUS gera é reconhecidamente baixo. A primeira etapa de elevar o patamar foi o PSF e

PACS, sendo utilizados fatores indutores, com remuneração diferenciada para esses profissionais (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

As formas de contratação de pessoal para o PSF vêm mostrando a flexibilidade e criatividade possíveis dentro das regras da administração pública, para o estabelecimento de vínculos diferenciados. O profissional do PSF não é apenas alvo de mais direitos (sobretudo salariais), mas fundamentalmente de deveres e compromissos. As alternativas de contratação vão desde a contratação via cooperativas profissionais (Camaragibe - PE), até a incorporação dos cargos do PSF na estrutura formal dos quadros de carreira das prefeituras, criou os cargos em lei municipal que prevê a realização de concurso público (Assis – SP), passando por licitações de empresas privadas (Brumadinho - MG), e contratos com associações de moradores (Londrina – PR, Campina Grande - PB). Em Curitiba – PR, o processo foi de seleção interna na própria equipe de saúde, com abertura para a diferenciação salarial (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

A população sabia de outras épocas que as promessas políticas muitas vezes não eram cumpridas, alguns ironizavam: “nossa a prefeitura ficou tão rica, de repente ficou tão boa que até o médico vai vir na casa para consultar a gente”.

Mas não foi apenas na população que a resistência se manifestou. Entre os próprios profissionais de saúde não houve uma adesão imediata, pois os trabalhadores encontravam-se desmotivados e despreparados para trabalhar em uma proposta que exigia dedicação exclusiva e aliava trabalho clínico com a intervenção na comunidade (SURITA, 2000).

O processo de implantação das equipes seguiu o planejamento das necessidades: quanto mais carente o bairro, mais urgente à chegada de uma unidade de PSF. Apesar dessa discriminação positiva, os resultados dos programas mostram que os impactos já são visíveis, ou seja, mesmo começando nas áreas mais pobres e desprovidas de intervenções articuladas de políticas sociais, apenas a entrada do PSF, sem mudança nos indicadores socioeconômicos da região, significou melhoria nas condições de vida e de saúde (CUNHA, 1996).

Uma das preocupações mais destacadas pelas equipes é como conseguir equilibrar os serviços de saúde (alguns domiciliares) com o

fortalecimento do espírito de compromisso e cidadania das próprias pessoas para com sua autonomia em saúde; para que a ESF potencialize a comunidade a ser sujeito de sua própria história e não para perpetuar o modelo de assistencialismo.

Mais do que multidisciplinar o trabalho do grupo do PSF tem que ser configurado como algo transdisciplinar, ou seja, não se trata de uma equipe onde cada um desenvolve suas habilidades separadamente, mas onde todos precisam conhecer e desenvolver o maior número de funções necessárias ao bom atendimento das comunidades, num trabalho efetivamente conjunto: trabalho em equipe de Saúde da Família.

A saúde hoje possui uma mescla de antigas e novas idéias e práticas, sendo que os princípios, leis, conceitos e práticas que têm relação direta com a promoção de saúde se perpassam, conflitam, superpõe e raramente se comunicam ou se articulam.

A saúde da família deve ser composta por elementos intimamente ligados à promoção de saúde, à prevenção de doenças e ao controle da saúde. E o desenvolvimento desses componentes na saúde dependem diretamente da vontade política (exigindo e fazendo cumprir as leis contidas na Constituição com o objetivo da melhorar da qualidade de vida da população, direcionando verbas para o incremento e melhora do quadro funcional do programa), da infra-estrutura social (Conselho Municipal, controle social) e dos trabalhadores em saúde (características individuais profissionais, liderança, compromisso).

4.3 Implantação na UBS Iguaçu

O trabalho de organizar o PSF nesta área da UBS exigiu um detalhado levantamento dos dados disponíveis, o que permitiu mapear o público alvo da localidade.

Logo de início as equipes perceberam que a atuação do PSF não poderia ficar restrita às práticas de saúde mais tradicionais: consultas e encaminhamentos para internações, e principalmente que nada seria feito de efetivo sem o envolvimento de outros setores da administração municipal.

Convidou-se representantes da Secretaria do Meio Ambiente, SAOP e Secretaria de Desenvolvimento Urbano para solicitação de cascalhamento, recolhimento de entulhos, roçada do mato, definição dos terrenos e arborização); representante do sistema de abastecimento de água e saneamento básico e de energia elétrica (solicitação da inclusão de famílias de baixa renda nos programas da SANEPAR E COPEL, para pagamento de taxas mínimas e melhora na iluminação pública da Rua Palmira Tel com a Rua 44.001 do Jardim Alzira), da Polícia militar (solicitação de ronda policial freqüente ao 4º Batalhão da Polícia Militar), da Vigilância Sanitária (solicitação de atividades educativas sobre higiene e conservação ambiental se de recursos para construção de fossas sépticas), do transporte coletivo (abaixo assinado da comunidade para passagem do transporte coletivo mais próximo a esta comunidade) para que fossem debatidos os problemas existentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Iguaçu.

A população, já acostumada com o sistema de saúde tradicional, traziam a expectativa de atendimento à saúde fortemente marcadas pela demanda por consultas médicas. Surge uma pergunta quanto a atender a todos que procuravam por consultas e realizar educação em saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde. Esta era a causa de muita angústia por parte de toda a equipe.

Uma área de abrangência grande e populosa com algumas carências e distintas realidades e com uma demanda quase infindável por atendimentos médicos foi à realidade encontrada pelas 3 equipes do PSF (Equipe 33, Equipe 51 e Equipe 58) e foi dentro de cada realidade que cada equipe programou suas ações, atendendo ao que se esperava, mas sem ficar refém das expectativas da população.

A solução foi ter paciência e apostar na aproximação com a comunidade e programar as atividades à medida das necessidades identificadas na região. O cadastro foi realizado, as patologias mais comuns foram identificadas e, organizados os primeiros grupos de atenção aos diabéticos, gestantes, hipertensos. Porém a busca por consultas médicas não diminuiu, houve inclusive um aumento exacerbado, que já era previsto.

Houve um grande esforço para educar a população para os outros aspectos da saúde que também eram oferecidos pelo PSF, através da

Suzana Goya

formulação do conselho local de saúde e com ajuda das lideranças comunitárias como a igreja católica (Pastoral da Saúde, Pastoral da Criança, Vicentinos), Associação de bairros, igrejas evangélicas (Presbiteriana, Adventista).

A Equipe 33 conseguiu ao longo dos anos formar parcerias e implementar projetos dentro da própria comunidade: Projeto Ferroviário (para melhoria das condições ambientais e da qualidade de vida dos moradores do jardim Alzira, teve a finalidade de incentivar a população na busca de soluções para as suas necessidades, bem como mostrar as autoridades a realidade em que vive os moradores da comunidade e solicitar algumas providências cabíveis); Projeto CEASA (o objetivo era diminuir a desnutrição no jardim Alzira e favorecer as família uma alimentação mais saudável); Horta comunitária (aumentar a quantidade de verduras disponíveis para as refeições diárias da comunidade, bem com despertar o interesse no meio ambiente e cuidados com a saúde) porque entende-se que não é possível fechar os olhos aos verdadeiros determinantes dos problemas de saúde apresentados. Conforme se pode ver nas figuras 17, 18, 19 , 20 e 21, verificou-se que a situação da saúde da comunidade ia muito além dos problemas orgânicos mas transformava-se em problema social de infra-estrutura, de educação ambiental e em saúde, de consciência de cidadania frente a comunidade que habita a região, de falta de conhecimento dos problemas decorrente de práticas ambientais erradas.

Tornam-se necessárias mudanças quanto à educação em saúde, a saúde ambiental, conscientização sanitária, vigilância em saúde e sanitária, problematização e enfrentamento das condições sócio econômicas vividas pela população e auxílio e direcionamento das boas práticas de habitação dentro da comunidade.

Com o conhecimento dos ACS foi importante verificar e registrar as precárias condições de meio ambiente encontradas na região da micro-área 1, que é a região do bairro Ferroviário, o local que tem as condições socioeconômicas mais baixas da área 33, possui várias pessoas que possuem carroças e sobrevivem com o trabalho de transporte de lixo e de jardinagem. O panorama que se encontrou é refletido nas figuras a seguir:



Figura 17 - Rua sem cascalhamento no Jardim Alzira.
Fonte: UBS Iguaçu, 2000.



Figura 18 - Rua sem cascalhamento no Jardim Alzira.
Fonte: : UBS Iguaçu, 2000.

Suzana Goya



Figura 19 – Falta de saneamento básico, com as fossas vazando para o meio ambiente.
Fonte: : UBS Iguacu, 2000.



Figura 20 - Animais domésticos soltos na rua.
Fonte: : UBS Iguacu 2000



Figura 21 – Terrenos com uma grande quantidade de vegetação.
Fonte: : UBS Iguaçu, 2000.



Figura 22 - Entulhos e sujeira que comprometem a saúde da comunidade.
Fonte: : UBS Iguaçu, 2000.

4.4 Planejamento da inclusão das ESB em Maringá

O pressuposto básico do PSF é o de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual planeja. O planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados na área de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

O roteiro para realização do diagnóstico da área seguiu os direcionamentos:

- Designação;
- Localização;
- População;
- Aspectos sócio-econômicos (histórico do processo de ocupação, atividades econômicas, estratificação social, nível educacional);
- Urbanização (tipo e condição das edificações e das ruas, saneamento básico, transportes, comunicações, abastecimento, segurança, lazer);
- Instituições com trabalho social na área;
- Serviços;
- Problemas de saúde;
- Ações de saúde em realização.

O atendimento municipal de saúde bucal dispõe atualmente de 12 consultórios odontológicos, 12 clínicas odontológicas que representam 54 cadeiras odontológicas, com 100 Cirurgiões Dentistas, 26 Técnicos em Higiene Dental e 116 Auxiliares Odontológicos, distribuídos em 22 Unidades Básicas de Saúde distribuídos em todas as 05 Regionais de Saúde, que trabalham para atender a uma demanda espontânea muito além da capacidade real de atendimento. Ressalta-se que há deficiência em integrar a odontologia às demais áreas de saúde e que existe uma grande concentração de procedimentos odontológicos na faixa etária de 0 a 14 anos

O diagnóstico da situação de saúde bucal no município é refletido no quadro epidemiológico:

- Redução na incidência de cárie em crianças de 0 a 6 anos de

idade, com índice ceo–d = 1,72, variando de 0,0 para menores de 1 ano a 4,4 para crianças de 6 anos de idade.

- Tendência à redução da incidência de cárie dentária em crianças na faixa etária escolar e adolescentes (1996 - CPOD = **3,79**; 1999 – CPOD = **2,33** e 2003 – CPOD = **1,5** e em 2004 – CPOD = **1,25** em crianças de 12 anos de idade) (MARINGÁ, 2004).

Tabela 1 – Índice CPOD aos 12 anos no município de Maringá – PR de 1996 a 2004.

Ano	1996	1999	2003	2004
CPOD	3,79	2,33	1,5	1,25

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (SESA), MARINGÁ, 2004.

- Padrões elevados da doença periodontal em pacientes adultos e idosos, ocasionando perdas dentárias múltiplas, em função da falta de tratamento preventivo e curativo;

- Em 2000 ocorreram 11 óbitos por neoplasia maligna em boca, em pacientes acima de 40 anos, sendo 10 do sexo masculino. De janeiro a julho de 2001 ocorreram 7 óbitos em pacientes acima de 30 anos, sendo 5 do sexo masculino (MARINGÁ, 2004).

- Elevado índice de pacientes HIV positivos (MARINGÁ, 2004).

- Alta incidência de hepatite B, principalmente em pacientes na faixa etária de 20 a 34 anos, do sexo masculino (MARINGÁ, 2004).

- Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, 96,27% aos 12 anos, já foram ao dentista alguma vez na vida; sendo 53,23% no serviço público; 70,65% foram a menos de 1 ano ao dentista e 73,38% já receberam informações sobre como evitar problemas bucais e 50% apresentam-se livres de cárie dentária (GOYA, 2004).

Possui 64 Equipes de Saúde da Família (ESF) em atividade e 20 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Cada ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde e dois ou três profissionais da saúde bucal, sendo que em média, cada equipe atende 1.200 famílias.

A equipe de Saúde do Jardim Iguaçu conta com: 3 equipes: 3 médicos, 3 enfermeiros, 3 auxiliares de enfermagem, 8 ACS, 3 Cirurgiões

Dentistas, 2 Técnicas em Higiene Dental (THD) e 3 Auxiliares de Consultório Dentário (ACD). Conta também com atendimento de suporte para as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Geral, Clínica do Bebê (Odontopediatria). As ESF se reúnem semanalmente para troca de informações e discussão de pacientes e soluções para problemas da área de abrangência.

A mudança de modelo de atenção através da oferta de serviços odontológicos nos anos de 2004 e 2005, que uma vez orientada para melhoria dos padrões de saúde bucal, direcionou-se para a melhoria das ações na área correlata, conseqüentemente contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos do referido município.

A incorporação dos profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família vem se consolidando como um projeto instituinte de mudanças nas práticas de saúde em todo o Brasil, possibilitando uma maior integralidade das ações e facilitando o acesso aos serviços (FADEL, 2005).

A inclusão da ESB no PSF precisa ser coerente, fato posto deverá ser bem planejado, estudada e programada suas ações no âmbito social e político do país para não se transformar em mais um desastre organizacional de um sistema enfraquecido e transformar a saúde bucal em algo marginalizado dentro das políticas sociais. O município de Maringá ao decidir implantar as ações de saúde bucal vinculadas ao PSF percorreu os seguintes passos (BRASIL, 2004b):

Quanto a qualificação das Equipes de Saúde Bucal:

1. O quesito município - já possuía equipes de saúde da família implantadas que atuavam com a estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde.

2. Elaborou-se um plano de implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) para cada Equipe de Saúde da Família (ESF). Contou com um documento que descrevia a quantidade de equipes a ser implantada, a população a ser beneficiada e os principais objetivos e metas que o município almejava alcançar com a implantação das ESB.

3. O município submeteu o Plano de Implantação das Ações de Saúde Bucal no PSF para aprovação do Conselho Municipal da Saúde.

4. Depois da aprovação do plano pelo Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde enviou para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do Paraná para análise e aprovação em reunião da Bipartite Estadual.

A CIB elaborou e assinou um ofício de aprovação do plano de implantação proposto pelo município e encaminhou ao Ministério da Saúde, aos cuidados do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

5. O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União (DOU) a qualificação das equipes de saúde bucal vinculadas ao PSF do município e que foram aprovados pelas CIB do Estados e foram encaminhados ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da SPS.

Após a qualificação das Equipes de Saúde Bucal:

6. O município cadastrou todos os profissionais da ESB no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), de acordo com a modalidade de implantação aprovada na CIB.

A inclusão de profissionais de saúde bucal no PSF, que se iniciou, efetivamente, nos primeiros meses de 2002, caracterizou uma ampliação do atendimento em Saúde Bucal em todas as regiões do País.

Em junho de 2004, optou-se por incorporar a ESB no PSF do município de Maringá, que já contava com quase 80% da sua população assistida pela Equipe de Saúde da Família básico (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem) – implantada em 1999 – apresentando assim o projeto de qualificação ao Ministério da Saúde e com a sua aprovação em julho de 2004.

Houve um planejamento cuidadoso tendo em vista a implementação da ESB de forma gradativa e um acompanhamento regular através de levantamentos epidemiológicos, planejamento das ações e análise dos dados anualmente.

A seleção dos profissionais para a ESB do PSF foi feita a partir do próprio quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, através da seleção interna. Depois de divulgado entre os trabalhadores, foi feita uma avaliação curricular dos servidores, entrevista individual e análise funcional. Desta forma foram selecionados os 17 dentistas entre os 100 profissionais da

rede que passaram a receber salários diferenciados e carga horária de 40 horas semanais para exercer suas atividades no programa.

A qualificação às ações de saúde bucal contou em Maringá com a implantação da Equipe de Saúde Bucal modalidade II (5 equipes), composta por um Cirurgião-Dentista (CD), um Atendente de Consultório Dentário (ACD) e um Técnico em Higiene Dental (THD) e da modalidade I (15 equipes), composta pelo CD e um ACD.

4.4 Participação em curso introdutório do PSF

Toda Equipe de Saúde da Família foi capacitada através do curso introdutório no ano de 2006. Este curso de capacitação possui carga horária de 35 horas e em sua programação existiram conteúdos introdutórios ao PSF, de epidemiologia e de planejamento. Foi uma oportunidade de reflexão para uma prática mais adequada e real, onde experiências de diversos bairros foram apresentadas da forma como foram vividas e trabalhadas, despidas de qualquer censura ou crítica negativa, sem a preocupação de certo ou errado. Visou a adequação e o desenvolvimento de habilidades de forma a capacitar os profissionais para a abordagem da atenção e vigilância à saúde de forma contínua, integral e coordenada, oferecendo instrumentos e subsídios para o planejamento e organização.

Sua ênfase concentrou-se em “destacar a importância da informação como elemento-chave para o planejamento e execução das ações em saúde. Ou seja, é necessário estimular nas ESB, a importância fundamental de conhecer sua área de abrangência, os problemas de saúde de sua população (a realidade epidemiológica) e que condições o serviço oferece para o enfrentamento de tais problemas”.



Figura 23 – Foto (A) - Equipe de Saúde da Família mostrando o trabalho que realiza e suas dificuldades, Foto (B) – Atividade de trabalho em equipe. Foto (C) – Palestrante com o assunto educação continuada.

4.6 Implementação da Saúde Bucal na UBS Iguaçu Equipe 33

O primeiro contato com a equipe do PSF, deu-se através das reuniões semanais de ESF; houve um planejamento das prioridades da ESB que foram: extinguir a lista de espera que constava com pacientes em espera a mais de 1 ano (portanto a entrada de novos pacientes seria inviável até a conclusão de tratamento de todos os pacientes que aguardavam), fazer o reconhecimento da área de abrangência da equipe e conhecimento das características das microáreas e identificar alguns dos problemas, bem como as áreas prioritárias de atuação da equipe 33, com a finalidade de produzir uma mudança no perfil epidemiológico odontológico desta comunidade, atendendo aos princípios do SUS, no que diz respeito a integralidade, universalidade e equidade da atenção. Discutiu-se a atuação da ESB frente os grupos prioritários da ESF, quais as atividades que seriam desenvolvidas nas Visitas Domiciliares, nas reuniões programadas e nas atividades em comunidade ou grupos.

A área 33 é composta pelo Conj. Borba Gato, Jd. Veredas, Jd. Santa Rosa e parte do Jd. Alzira; e a composição da equipe 33 é:

Suzana Goya

Médico: Eroni A. Hartman

Enfermeira: Herliene de Souza Lima de Castro

Técnica de Enfermagem: Andrea Cristina Lima De Souza

Agentes Comunitários de Saúde: Ivanir de Souza Medina, Maria Helena Dutra Noremborg, Mônica Aparecida Leonel Henrique, Samuel Taques Pusch, Denise Oliveira e Daiane de Andrade

Cirurgiã-Dentista: Suzana Goya

Técnica em Higiene Dental: Vanessa De Marchi

Auxiliar de Consultório Dentário: Nádia Inocência

Equipe de apoio:

Assistente Social: Carmem A. S. Rocha Loures e Márcia Bigardi Januário

Psicóloga: Rita e Estela

Pediatra: Paula S. Siqueira

Ginecologista: Paulo F. de Oliveira

Clínico Geral: Manoel de Freitas

Fisioterapia/ Nutrição do CESUMAR.

Farmácia/Odontologia da UNINGÃ.

Enfermagem da UEM.

O planejamento foi pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados na área de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

O planejamento das atividades a serem desenvolvidas nos próximos 2 anos da ESB no PSF da Equipe 33 foi baseada na saúde orientada (atenção primária que se utiliza de dados epidemiológicos e clínicos para desenvolvimento de programas que atendam às necessidades da população em geral segundo ALMEIDA, 1997) e baseada na comunidade (atividades que envolvem participação comunitária durante toda a experiência educativa, ou seja um engajamento ativo nos processos educativos, OMS, 1987).

Os novos paradigmas, que foram despertados para que se buscasse uma solução adequada e que se vislumbrasse durante o planejamento foram:

- Identificar as condições intra e extrabucais que modulam as atividades das doenças bucais;

- Acionar e despertar o “botão” preventivo, principalmente das ações de cunho preventivo;
- Considerar os fatores de risco das doenças bucais, para o diagnóstico;
- Reduzir a atividade bacteriana, primariamente através do controle de placa;
- Identificar e priorizar o grupo de polarização (alta suscetibilidade);
- Promover saúde bucal, levando informação e criando a oportunidade do indivíduo responsabilizar-se pelo autocuidado;
- Reconhecer a comprovação de que as doenças infecciosas bucais ou a sua microbiota pode estar relacionada com doenças sistêmicas;
- Visualizar o tratamento das doenças bucais, com o objetivo de estacionar ou reduzir a velocidade da progressão da doença.
- Investir no processo que habilita indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da sua saúde, criando a perspectiva de um futuro mais saudável.

4.6.1 Reorganização da demanda espontânea

A Rotina de Atendimento na Atenção Básica foi sistematizada da seguinte forma:

O atendimento de urgência /emergência deverá ser oferecido pelo profissional de qualquer uma das ESF, que estiver trabalhando naquele período, sem restrições quanto à idade e número de pacientes.

Na triagem dos usuários, observa-se o grau de urgência do atendimento, classificando-os, através da inspeção visual, da seguinte forma:

1. Grupo verde: saúde bucal
2. Grupo azul: necessidade de tratamento eletivo.
3. Grupo vermelho: necessidade de adequação do meio (quadro agudo, cárie ampla, necessidade de exodontia e doença periodontal)
4. Grupo prioritário: deverá receber atendimento odontológico (adequação do meio), mesmo quando o agendamento estiver interrompido na sua UBS.

Fez-se uma carta para a reorganização das agendas de espera que foi enviada via ACS para a verificação do interesse dos pacientes inscritos em receber o tratamento odontológico, onde diminuiu-se o número de pacientes de 832 para 498 usuários.

Procedeu-se então ao atendimento clínico das pessoas que estavam na lista de espera.

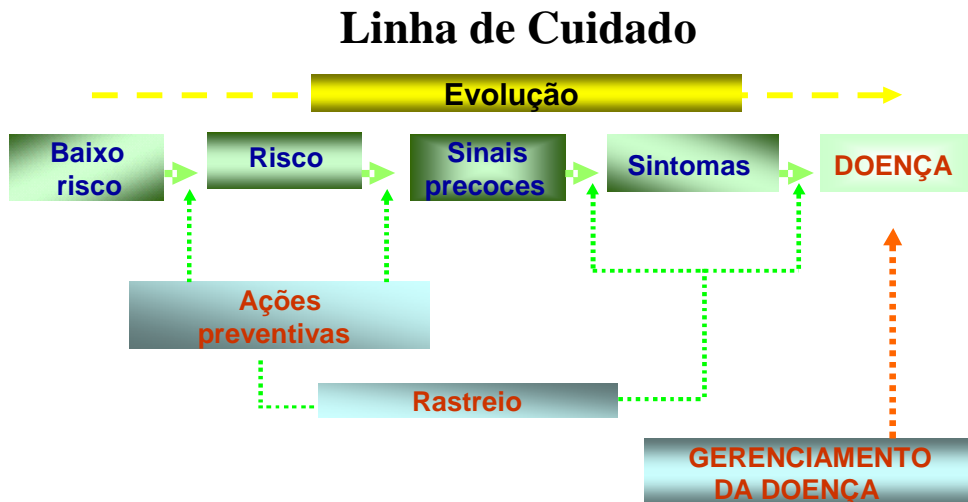


Figura 24 – Linhas do cuidado em saúde e as ações de intervenção.
Fonte: ROUQUAYROL, 1994.

Utilizou-se a linha do cuidado na reorganização da demanda. Verificando-se o risco de adoecer e as ações que deveriam ser realizadas.

Desde que haja THD na ESB, a restauração pode ser feita por esse profissional e o preparo cavitário sempre executado pelo CD. Lembrando sempre que a THD deve ser um agente de educação em saúde, sendo prioridade disponibilizá-la para tal. A THD realiza os seguintes procedimentos: selantes, profilaxias, aplicações tópicas de flúor.

Após o conhecimento das condições de vida da comunidade, juntamente com o agente de saúde ACS), foi elaborado o planejamento das ações individuais e coletivas.

Desenvolveu-se assim o plano de ações a ser implementado nos próximos dois anos, no biênio 2007-2008.

4.6.2 Plano de ações

4.6.2.1. Reunião de equipe

A equipe de saúde da família cuida das pessoas em todas as fases da vida, estabelecendo vínculos de confiança e responsabilizando-se pela promoção da saúde, prevenção de doenças e pelo tratamento. Assume-se o conceito de saúde como qualidade de vida que precisa ser historicamente construído, com direito de cidadania.

O reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade foram os primeiros objetivos da ESB.

A Equipe 33 trabalha com a parceria das outras equipes e com a visão da melhoria da qualidade de vida da comunidade em que atua.

São necessários vários acertos dentro da equipe e para isso existe a reunião de equipe da 33 que ocorre sempre as 3ª feiras no período da manhã, como todos os componentes da ESF onde discute-se os casos de pacientes que necessitam de cuidados especiais ou de uma vigilância mais constante, o planejamento das ações educativas (através das reuniões programadas, das ações sobre as doenças, da prevenção), a troca de informações sobre o andamento da UBS como um todo e as decisões do Colegiado Gestor da UBS e do Conselho Local de Saúde fazem parte da pauta de todas as reuniões. Como também a inclusão de profissionais convidados de outras Secretarias, do CMS, do CLS, da comunidade, das associações e outras pessoas envolvidas com a comunidade assistida.

A colaboração da ESB têm sido os de pacientes que necessitam de atenção e de visitas do ACS para a verificação de problemas detectados durante a consulta odontológica (casos de transtornos mentais – depressão, paranóia, uso de drogas ilícitas, de pacientes que tem o desejo de parar de fumar, quadros de distúrbios gastro-intestinais, de deficiências imunológica, hipertensos descontrolados e diabéticos).

Existe a necessidade da atenção a saúde bucal nos pacientes acamados e nos cuidadores o que foi prontamente atendido pela ESB, mas

necessita de uma freqüência maior de atendimento, necessita-se trabalhar e criar alternativas para que aconteça em todos os dias de visita domiciliar.

A reunião da ESB da ESF 33 ocorre em todas as 4^a no período da tarde e conta com a pauta as atividades semanais a serem desenvolvidas dentro da clínica odontológica (delegação de funções, agendamento, previsão de dias trabalhados, relatório, produtividade, dificuldades, protocolos clínicos, soluções para os problemas, discussão de casos específicos, ocorrência durante a semana, como auxiliara a equipe de saúde nas atividades a serem desenvolvidas durante a semana, relato das vistas domiciliares), nas atividades na comunidade (Visitas domiciliares, Semana de Saúde Bucal, educação em saúde nas Escolas Públicas e Particulares e Centros de Educação Infantil) e preparação de material para as atividades (protocolo das visitas domiciliares, teatro de fantoches, teatro de saúde, palestras, manual do ACS, cartazes sobre saúde bucal, porta escovas com a Pastoral da Saúde, material a ser distribuído aos pacientes).

O que sempre se discutiu nas reuniões de equipe, para as ações de educação em saúde foram:

- Definição de necessidades fundamentadas em avaliação participativa;
- Desenvolvimento de estratégias focadas nos determinantes de saúde bucal;
- Mudanças na abordagem individualista em educação de saúde para evitar a “culpabilização da vítima”;
- Intervenções baseadas em evidências científicas de efetividade;
- Implementação de ações de promoção de saúde bucal em todos os espaços sociais possíveis (fazer das escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis);
- Reconhecimento da relevância da promoção de saúde bucal para toda a equipe odontológica, entendendo o processo social e relações que ultrapassam a profissão odontológica e a qualidade de sua prática.

Tem-se por objetivo da ESB:

- Criar canal de comunicação com a sociedade: ACS, Conselhos, líderes religiosos...

- Estabelecer metas.
- Estimular o exercício da cidadania: compartilhar conhecimento para que a população conheça e possa ter controle sobre o processo saúde-doença.
- Iniciar programa pensando em promoção de saúde, ênfase em ações que possam levar a uma melhoria de qualidade de vida: controle da dieta e técnicas de escovação.

Plano de Ações			
Problemas	Ações	Responsáveis pela resolução	Quando

Figura 25 – Planilha do plano de ações utilizado pela ESB

Para as atividades de educação em saúde foram planejadas com a formulação de um Programa de Promoção à Saúde Bucal (anexo 1).

4.6.2.2. Criação do fluxograma

O fluxograma torna-se útil enquanto ferramenta de planejamento para: a visualização da rotina de atendimento, a análise dos pontos de estrangulamento ao acesso da população, a capacitação dos ACS e Auxiliares Administrativos e a humanização dos funcionários

A reunião de montagem do fluxograma com a ESB trouxe várias reflexões dos estrangulamentos e dificuldade enfrentados pelos usuários da

Odontologia na UBS, desde sua entrada na unidade até sua chegada ao atendimento na Clínica Odontológica. E também os fatores que causam o difícil acesso o acesso a assistência, ou mesmo a desistência do tratamento. Causou a problematização através de dramatização o usuário, pela equipe, encontrou-se alguma estratégia para o problema.

A ESF também sentiu as dificuldades e verificou que há necessidade de mais auxílio para o atendimento clínico da população da área da equipe 33 (que é composta de 90% de dependentes exclusivos do SUS), como sugestão seria uma equipe de apoio de profissionais da rede básica, um dentista clínico geral que atenderia a demanda espontânea da área 33.

Utilizou-se uma representação gráfica e a sua definição para a montagem do fluxograma, que foram as que seguem abaixo:

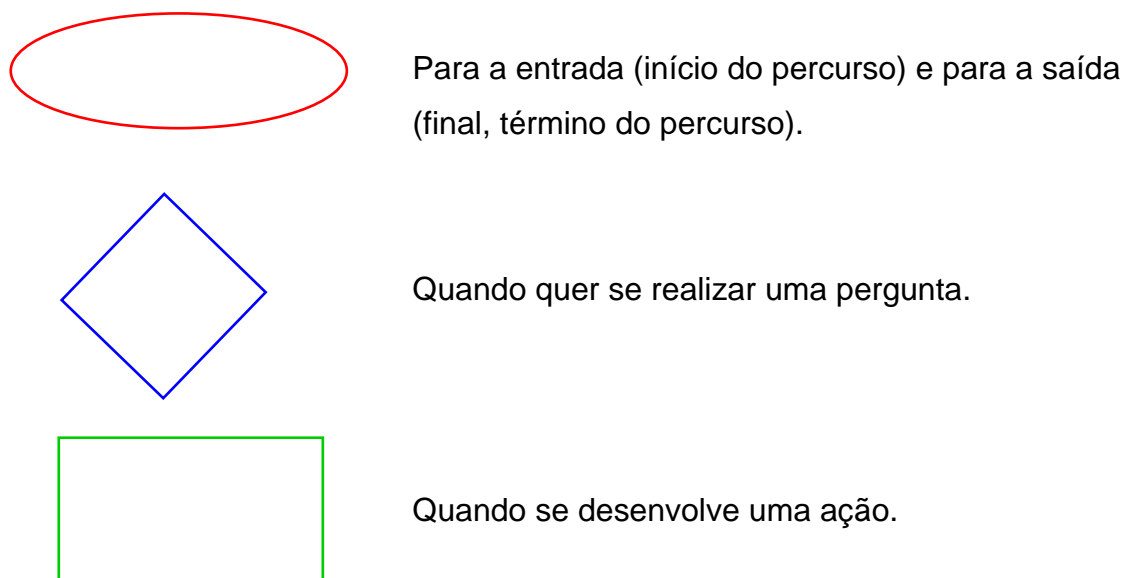


Figura 26 – Representação gráfica utilizada para montagem do fluxograma.

4.6.2.3. Priorização de grupos

Os grupos a serem priorizados são:

- Gestantes;
- Crianças na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, quando encaminhadas pelo CD responsável pelo Programa de Bochecho com Flúor;
- Grupos populacionais mais vulneráveis: pessoas com deficiência motora e/ou mental, diabéticos, portadores de doenças cardíacas com risco aumentado de desenvolver endocardite bacteriana, doentes de AIDS e

usuários que irão receber tratamento radioterápico e/ou quimioterápico, quando encaminhados pelo CD ou Médico responsável.

Pois é uma população vulnerável, que necessita de atendimento precoce e já são priorizados pelo MS.

4.6.2.4. Montagem da agenda odontológica

A necessidade de mudanças urgentes para a reorganização da demanda da Odontologia foi uma das prioridades. A agenda foi modificada aos poucos e foram implementados horários diferenciados para o atendimento dos grupos prioritários e que demandam maior atenção. Usou-se a estratégia de vincular a consulta médica ao da odontologia para o paciente não precisasse retornar muitas vezes à UBS.

PROF	Período	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MÉDICO	M					
MÉDICO	T					
ENFERMEIRO	M					
ENFERMEIRO	T					
ODONTÓLOGO	M					
ODONTÓLOGO	T					

Figura 27 – Esquema para a montagem da agenda da ESB da área 33 da UBS Iguaçu, 2006.

Suzana Goya

PROF	Período	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MÉDICO	M	Consulta - demanda	Consulta - demanda Planejamento familiar Pré-natal	Consulta - demanda Saúde da criança	Consulta - demanda Desnutridos Adolescentes	Consulta - demanda Saúde do idoso
MÉDICO	T	Consulta - demanda HA, DV, HAN, TB (agendamento) AT: ACS	Consulta - demanda Visita domiciliar AT: ACS	Consulta - demanda Saúde da Mulher (Ginecologia) DST AT: ACS	Consulta - demanda Visita domiciliar AT: ACS	Consulta - 1ª hora Reunião da ESF Educação continuada Avaliação - ACS Avaliação - SIAB Programar ações
ENFERMEIRO	M	Consulta - demanda Supervisão - 1ª hora	Supervisão - 1ª hora Visita domiciliar Ver Organizações Sociais Públicas e Privadas	Supervisão - UDS Saúde da Criança	Consulta de enfermagem Desnutridos Adolescentes ADM - UBS	Pré-natal Planejamento familiar ADM - UBS
ENFERMEIRO	T	HA, DV, HAN, TB (agendamento) ADM - UBS	Preventivo ADM - UBS	Atividade Educativa Grupos específicos	Educação continuada ACS	Reunião da ESF Educação continuada Avaliação - ACS Avaliação - SIAB Programar ações
ODONTÓLOGO	M	Consulta - demanda	Programada - gestante e/ou demanda	Consulta - demanda	Consulta - demanda Organizações Sociais Públicas e Privadas Educação continuada	Consulta - demanda Idoso
ODONTÓLOGO	T	Programada HA, DIA, HAN, TB, Especiais AT: ACS	Visita domiciliar ou Organizações Sociais Públicas e Privadas	Consulta - demanda AT: ACS	Consulta - demanda AT: ACS	Reunião da ESF

Figura 28 – Exemplo de agenda da ESF.

As ações a serem desenvolvidas quando do planejamento da agenda foram:

- Identificar a presença de atividade da doença (mancha branca ativa, cárie aguda, mais de 20% do periodonto comprometido) para os integrantes das famílias das micro-áreas definidas como risco social;
- Realizar ações de cunho preventivo (coletivo / individual) de educação e reabilitadoras às pessoas com risco social;
- Pessoas com atividade de doenças, o enfoque reabilitador deve ser prioritário, conforme orientações a cada grupo;
- Utilizar o conceito de ciclo de vida, com enfoque diferenciado, sem perder o foco de referência de seus núcleos familiares;
- Utilizar o genograma, adaptado para a odontologia, como ferramenta para melhor conhecimento das famílias;
- Prestar assistência clínica odontológica através de atendimento programado, pronto-atendimento, atendimento à urgência e extra-clínica.

4.6.2.5. Visitas Domiciliares (VD)

1^a. Visita: coleta de dados sobre a família e seus conhecimentos e práticas de saúde, esclarecimento sobre a importância da família na manutenção das crianças;

2^a. Visita: orientação sobre a saúde bucal, distribuição de escovas e pastas, escovação orientada, orientação sobre o consumo de açúcar;

3^a. Visita: reforço das orientações dadas;

Demais visitas (se houver necessidade): reforço e reposição de escovas e pastas.

O profissional deve tratar e não simplesmente atender, tentando compreender o contexto da doença pessoal e social; perceber, não apenas um evento isolado, mas preocupar-se com o significado da doença para o paciente e sua família; informar e orientar as pessoas no desenvolvimento de suas habilidades para lidar com seus próprios problemas; encarar cada momento como uma oportunidade de estar promovendo saúde.

4.6.2.6. Preparação de material didático pedagógico para Agente Comunitários de Saúde (ACS)

Sabendo que a educação em saúde é uma das ações mais importantes na prática odontológica e que pode contribuir para a preservação/promoção da saúde do paciente na medida em que trabalha na construção coletiva dos novos conceitos e tecnologias. Os componentes da ESF (Equipes de Saúde da Família) da equipe 33 se reuniram para trocar informações, discussão de casos e soluções para problemas de sua área de abrangência.

Durante uma dessas reuniões tornou-se evidente a necessidade de mais informações sobre odontologia para que toda equipe pudesse estar preparada para realizar a educação em saúde bucal. Começou-se assim a preparação de material didático (manual da ACS, protocolo para visitas domiciliares e palestras) e de oficinas para discutir dúvidas sobre os assuntos propostos: Atenção Básica de saúde bucal (rotinas de atendimento, fluxograma da odontologia na UBS, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas), doença bucais (o que é; como detectar, o que observar na família, como

evitar), métodos preventivos em odontologia (fio dental, escova dental, dentifrícios, selantes, fluoretos), fissurados (o que é, como encaminhar, como proceder com a família), noções básicas sobre os dentes (anatomia, funções, cronologia da erupção, etc...), comunidade saudável e outros... Durante as reuniões semanais de equipe foram apresentadas as palestras, o conteúdo do manual, o protocolo que foi modificado de acordo com a visão de cada um dos profissionais da ESF.

Visou-se com esse trabalho fornecer material didático para o ACS, capacitar toda equipe para os cuidados em saúde bucal, bem como estimular o auto cuidado em toda equipe e também despertar a equipe para a identificação de casos de risco a saúde bucal e geral e começar a disseminação da comunidade saudável onde todos os setores devem e podem participar.

A colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde enriqueceu o de forma a transcrever de forma simples e de fácil entendimento por leigos e por profissionais de outras áreas da saúde, bem como motivou a introdução de capítulos sobre dieta, amamentação e cuidados com pacientes especiais, acamados e cuidadores; também com cuidados com o meio ambiente, reciclagem do lixo (domiciliar e contaminado), dengue e tuberculose e abordagem com adolescentes sobre contracepção. Assuntos que não são relativos à odontologia mas sim a saúde coletiva.

As maiores dificuldades encontradas na elaboração do manual foram a simplificação do saber, os diferentes conceitos sobre saúde e as crenças pessoais que cada pessoa traz de sua própria formação. A colaboração de toda equipe faz com que a produção de conhecimento torne-se mais acessível e simplificado e que a formação em sobre saúde bucal do profissional ACS gere um novo conhecimento para a prática da Saúde da Família. A disseminação de conceitos sobre a saúde bucal, permite uma melhora na saúde integral na comunidade.

4.6.2.7 Levantamento epidemiológico das microáreas da Equipe 33

A necessidade de dados epidemiológicos quanto a saúde bucal foi uma das preocupações levantadas nas reuniões de equipe e segue-se abaixo a pesquisa realizada:

A equipe 33 conta com 6 micro-áreas com um total populacional de 4.428 pessoas.

Para o planejamento de ações efetivas e de impacto na população adscrita são necessários dados epidemiológicos da população que auxiliarão na organização dos serviços a serem prestados a essa comunidade bem como o estabelecimento de um projeto multiprofissional de atendimento organizado por prioridades definidas pelos dados coletados.

Este levantamento epidemiológico objetivou descrever as condições de saúde bucal das famílias residentes nas microáreas de abrangência da Equipe 33 da Unidade Básica Iguaçu no município de Maringá – PR englobando todas as faixas etárias, que serviu de baseline para o planejamento de ações de saúde bucal que foram planejadas e serão desenvolvidas.

As questões que foram cogitadas pela equipe foram:

- Avaliar o acesso da população aos serviços odontológicos de saúde e sua autopercepção de necessidade de tratamento, bem como se já foi orientado sobre métodos preventivos em odontologia, se as condições periodontais estão relacionadas com os índices de CPOD.
- Verificar as relações entre os dados encontrados e a realidade socioeconômica e demográfica da população.
- Contribuir para o desenvolvimento da investigação epidemiológica a partir da construção de um referencial teórico-metodológico.
- Reconhecer os problemas de saúde bucal que afligem a população e qual seria a verdadeira importância na qualidade de vida.
- Fornecer subsídios aos profissionais da área da saúde, educação, planejamento e administração, relativos à Saúde Bucal.

Sabe-se que os levantamentos básicos em saúde bucal são utilizados para a coleta informações acerca da condição de saúde bucal e das necessidades de tratamento de uma população, e, subseqüentemente, para monitorizar as alterações nos níveis e padrões de doença. Deste modo, é possível avaliar-se a adequação e eficácia dos serviços que estão sendo oferecidos, e também planejar ou modificar os serviços de saúde bucal, bem como os programas de treinamento, se necessário (OMS, 1999).

A) Amostra:

A população estudada foi constituída de famílias residentes nas microáreas da equipe 33 do município de Maringá-PR com o tamanho da amostra correspondente a totalidade dos moradores, que totalizam 4.095 indivíduos distribuídos por 1.182 famílias.

A amostra inicial constitui-se por 761 indivíduos distribuídos em 226 famílias residentes na microárea 1 da equipe 33 da Unidade Básica Iguazu, regional Iguazu do município de Maringá-PR. Foram examinados e entrevistados 442 pessoas e todos os domicílios dos pesquisados dessa microárea foram visitados. As perdas que ocorreram da amostra inicial foram devido ao trabalhadores que retornam após as 19:00 e a negativa em participar do levantamento por parte de algumas famílias.

B) Equipe de trabalho:

Foi realizado a calibração do único examinador no qual o Kappa intra-examinador foi de 0,91.

A constituição da equipe foi elaborada segundo os critérios propostos por Pereira (2003):

1. Examinador – onde suas funções foram a de efetuar o exame de cada indivíduo utilizando a sonda OMS e espelho bucal plano; a de ditar ao anotador as informações relativas ao exame; dar instruções gerais para o examinador; faze-se o possível para não tocar na boca do paciente com as luvas, evitando ao máximo a contaminação; não usou-se a sonda OMSI em cáries avançadas a fim de não causar dor ou desconforto, sendo o seu uso restrito a áreas onde existe dúvida em relação a cáries ou restaurações; indagou-se ao paciente a razão da extração dentária, se a resposta foi inconclusiva, seguiu-se o próprio julgamento clínico.

2. Anotador – tem como atribuições: organizar o material para anotação (ficha, lápis, borrachas); preencher o cabeçalho na folha de inspeção; anotar o exame realizado pelo examinador, chamar a atenção do examinador para qualquer irregularidade no exame.

A equipe foi constituída por apenas 01 Cirurgião-Dentista, 02 THDs, 01 ACD e 01 ACS que participaram previamente de treinamentos e calibração.

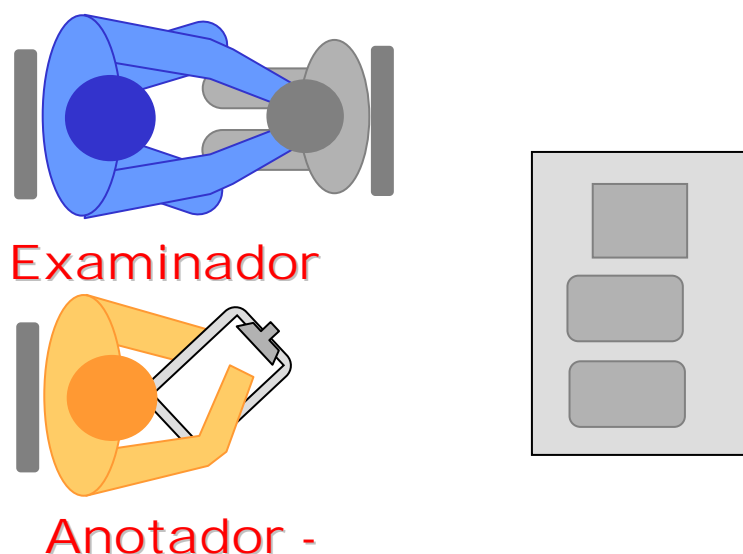


Figura 29 – Posicionamento da equipe do levantamento epidemiológico
Fonte: BRASIL, 2001a.

C) Metodologia:

Os sujeitos da pesquisa foram examinados em cadeiras comuns e próximas à janela existente, sendo as cortinas totalmente abertas, com luz ambiente, porém quando da impossibilidade (como idosos acamados ou pessoas impossibilitadas de locomoção) de luz natural utilizou-se a luz fria do foco de uma lanterna de cabeça (Figura 30). Os locais da inspeção visual foram: sala de estar, cozinha, copa, área, dormitório, varanda e quintal.



Figura 30 – Inspeção visual durante o levantamento epidemiológico.

Os métodos utilizados neste levantamento epidemiológico seguiram os critérios descritos no manual do SB 2000 (BRASIL, 2001a) para levantamento epidemiológico.

Os critérios para incluir um domicílio da micro-área de abrangência foram: o domicílio é o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas ou que esteja sendo

Suzana Goya

utilizado com esta finalidade. Os domicílios podem ser classificados como: particulares permanentes, particulares improvisados ocupados e coletivos.

Tabela 2 – Classificação dos tipos de domicílios.

Classificação	Definição	Exemplos
Domicílio Particular Permanente	Foi construído para servir exclusivamente à habitação e, na data da visita tinha como finalidade servir de moradia a uma ou mais pessoas.	Casas, apartamentos, unidades domiciliares em <i>apart-hotéis</i> , casas de cômodos, cortiços, cabanas, chalés.
Domicílio Particular Improvisado Ocupado	Localizado em unidade não-residencial que não tinha dependências destinadas exclusivamente à moradia e que na data da visita estava ocupada por moradores.	Lojas, fábricas, prédios em construção, marquises, barracas.
Domicílio Coletivo	É o estabelecimento ou instituição onde a relação existente entre as pessoas que nele habitam, na data da visita, era restrita a normas de subordinação administrativa.	Hotéis, presídios, quartéis, navios, asilos, orfanatos, conventos, hospitais, alojamentos de trabalhadores, <i>campings</i> etc.

Fonte: BRASIL, 2001a

Muitas vezes existe mais de um domicílio particular em um mesmo terreno ou propriedade. Neste caso, caberá à equipe de campo definir o número de domicílios existentes aplicando critérios de *separação* e de *independência*:

Separação: o local de habitação é limitado por paredes, muros, cercas. Está coberto por um teto e permite que a pessoa ou grupo de pessoas que nele moram se isolem das demais, com a finalidade de dormir, cozinhar, comer e proteger-se do ambiente, arcando com parte ou com todas as suas despesas de alimentação e/ou moradia.

Independência: quando o local de habitação tem acesso direto e seus moradores podem nele entrar e sair sem passar por locais destinados à moradia de outras pessoas.

Para que existam dois domicílios em um mesmo terreno, é necessário que se cumpram as condições de separação e de independência.

Tabela 3 – Situações para a verificação da condição do domicílio

SITUAÇÃO	CONDIÇÃO		NÚMERO DE DOMICÍLIOS EXISTENTES
	SEPARAÇÃO	INDEPENDÊNCIA	
Um casal mora em uma casa e aluga um quarto para um rapaz. O rapaz paga sua despesa com alimentação, mas passa pela sala do casal para chegar ao seu quarto.	Sim	Não	1
Dois casais dividem um apartamento e as despesas de alimentação.	Não	Não	1
Em um prédio de dois andares, moram duas famílias, uma em cada andar. Cada família arca com suas despesas de alimentação e o acesso ao local não é feito pela moradia do outro.	Sim	Sim	2
Em um terreno, além da casa, há um cômodo nos fundos, onde dorme o filho do casal. O acesso é feito sem passar por dentro da casa, mas as despesas com alimentação e moradia ficam a cargo do pai.	Não	Sim	1

Fonte: BRASIL, 2001a

Desse modo, é fácil perceber que a independência tem uma dimensão física da moradia e a *separação* tem uma dimensão econômica do ponto de vista da relação entre os moradores.

Outros domicílios que não são percebidos com facilidade:

- domicílios que ficam atrás dos domicílios que dão para a rua, ou seja, aqueles que ficam nos fundos do terreno (observar campainhas, caixas de correio, entradas separadas, corredores);
- domicílios existentes na mesma estrutura onde funcionam escritórios, casas de comércio, indústrias, fábricas, oficinas – ao passar perguntar sobre a existência de residência no local;
- domicílios em escolas, igrejas, templos (guarda, zelador, cuidador, padre etc.);
- hotéis, pensões, pensionatos, repúblicas de estudantes – verificar se o dono, administrador ou zelador reside no local ou se há hóspede permanente; neste caso, cada quarto é um domicílio;

- casa de cômodos (ou cortiço): cada família corresponderá a um domicílio;
- pesquisar se há pessoas residindo em casas em construção, barracas, automóveis, barcos etc.

Só é considerado domicílio quando houver uma entrada específica e independente e os moradores do local pagarem suas próprias contas. Deve-se pesquisar sempre a existência de outros domicílios que não são percebidos com facilidade. Fez-se necessário a explanação sobre domicílio, pois houve a dificuldade por parte de ESB em assimilara esses critérios, durante a pesquisa em campo e separar as famílias ou indivíduos que moravam em um mesmo terreno.

Os participantes do estudo foram examinados e no dia do exame receberam explicações individuais sobre saúde bucal. Os critérios para a inspeção visual clínica (BRASIL, 2001a) foram:

1) A seqüência do exame realizado foi obedecendo a ordem da ficha (preconizada para o SB 2000), ou seja, dos índices menos invasivos para os mais invasivos. Os diferentes espaços dentários foram abordados de um para outro, sistematicamente, iniciando do terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito (do 18 ao 11), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o terceiro molar (do 21 ao 28), indo para o hemiarco inferior esquerdo e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito (do 41 ao 48).

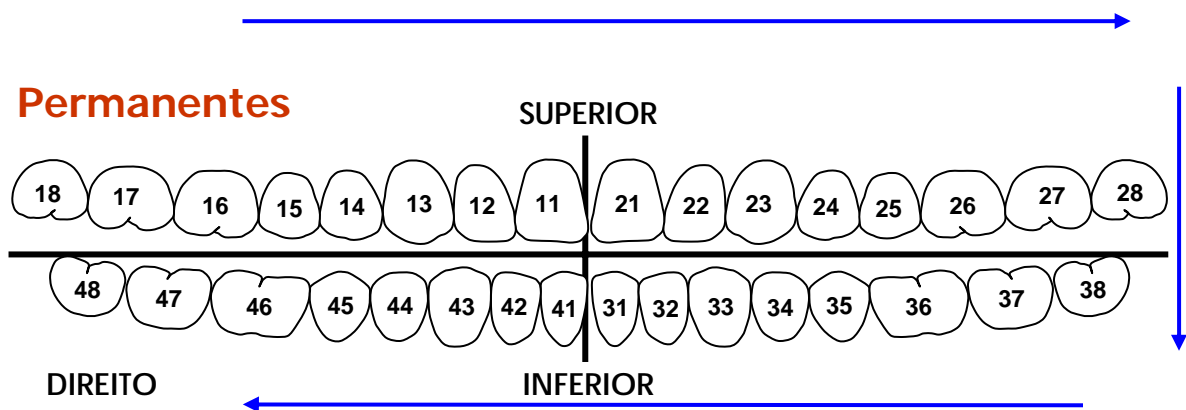


Figura 31 - Seqüência da inspeção visual em dentes permanentes.
Fonte: BRASIL, 2001a.

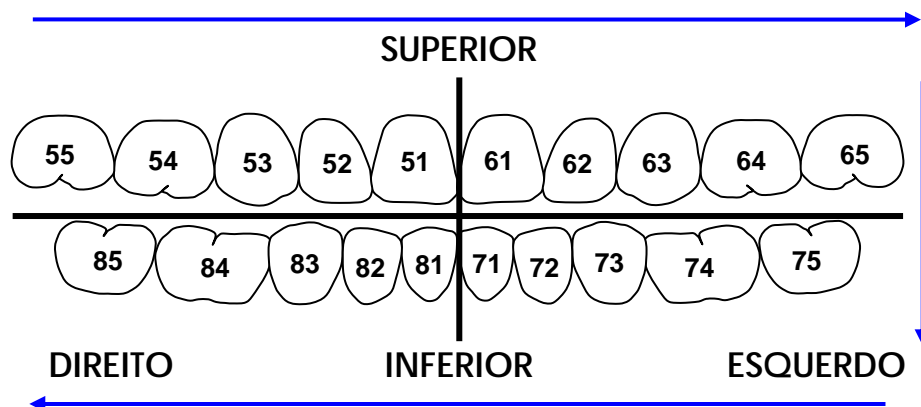
Decíduos

Figura 32 – Seqüência da inspeção visual em dentes decíduos.
Fonte: BRASIL, 2001a.

2) os problemas de saúde bucal analisados foram: Cárie Dentária, Doença Periodontal, Fluorose, Uso e necessidade de prótese (edentulismo), Lesões bucais, Avaliação socioeconômica, Acesso e utilização de serviços de saúde bucal, Autopercepção em saúde bucal. Portanto os índices estudados foram:

- ✓ Cárie Dentária - Condição Dentária da coroa e CPO-D
- ✓ Doença Periodontal - CPI (Índice Periodontal Comunitário)
- ✓ Fluorose - Dean modificado (OMS)
- ✓ Edentulismo - Uso e necessidade de prótese

O índice CPOD é um instrumento amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas de cárie dentária sendo, por esta razão, recomendado pela OMS para medir e comparar a prevalência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média do número de dentes cariados, extraídos "perdidos" e restaurados "obturados" num grupo de indivíduos.

Tabela 4 – Resumo dos códigos para cárie dentária

CÓDIGO			
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		CONDIÇÃO/ESTADO
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	-	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	-	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	-	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO
T	T	-	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

Fonte: BRASIL, 2001a.

Tabela 5 – Resumo dos códigos necessidade de tratamento

Necessidade de Tratamento

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	SEM INFORMAÇÃO

Fonte: BRASIL, 2001a.

O CPITN original é baseado na divisão da boca em seis segmentos, dominado sextantes pelos dentes 17 a 13, 13 a 23, 24 a 27, 37 a 34, 33 a 43, 44 a 47. No exame de cada sextante apenas um registro é anotado baseado na pior condição encontrada, que são classificados em 5 categorias (0-4) (OMS, 1991). Para finalidade epidemiológica, é recomendado que sejam feitos registros baseados no exame de 10 dentes índices (17, 16, 11, 26, 17, 37, 36, 31, 46 e 47), que foram considerados representativos da situação bucal, chamado de índice simplificado. Permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa.

A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 e 44-47. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia, é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso o sextante é cancelado.

Doença Periodontal

CPI e PIP - Sextantes

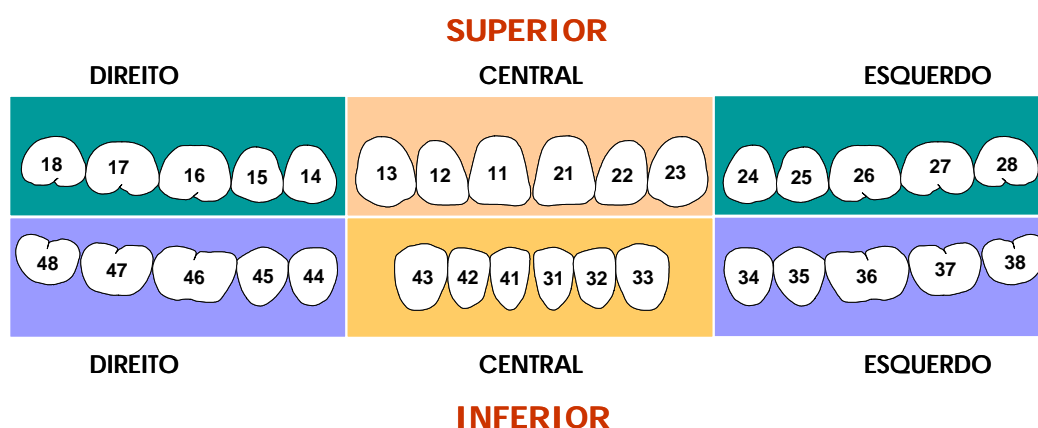


Figura 33 – Divisão por sextantes do arco dental.
Fonte: BRASIL, 2001a.

Doença Periodontal

CPI e PIP - Sextantes e Dentes-Índices

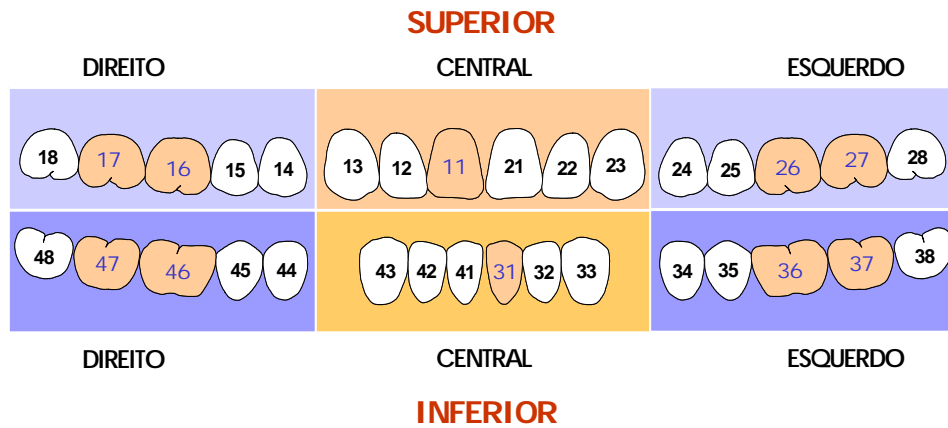


Figura 34 - Destaque dos dentes-índices para CPI.
Fonte: BRASIL, 2001a.

Os dentes índices são 16, 11, 26, 36, 31 e 46; se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares.



Figura 35 – Classificação de sextante hígido.
Fonte: BRASIL, 2001a.

Doença Periodontal

CPI

Código 1
Sangramento

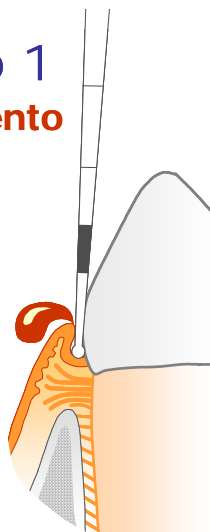


Figura 36 – Classificação de sextante com sangramento.
Fonte: BRASIL, 2001a.

Doença Periodontal

CPI

Código 2
Cálculo

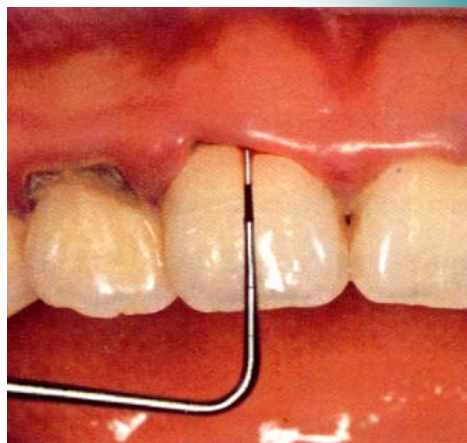
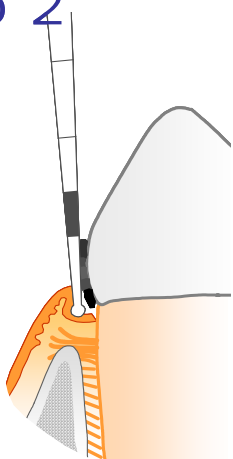


Figura 37 – Classificação de sextante com cálculo.
Fonte: BRASIL, 2001a.

Doença Periodontal

CPI

Código 3

Bolsa
4 a 5 mm

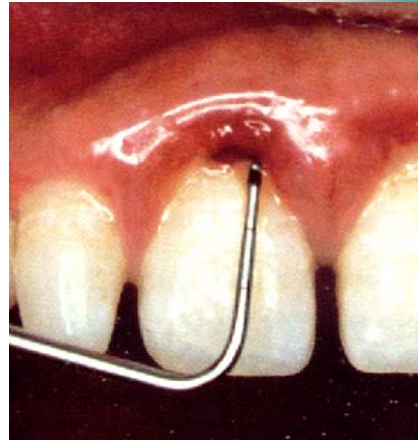
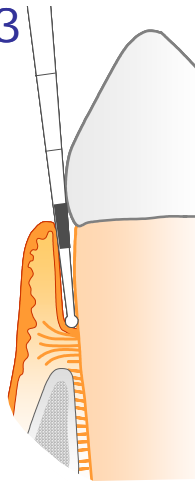


Figura 38 – Classificação de sextante com bolsa de 4 mm a 5 mm.
Fonte: BRASIL, 2001a.

Doença Periodontal

CPI

Código 4

Bolsa
6 mm e mais

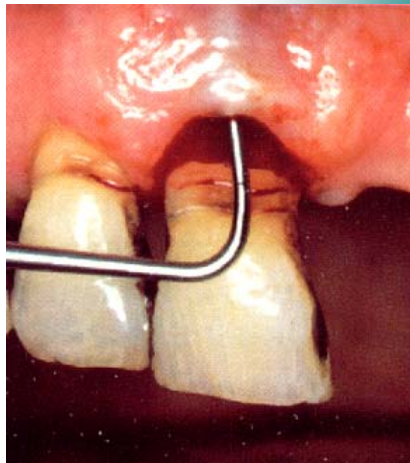
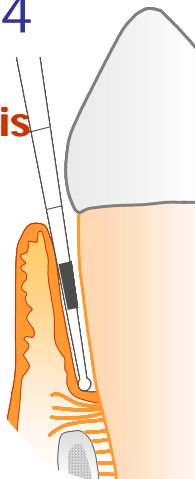


Figura 39 – Classificação de sextante com bolsa de 6 mm ou mais mm.
Fonte: BRASIL, 2001a.

Os códigos para detecção de problemas periodontais que foram utilizados contemplam:

Tabela 5 – Resumo do códigos utilizados para os problemas periodontais

Códigos	Características
0	Sextante hígido
1	Sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem).
2	Cálculo (qualquer quantidade mas com toda a área preta da sonda visível)
3	Bolsa de 4 a 5 mm (margem gengival na área preta do sonda)
4	Bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está mais visível)
X	Sextante excluído (menos de 2 dentes presentes)
9	Sextante não examinado

Fonte: BRASIL, 2001a.

A fluorose é um sensível indicador de que o desenvolvimento do dente esteve exposto ao flúor. Com crescente exposição, os dentes mostram progressivas alterações na superfície do esmalte. As lesões distribuem-se simetricamente dentro da boca, mas nem todos os dentes são igualmente afetados. Os pré-molares e segundos molares são os mais freqüentemente afetados, seguidos pelos incisivos superiores, enquanto os incisivos inferiores são os menos afetados. O grau de severidade reflete o estágio no qual vários tipos de dentes são formados e mineralizados, considerando também o regime de fluoretação (baixa ou alta) a que o indivíduo esteve exposto. A dentição temporária costuma ser menos envolvida que a permanente. Alguns estudos relataram casos de fluorose na dentição temporária em áreas de altos teores de flúor.

O índice é o recomendado pela OMS, o qual se baseia no índice de Dean. Neste levantamento serão examinadas as **idades de 12, e de 15 a 19 anos**. Todos os dentes são examinados, mas a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas os dois dentes mais afetados (se esses dois dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do *menos* afetado entre os dois será registrado). As lesões fluoróticas são usualmente bilaterais e simétricas e tendem a apresentar estrias horizontais.

Os códigos e critérios utilizados para a pesquisa da fluorose foram os seguintes:

0 - Normal. - O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.



Figura 40 – Classificação Normal no índice de Dean.
Fonte: BRASIL, 2001a.

1 – Questionável - O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação “normal” não se justifica.



Figura 41 – Classificação Questionável no índice de Dean.
Fonte: BRASIL, 2001a.

2 - Muito leve - Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1mm a 2 mm na ponta das cúspides de molares (picos nevados)



Figura 42 – Classificação Muito Leve no índice de Dean
Fonte: BRASIL, 2001a.

3 - Leve. A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.



Figura 43 – Classificação Leve no índice de Dean.
Fonte: BRASIL, 2001a.

4 - Moderada. Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes.



Figura 44 – Classificação Moderada no índice de Dean
Fonte: BRASIL, 2001a.

5 - Severa. A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.



Figura 45 – Classificação Severa no índice de Dean
Fonte: BRASIL, 2001a.

9- **Sem informação.** Quando, por alguma razão (próteses.), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (65 a 74 anos).

Tabela 6 – Resumo dos códigos utilizados para fluorose

Classificação	Código	Critérios
Normal	0	O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.
Questionável	1	O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação "normal" não se justifica.
Muito Leve	2	Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 a 2 mm na ponta das cúspides de molares (picos nevados).
Leve	3	A opacidade é mais extensa mas não envolve mais que 50% da superfície.
Moderada	4	Todo esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes.
Severa	5	A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.
Sem informação	9	Quando por alguma razão (próteses, etc), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado.

Fonte: BRASIL, 2001a.

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais têm como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). Foi assinalado o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

Suzana Goya

Tabela 7 – Critérios de classificação quanto ao uso de prótese

Fonte: BRASIL, 2001a.

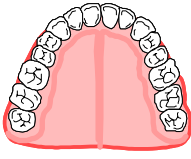
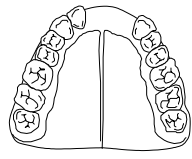
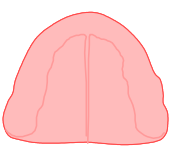
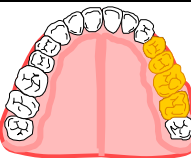
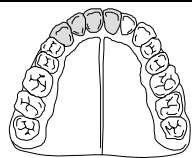
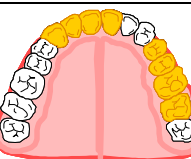


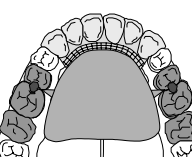
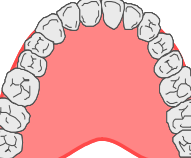
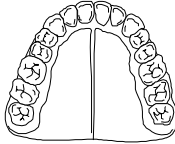
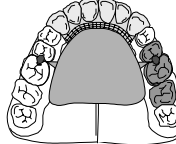
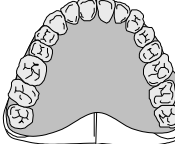
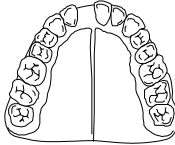

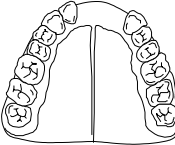


Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

Tabela 8 – Critérios de classificação quanto a necessidade do uso de prótese

Fonte: BRASIL, 2001a.

Necessidade de Prótese				
Código	Critério	Exemplos		
0	Não necessita de prótese dentária			
		Todos os dentes presentes	Espaços protéticos presentes com prótese	Desdentado total mas com presença de prótese
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento			
		Espaço protético unitário anterior	Espaço protético unitário posterior	
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento			
		Espaço protético anterior de mais de um elemento	Espaço protético posterior de mais de um elemento	
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento			
		Espaços protéticos em vários pontos da boca		

A presença de qualquer alteração de tecido mole serão classificadas de acordo com aos seguintes códigos:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença
- 9 – Sem informação

Tabela 9 – Resumo da avaliação de saúde bucal quanto a idade

Idade	Cárie		Doença Periodontal	Fluorose	Prótese	Lesões bucais
	Coroa	Tratamento				
< 1	●	●				
18 a 36 meses	●	●				
1 a 4	●	●				
5 anos	●	●				
5 a 6	●	●				
7 a 9	●	●				
10 a 14	●	●		●		
12 anos	●	●	●	●		●
15 a 19	●	●	●	●	●	●
20 a 39	●	●	●		●	●
40 a 49	●	●	●		●	●
35 a 44 anos	●	●	●		●	●
50 a 59	●	●	●		●	●
> 60	●	●	●		●	●
65 a 74 anos	●	●	●		●	●

Fonte: BRASIL, 2001a.

E) Materiais utilizados no levantamento epidemiológico

Os exames foram feitos utilizando-se espelho bucal plano nº 5 e sonda da OMS (sonda CPI – *ball point*) com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 e 5,5 mm da ponta do instrumento, para levantamentos epidemiológicos embaladas em papel kraft e autoclavadas, sob luz natural. Foram também utilizadas espátulas de madeiras descartáveis, bem como os examinadores estavam paramentados conforme normatização de biossegurança. O questionário e a ficha de exame tiveram como base a ficha do SB Brasil, 2000.

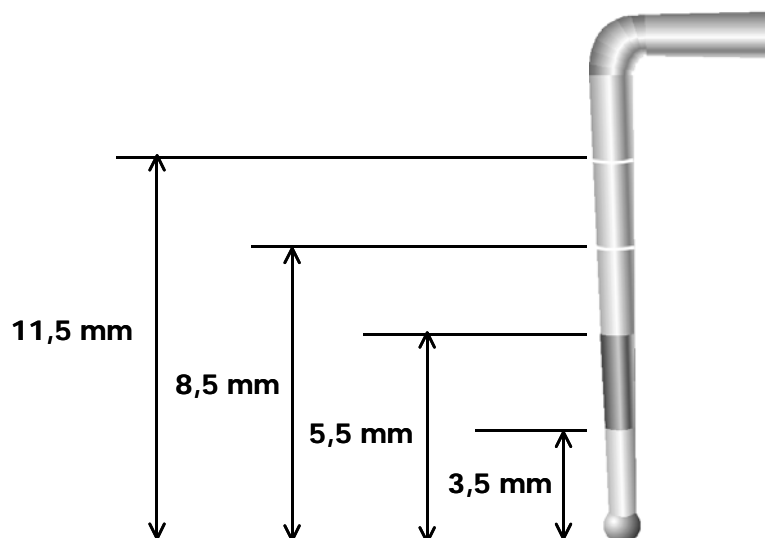


Figura 46 – Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.

Fonte: BRASIL, 2001a.

F) Análise Estatística do levantamento epidemiológico

A análise estatística utilizada foi descritiva, apresentada por meio de gráficos e tabelas utilizando freqüências relativas e absolutas. Os dados foram processados através do programa Statistica for Windows 5.1 (Stat Soft Inc). Fixou-se 0,05 o nível de rejeição da hipótese de nulidade.



05



Resultados

5. Resultados

5.1 Planejamento

A caracterização da área da equipe 33 foi realizada com vistas no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela ESF e ESB.

A área 33 possui uma população de 4.428 habitantes (SIAB - julho/06) e foi dividida em 6 microáreas, segundo quadro abaixo.

Tabela 10 - Distribuição da população da área 33 por micro área e número de famílias

MICROÁREA	POPULAÇÃO	Nº DE FAMÍLIAS
1	761	226
2	631	179
3	887	259
4	725	222
5	839	252
6	585	183
TOTAL	4.428	1.3214

Fonte: SIAB - julho/06

Ressalta-se que o número de famílias das microáreas 2 e 6 ainda está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (que é de 200 a 250), tendo em vista que nestas áreas existe a incorporação de novas famílias que ainda não foram cadastradas, algumas casas vazias e várias casas em construção.

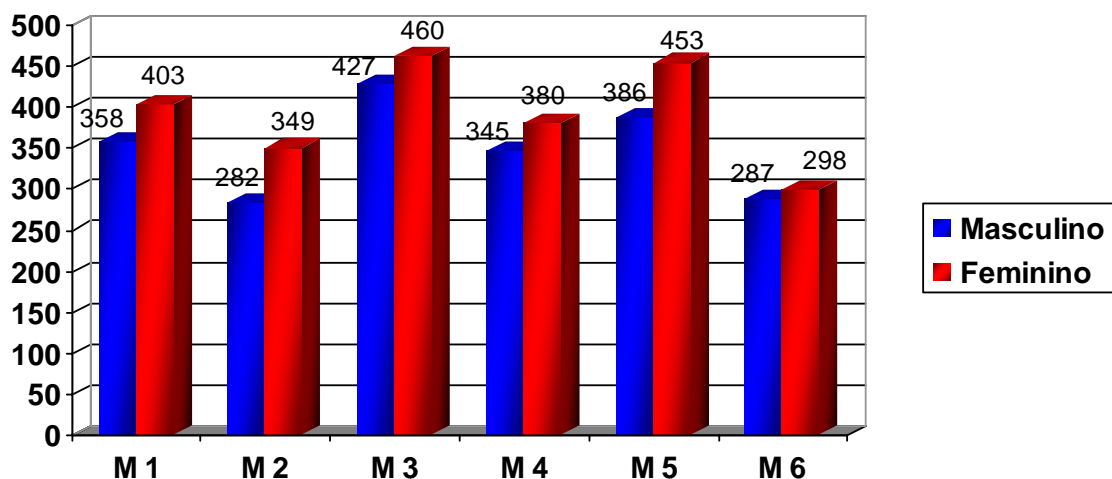


Figura 47 - Distribuição da população da área 33, segundo sexo, por microárea.
Fonte: SIAB- julho/06

Observa-se que o gênero feminino predominou, com 53,6% do total da população, podendo-se vislumbrar a atenção integral à saúde da mulher como um objetivo a ser alcançado.

Tabela 11 – Divisão por faixa etária da ESF da área 33, 2006

Sexo	Faixa Etária (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	33	128	74	109	144	198	726	244	222	207	2085
Feminino	32	106	70	92	154	212	763	335	293	286	2343
Número de Pessoas	65	234	144	201	298	410	1489	579	515	493	4428

Fonte: SIAB- julho/06

Tabela 12 - Distribuição da população da área 33, segundo idade, por microárea

IDADE	M1	M2	M3	M4	M5	M6	TOTAL	%
0-1	10	7	15	10	8	16	66	1.5
1-4	39	36	72	32	22	30	231	5.2
5-14	116	90	149	98	110	87	650	16.7
15-19	73	71	73	52	81	61	411	9.4
20-59	438	379	515	420	501	335	2588	57.0
>60	85	53	63	113	117	62	493	10.2
TOTAL	761	631	887	725	839	585	4.428	100,0

Fonte: SIAB- julho/06

Ao avaliar cada microárea, observa-se que o percentual de idosos das micro-áreas 4 e 5 são os mais elevados, o que pode demandar maiores esforços da equipe no sentido de prevenir e identificar doenças crônico-degenerativas nessas áreas. Em relação à saúde bucal a demanda será suprida por meio da detecção de lesões bucais, verificação do uso e a necessidade de próteses, bem como a educação em saúde (cuidados com a alimentação, hábitos nocivos à saúde – como fumo, álcool, instruções de higiene bucal), ensino do auto exame para a prevenção do câncer bucal e sobre os cuidados básicos de higiene (manuseio, armazenamento, como e com quais produtos realizar a limpeza das próteses, necessidade de remoção noturna) com as próteses dentárias e com os remascentes dentários.

Das crianças pesquisadas, 95,79% (n=478) entre 7 a 14 anos encontram-se na escola e acima de 15 anos 96,76% (n=3.373) da população é alfabetizada, portanto constata-se que é uma comunidade que se preocupa com a educação, que possui escolaridade, portanto mais exigente quanto as políticas públicas, possuem um pensamento mais crítico e a luta por melhoras na área de saúde.

Quanto aos aspectos relacionados ao meio em que vivem, consideraram-se dados sobre o abastecimento de água, destino do lixo e destino do esgoto doméstico. O abastecimento de água é feito na maioria das casas pela rede pública (99, 32%), o destino das fezes através do sistema de esgoto ou fossas está presente na maioria das casas (16,65% e 83,27%), o destino do lixo de 99,92% dos moradores é através da coleta de lixo, 99,02% das casas são de tijolo e 99,55% possuem energia elétrica o que denota que a infra-estrutura boa e que não é um aspecto preocupante. A ESF 33 conta com uma população de 72,73% de pessoas que utilizam a UBS com regularidade, somente 27,24% são cobertas por um plano de saúde, e mesmo dentro dessa população 18% utilizam a UBS ocasionalmente.

O SIAB não fornece dados com relação à profissão/ocupação dos indivíduos. Isto torna um pouco difícil a identificação de problemas ocupacionais na comunidade, porém sabe-se que existe um número grande de bares, pequenos comércios de alimentos (vendas e padarias) e minimercados, e que a grande maioria dos comerciantes reside atrás de sua loja. Este fato permite o fácil acesso da família às guloseimas (doces, farinhas para adição na

mamadeira) e objetos como a chupeta, mamadeira, o que pode levar a um aumento das deficiências nutricionais, da obesidade, da cárie dentária e das más-oclusões.

A área de abrangência da ESF 33 contempla 2 escolas de ensino fundamental (1 privada e outra pública) e 1 Centro de Educação Infantil (CEI) privada, 3 igrejas, 1 Pastoral da Criança, 1 Centro Esportivo vários minimercados, padarias, 3 consultórios de cirurgiões dentistas clínicos gerais e bares.

Quanto aos agravos à saúde referidos temos: 30 pessoas alcoolistas (0,68%), 0,14% com doença de Chagas (n=6), 44 deficientes (0,99%), 151 diabéticos (3,41%), 9 epiléticos (0,20%), 513 pessoas são hipertensas o que significa 11,59% da população possuem essa doença e 21 gestantes (1,03%). Sendo a hipertensão o agravo mais comumente encontrado na região.

Tabela 13 – Dados sobre agravos à saúde, doença referida da população da ESF 33.

Faixa etária	Doença referida							Faixa etária	GES %
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	EPI %	HA %			
0 a 14 anos	0	0	3 0,32	0	4 0,42	0	10 a 19 anos	2 0,55	
15 anos e mais	30 0,86	6 0,17	41 1,18	151 4,33	5 0,14	513 14,72	20 anos ou mais	19 1,13	
Total	30 0,68	6 0,14	44 0,99	151 3,41	9 0,20	513 11,59	Total	21 1,03	

Fonte: SIAB, 2006.

Em conjunto com as ACS realizou-se um levantamento das condições relativas às crianças menores de 6 anos: quanto ao aleitamento materno exclusivo (até os 6 meses), vacinação, estado nutricional, tratamento odontológico e participação na puericultura.

Das mães da área de abrangência, 47,7% optou pelo aleitamento materno exclusivo até 6 meses, quando comparados aos índices do Brasil (em

torno de 30%) está superior aos parâmetros esperados, porém o município vem realizando esse trabalho há vários anos e ainda não conseguiu a adesão total das mães para o aleitamento exclusivo, o que faz com que a ESF reflita quais as dificuldades encontradas pelas mães.

Durante a reunião de equipe discutiu-se o tema e os problemas foram classificados em: mães que retornam ao trabalho no 4º mês, influência dos familiares para a introdução dos chás e água, o pré-natal fora da rede pública (há necessidade dos ginecologistas e pediatras acreditarem na amamentação e que orientem suas pacientes) e as mães que não querem amamentar. O que se tem trabalhado são as VD para todos os recém nascidos (RN) com orientações sobre amamentação e quais são as dificuldades que ocorrem, conversa-se com os familiares na VD e quando ocorre o retorno da mãe ao trabalho no 4º mês a ESF vai ao domicílio para treinar os futuros cuidadores. Chega-se ao impasse da capacitação aos atendentes de creche, para que continuem com o leite materno através do método do copinho e da colherinha, vislumbra-se que seja uma ação intersetorial com a Secretaria de Educação.

Tabela 14 - Porcentagem de crianças que receberam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, das crianças de 0 a 6 anos, por microrárea.

	Micro 1		Micro 2		Micro 3		Micro 4		Micro 5		Micro 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	40	81,63	17	39,54	43	46,7	26	54,16	11	32,35	13	32,5	146	47,70
Não	9	18,37	18	41,86	46	50,0	22	45,84	21	61,76	22	55,0	142	46,41
Sem resp.	0	0	8	18,60	3	3,26	0	0	12	5,39	5	12,5	18	5,88
Total	49		43		92		48		44		40		306	100

Quanto à vacinação a área conta com 94,45% das crianças com a vacina dentro dos prazos preconizados. Em Maringá a imunização obtém resultados de 100% das crianças serem vacinadas, observa-se que 5,55% das

crianças da área não se têm uma resposta por não utilizarem a UBS ou pela família não estar presente durante as visitas das ACS.

Tabela 15 - Porcentagem de crianças imunizadas de 0 a 6 anos, por micro-área

	Micro 1		Micro 2		Micro 3		Micro 4		Micro 5		Micro 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	49	100,0	35	81,4	90	96,7	47		32		37		289	94,45
Não	0	0	0	0	1	1,09	0		0		0		1	0,3
Sem resp.	0	0	8	18,6	3	2,3	1		2		3		17	5,55
Total	49		43		93		48		34		40		307	

A obesidade tem sido a tônica de várias capacitações dentro do município, porém até os 6 anos de idade contamos com apenas 7 crianças sobrepeso (2,28%) o que em relação aos dados do Brasil que giram em torno de 10% da população de crianças que encontram-se acima do peso, constata-se que essa área está com uma porcentagem bem inferior. A desnutrição apresentou-se em 1,64% (n=5) das crianças pesquisadas. O agendamento das crianças desnutridas e sobrepeso têm sido feito para a pediatra de referência que as acompanha mensalmente juntamente com a ESF. A ESB tem sido colaboradora constante na detecção de novos casos de sobrepeso, de auxílio nas ações de educação alimentar e orientações às mães e familiares.

Tabela 16 – Estado nutricional das crianças de 0 a 6 anos.

	Micro 1		Micro 2		Micro 3		Micro 4		Micro 5		Micro 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nutrido	44	89,5	34	79,1	88	94,6	48	100	32	94,1	34	85,0	279	91,18
Sobrepeso	3	6,12	1	2,3	2	2,2	0	0	0	0	1	2,5	7	2,28
Desnutrido	2	4,08	0	18,6	3	3,2	0	0	0	0	0	0	5	1,64
Sem resp.	0	0	8	0	0	0	0	0	2	5,9	5	12,5	15	4,9
Total	49		43		93		48		34		40		306	100

Quanto à puericultura, na avaliação do Ministério da Saúde, da ESF 33, realizada no ano de 2006, já havia sido detectado falha no atendimento à puericultura. No ano de 2007 será implementada a ação conjunta da puericultura médica com a atenção odontológica precoce ao bebê. Das 66 crianças de até 18 meses, 50 (75,75%) estão efetivamente participando da puericultura, sendo que dessa 12 não são usuárias da UBS. A ESF planeja que sejam atingidas 100% das crianças no ano de 2007, as ações que serão implementadas são a vigilância constante ao recém-nascido e conseqüente monitoração de sua saúde, através das VDs, do agendamento de todos os RN para a Pediatria de referência da ESF 33.

Tabela 17 - Quantidade de crianças de 0 a 18 meses que participam da puericultura.

	Micro 1		Micro 2		Micro 3		Micro 4		Micro 5		Micro 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	6	54,55	10	76,92	15	100	12	80,00	5	62,50	2	50	50	75,75
Não	5	45,45	0	0	0	0	2	13,33	3	37,50	2	50	12	18,18
Sem resp.	0	0	3	23,08	0	0	1	6,67	0	0	0	0	4	6,07
Total	11		13		15		15		8		4		66	

O tratamento odontológico das crianças abaixo de 6 anos foi uma completa surpresa pois apesar de existir na UBS a clínica do bebê e as crianças terem sido priorizadas ao longo de vários anos ainda 37,2% das crianças não haviam ido ao dentista. O resultado foi que 52,9% estão ou estiveram em tratamento odontológico e o que se esperava era que em torno de 85% já tivessem sido atendidos na clínica odontológica devido à atuação e priorização das crianças menores de 1 ano e das de até 6 anos como estratégia do município ao longo de vários anos.

Tabela 18 – Crianças de 0 a 6 anos que estão em acompanhamento pela Odontologia.

	Micro 1		Micro 2		Micro 3		Micro 4		Micro 5		Micro 6		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	26	53,1	22	51,16	70	75,27	21	43,75	9	26,47	16	40,0	162	52,9
Não	23	46,9	11	25,58	21	22,58	26	54,16	22	64,70	12	30,0	114	37,2
Sem resp.	0	0	10	23,25	2	2,15	1	2,08	3	8,82	12	30,0	28	9,1
Total	49		43		93		48		34		40		304	

5.2 Reorganização da demanda

Fez-se uma carta para a reorganização da agenda de espera que foi enviada via ACS para a verificação do interesse dos pacientes inscritos em receber o tratamento odontológico, onde diminuiu-se o número de pacientes de 832 para 498 usuários.

Procedeu-se então ao atendimento clínico das pessoas que estavam na lista de espera. O agendamento foi de acordo com as prioridades da ESF 33, porém antes da implantação das mudanças o agendamento foi e é feito na primeira semana do mês em horário delimitado (duas horas diárias).

Têm-se planejado uma alternativa para a demanda espontânea que dentro dessa equipe, é grande. Estuda-se a possibilidade de criar mecanismos que possam definir uma melhor maneira de organizar e diminuir a demanda espontânea. Através do planejamento do atendimento dos grupos prioritários e da classificação das famílias de risco através de critérios a serem implementados pela ESB em conjunto com a ESF.

5.3 Plano de ações

Houve também a incorporação do plano de atividades da ESB conforme FIGURA 46, que auxiliou no planejamento das metas a curto, médio e longo prazo a serem alcançadas pela ESB 33, com também a delegação de funções às auxiliares de âmbito administrativo e de execução das estratégias

Suzana Goya

de educação e promoção de saúde com a colaboração da equipe bem como, a responsabilização de cada integrante em atividades específicas e não específicas de sua área de atuação formando agentes de saúde e estimulando o trabalho em equipe.

Algumas atividades, como o planejamento de teatro de fantoches, escrever peças de teatro, atuação no teatro como ator, não são atribuições específicas das auxiliares, porém a ESB 33, tem realizado o trabalho com fins educacionais.

Plano de Ações			
Problemas	Ações	Responsáveis pela resolução	Quando
Protocolo de VD	Escrever	Vanessa	Setembro/ 2006
Teatro SB	Escrever	Nádia	Julho/2006
Porta-escovas	Pedir doação	Suzana	Outubro/2006
Crianças desacompanhadas	Formular carta para o comparecimento dos pais e cartaz para a porta	Suzana	Julho/2006
Desconhecimento das ACS sobre atendimento odontológico	Manual da ACS e capacitação	Suzana, Vanessa e Nádia.	Maió/2007
Demanda espontânea grande	Pedir um CD clínico geral para suporte da equipe	Suzana	Dezembro/2006
Grande número de pessoas cadastradas	Modificar o mapa da área de abrangência da 33.	Suzana	Dezembro/2007
Número de crianças abaixo de 6 anos em tratamento inferior ao esperado	Puericultura em conjunto com a Dr ^a Paula	Suzana	Abril/2007
VD em conjunto com a ESF	Atendimento clínico e preventivo aos acamados	Suzana	Março/2006
Atendimento à crianças menores de 6 anos que não estão na clínica do bebê	Quarta feira como dia da puericultura da odontologia e atendimento em conjunto com a pediatra	Vanessa	Maió/2007

Figura 48– Descrição do planejamento através do registro no plano de ações

5.4 Fluxograma

Com a elaboração do fluxograma pode-se enxergar que a demanda, por procedimentos clínico da população, atendida pela equipe 33 não conseguirá ser suprida se não forem incorporados hábitos saudáveis relativos a saúde bucal e também a divisão da área de abrangência da equipe com as outras equipes da UBS Iguaçu.

A área de abrangência deve ser repensada para a melhora do fluxo das pacientes de demanda espontânea e dos grupos prioritários.

Atendimento clínico (Fluxograma)

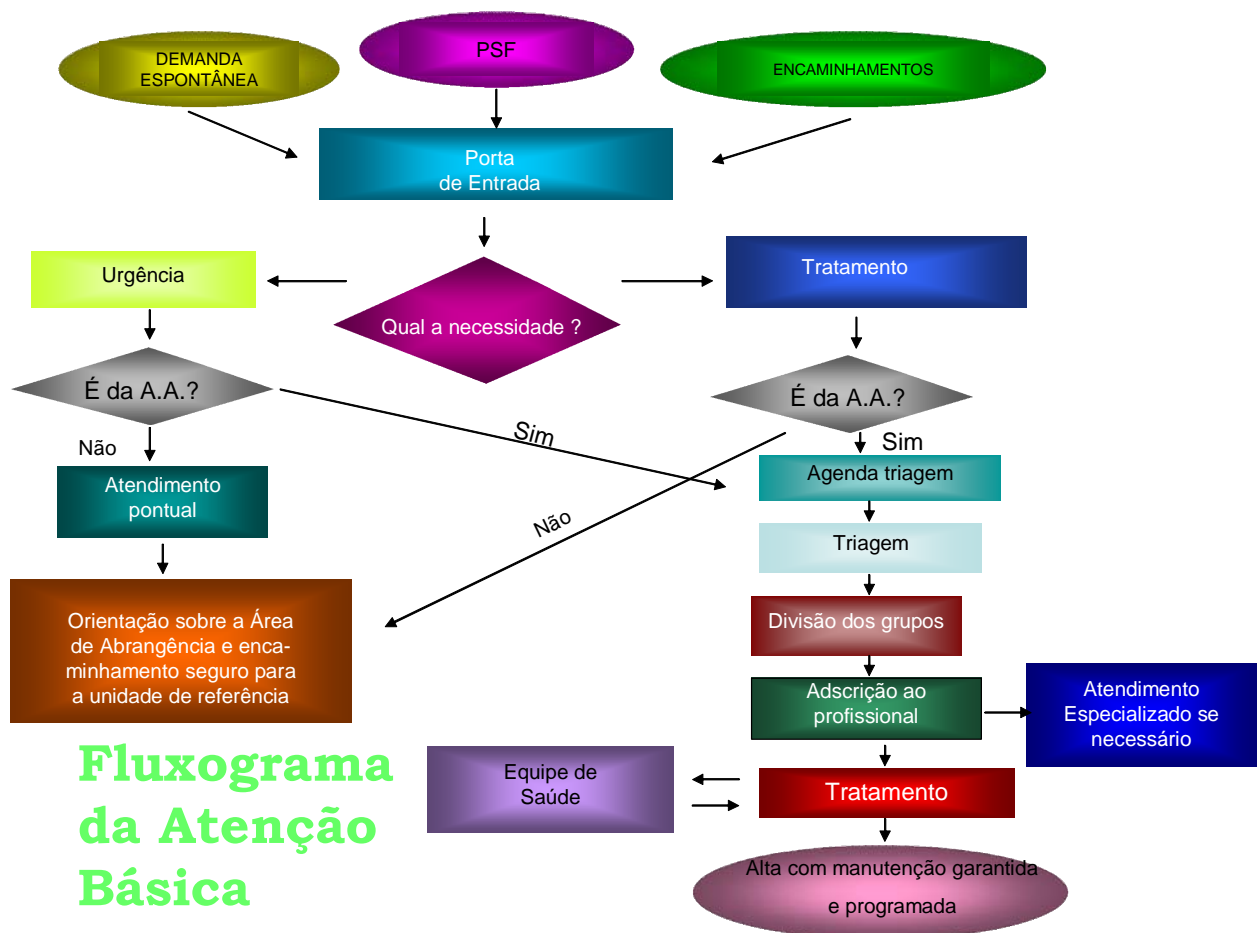


Figura 49– Fluxo do atendimento odontológico na UBS Iguaçu

5.5 Priorização dos grupos de atendimento clínico

A população priorizada foram a de gestantes, puérperas, menores de 1 ano, crianças de até 5 anos, idosos, pacientes com necessidades especiais e crianças que receberam alta da clínica do bebê.

Os idosos e diabéticos foram também priorizados nesse momento. O atendimento clínico foi disponibilizado aos ACS e seus familiares com a visão no auto cuidado e dos conhecimentos básicos em saúde bucal pela experiência e vivência de ser atendido na clínica odontológica.

5.6 Agenda odontológica

	Período	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
CD	M	Visita domiciliar ou Organizações Sociais Públicas e Privadas	Reunião da ESF	Consulta – demanda	Consulta - demanda Organizações Sociais Públicas e Privadas Educação continuada	Consulta – demanda Idoso
CD	T	Programada – HA, DIA, HAN, TB, Especiais AT: ACS	Consulta - demanda	Reunião da ESFB	Consulta – demanda ACS	Programada – gestante e/ou demanda
THD	M	Visita domiciliar ou Organizações Sociais Públicas e Privadas	Reunião da ESF	Atendimento clínico demanda	Participação em grupos prioritários	Atendimento clínico demanda
THD	T	Programada – HA, DIA, HAN, TB, Especiais AT: ACS	Procedimentos coletivos	Reunião da ESFB	Atendimento clínico demanda	Programada – gestante e/ou demanda

Figura 50– Agenda da ESB

A população-alvo programática para atendimento são todas as famílias atendidas pelo PSF, atingindo todos os membros de cada família. A cobertura preventivo-promocional prevista será de 100% das pessoas de todas as famílias atendidas pelo PSF. O atendimento curativo será de 100% das

famílias atendidas pelo PSF, porém assegurada para as pessoas com idade entre 0 e 14 anos, e com uma meta de universalização para os adultos.

As metas para o biênio 2007/2008 serão:

- ✓ Área preventivo-promocional: 100% de cobertura a ser atingida ao longo do 1º ano de implantação;
- ✓ Curativa: 100% das famílias ao longo dos três primeiros anos de implantação;
- ✓ 100% da população com 0 a 14 anos ao longo dos três primeiros anos de implantação e,
- ✓ 100% de cobertura da atenção aos adultos, mediante estratégia de universalização definida em cada contexto, possibilitando: em situações mais favoráveis, ao longo dos 3 aos 6 anos iniciais de funcionamento (2º triênio); e, em situações menos favoráveis ao longo dos 6 aos 9 anos (3º triênio).

5.7 Visitas domiciliares (VD)

A regulamentação da assistência domiciliar ocorreu pela Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, que acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080/90, que em seu parágrafo 2º, do artigo 191 estabelece que “o atendimento e a internação domiciliar serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora”. A princípio define-se como cuidados domiciliares em saúde bucal o conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre os autocuidados, prevenção e assistência odontológica (SÃO PAULO, 2005).

As Visitas Domiciliares são momentos únicos para a ESB, em que sai-se a campo com uma agenda pré-determinada para atuação nas residências. A programação das VDs da ESF 33 tem sido preferencialmente para os acamados, pacientes pós-cirurgia, idosos, pacientes especiais, crianças recém nascidas e a população que necessita da intervenção da ESF.



Figura 51 – Visita domiciliar - Foto (A) – Entrada da ESF na residência, Foto (B) – Utilização do glicosímetro para verificação de glicemia capilar, Foto (C) – ACS, THD e motorista em frente do veículo que pertence à ESF da regional Iguaçu.



Figura 52 – Visita Domiciliar a acamados e idosos, atuação da ESB.

A colaboração da ESB têm sido os de pacientes que necessitam de atenção e de visitas do ACS para a verificação de problemas detectados durante a consulta odontológica (casos de transtornos mentais – depressão, paranóia, uso de drogas ilícitas, de pacientes que tem o desejo de parar de fumar, quadros de distúrbios gastro-intestinais, de deficiências imunológica, hipertensos descontrolados e diabéticos).



Figura 53 – Atendimento clínico em paciente diabético e com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral impossibilitado de ir até a UBS (exodontia de raiz residual) para controle de foco infeccioso.

Existe a necessidade da atenção à saúde bucal nos pacientes acamados e nos cuidadores o que foi prontamente atendido pela ESB, mas necessita de uma freqüência maior de atendimento, necessita-se trabalhar e criar alternativas para que aconteça em todos os dias de visita domiciliar.

As famílias recebem visitas domiciliares e as ações coletivas são feitas em reuniões nas organizações sociais das micro-áreas. Em busca de melhores condições de saúde bucal, torna-se mais evidente a necessidade de um atendimento odontológico precoce, com abordagem interdisciplinar.



Figura 54 – Inspeção visual de paciente que utiliza próteses totais superior e inferior, durante a VD: para detecção de lesão bucal.

Frente ao desafio de proporcionar cuidados domiciliares em saúde bucal, no que diz respeito à assistência, há que se considerar que na maior parte das vezes, exige equipamentos, instrumentais, condições de biossegurança e de ergonomia que dificilmente são alcançados plenamente no domicílio. As atividades de assistência odontológica oferecidas no domicílio devem ficar restritas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente julgar necessário, sempre considerando acima de tudo a necessidade apresentada (SÃO PAULO, 2005).

A educação para o auto-cuidado bem como o apoio e treinamento do cuidador para desempenho de suas atividades devem ser realizados no domicílio.

O enfoque das visitas domiciliares da ESB é de prevenção das doenças cárie dentária e da doença periodontal em crianças e adultos, detecção precoce de lesões bucais nos idosos e/ou portadores de prótese total e parcial, auxílio e instruções aos cuidadores dos acamados, investigação e captação dos menores de 1 ano quanto ao agendamento e atendimento na Clínica do Bebê, captação das gestantes e pacientes com necessidades especiais para atendimento clínico.

A atuação junto às famílias seguirá o seguinte roteiro:

1^a. visita: coleta de dados sobre a família e seus conhecimentos e práticas de saúde, esclarecimento sobre a importância da família na manutenção das crianças;

2^a. visita: orientação sobre a saúde bucal, distribuição de escovas e pastas, escovação orientada, orientação sobre o consumo de açúcar;

3^a. visita: reforço das orientações dadas;

Demais visitas (se houver necessidade): reforço e reposição de escovas e pastas.

O atendimento às famílias contará também com a distribuição de porta-escovas confeccionados com material reciclável, após explicação da transmissibilidade da cárie dental.

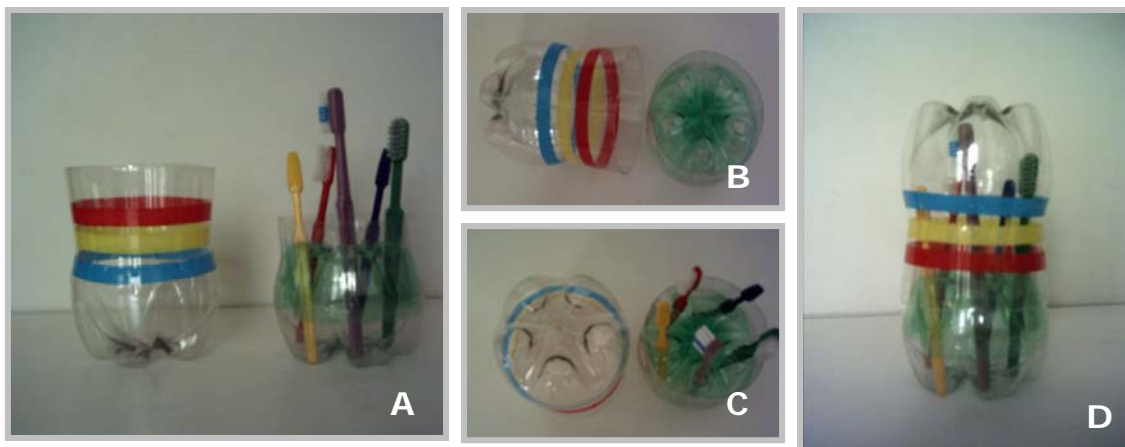


Figura 55 – Foto A – porta-escovas vista frontal com as escovas, Foto B – porta –escovas vista superior, Foto C – porta-escovas vista superior com as escovas, Foto D – Porta-escovas com as escovas e a tampa. Porta-escova confeccionada pela Pastoral da Criança e pela Igreja Presbiteriana.



Figura 56 – Foto A - Família fazendo a escovação supervisionada durante a VD. Foto B, C, D – armazenamento do porta-escovas na residência.

5.8 Material didático pedagógico



Figura 57 – Capa do Manual da ACS

Segue na íntegra o manual preparado para as ACS.

Manual de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde - ACS

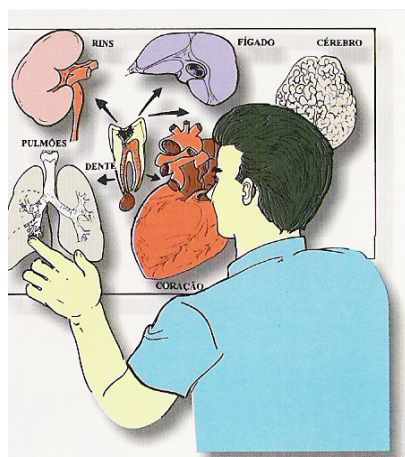
INTRODUÇÃO

A educação em saúde é uma das ações mais importantes na prática odontológica, podendo contribuir para a preservação/promoção da saúde do paciente na medida em que trabalha na construção coletiva dos novos conceitos e tecnologias. Nos últimos anos o sistema de cuidados com a saúde vem sofrendo uma grande mudança. Os critérios clínicos baseados no parecer do profissional acerca das estimativas das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento foram requerendo maiores informações sobre o nível de morbidade das doenças, amplitude dos problemas no nível bio-psico-social e o impacto que a intervenção poderia causar em determinada comunidade. Necessitando assim, de um *elo* entre a população e a prática de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como competência servir de ligação entre a comunidade através da promoção e proteção da saúde e da educação através do auto cuidado. Acredita-se que os agentes por serem pessoas da comunidade, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população.

O trabalho cotidiano do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Programa Saúde da Família (PSF) possibilita a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, articulando a escuta e a fala, sendo um facilitador na criação do vínculo interpessoal, aproxima e cria vínculos entre a comunidade e a UBS. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que extrapolam as determinações do Ministério da Saúde, evidenciando uma flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. É, portanto, de fundamental importância que esse agente de saúde compreenda os determinantes de saúde e doença, bem como esteja preparado a lidar com situações de necessidades de atenção à saúde geral e bucal.

Podemos entender que o dente e a boca não se encontram desligados do corpo, sendo que na verdade estão inseridos no contexto do corpo e estão intimamente interligados a todas as partes do organismo.



O dente está relacionado com todos os órgãos do corpo

SUA COMUNIDADE SORRINDO COM SAÚDE !

Ao pensar em saúde das famílias lembre-se que:

- ✚ Os dentes são importantes para a saúde geral, crescimento e desenvolvimento.
- ✚ É na boca que começa a saúde, os dentes servem para uma boa mastigação facilitando a digestão. Portanto, quem não mastiga bem os alimentos, pode ter outros problemas no organismo (estômago, intestino, por exemplo).
- ✚ Os dentes são muito importantes para a pronúncia das palavras, para a fonética (fala). Portanto, quem tem falta de dentes (principalmente os da frente), pode ter dificuldade em se comunicar.
- ✚ A falta de higiene bucal leva a formação de bactérias, que causam além do mau hálito, muitas doenças bucais e do organismo como um todo.
- ✚ A presença de dentes sadios faz com que as pessoas se sintam mais bonitas, sorriam com mais frequência e portanto, mais felizes.

ROTINA DE VISITAS DOMICILIARES DOS ACS QUANTO A ODONTOLOGIA

VISITAS DOMICILIARES

A visita domiciliar é o momento que o ACS tem de:

- ✓ Conhecer os hábitos da família.
- ✓ Orientar sobre os fatores que podem causar doenças e como preveni-las.
- ✓ Encaminhar os bebês de 0 a 1 ano para as Clínicas do Bebê.

GRUPOS NA UNIDADE

- ✓ Diante das queixas e problemas encontrados os Agentes devem realizar em parceria com o auxiliar de Consultório Odontológico grupos de orientação sobre saúde bucal nos diferentes temas e idades.
- ✓ É importante também localizar espaços físicos onde palestras educativas possam ser realizadas, tanto dos profissionais de odontologia para as ACS, assim como dos profissionais de saúde em geral para a população vinculada a Unidade Básica de Saúde.

GRUPOS NA COMUNIDADE

Se o Agente perceber que um grupo de pessoas passa pelo mesmo problema de saúde bucal, deve comunicar ao cirurgião dentista responsável de sua Unidade para realizar grupos em Associações, Igrejas ou outros espaços sociais da sociedade.

ROTINA DE ATENDIMENTO DA ODONTOLOGIA DO NIS IGUAÇU

Na triagem dos pacientes observa-se o grau de urgência do atendimento feita pelo cirurgião dentista os pacientes são classificados em:

VERMELHO: necessitam de curativos de urgência, antes de entrarem na fila para tratamento.

Suzana Goya



Pacientes triados de vermelho: dentes com cavidades, dentes da frente com comprometimento estético (que podem dificultar a socialização, contato com outras pessoas), doença periodontal (de gengivas) avançada e dentes para extrair.

AZUL: entram na fila para tratamento eletivo (que podem aguardar, pacientes programados).

VERDE: pacientes com boa saúde bucal que necessitam apenas de limpeza (profilaxia).



Pacientes triados como **verde**, boca sadia, com dentes íntegros, sem doença periodontal ou cárie.

ESPECIALIDADES DE SUPORTE

- Clínica do bebê – onde se faz o atendimento e orientação desde o recém nascido até a idade de 5 anos. Este é um programa preventivo, onde os bebês devem ser

encaminhados antes do 1º ano para agendar o início do tratamento. Os pais receberão uma palestra educativa a ser comunicada via telefone ou ACS.

- Endodontia – onde se realiza tratamento de canal em pacientes até 16 anos (CEO Maringá) e de adultos (CEO CISAMUSEP).
- Periodontia – tratamento das inflamações e infecções da gengiva e do tecido de sustentação inclusive procedimentos cirúrgicos.
- Cirurgia buco-maxilo-facial – realiza diagnóstico e tratamento de doenças (patologias) bucais que necessitam de exames mais rigorosos e atos cirúrgicos não realizados na clínica geral.
- Dentística – trata dos casos restaurativos amplos (cáries grandes).
- Porém existem critérios para o encaminhamento, nem todos os dentes podem ser encaminhados.

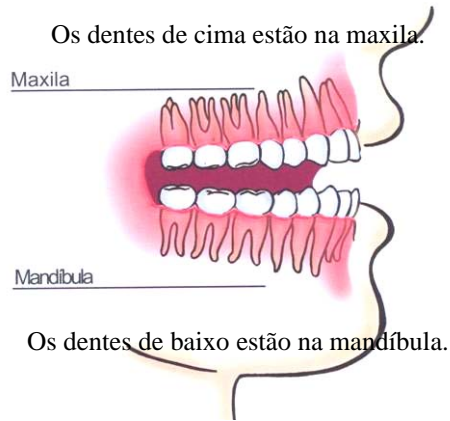
NA VISITA DOMICILIAR

✘ Orientar as mães de bebês até 12 meses e gestantes a procurar o tratamento na Clínica do Bebê. Para o agendamento é necessário trazer a carteira de vacinação do bebê. Lembrando que somos referência para as unidades que não possuem a Clínica do Bebê.

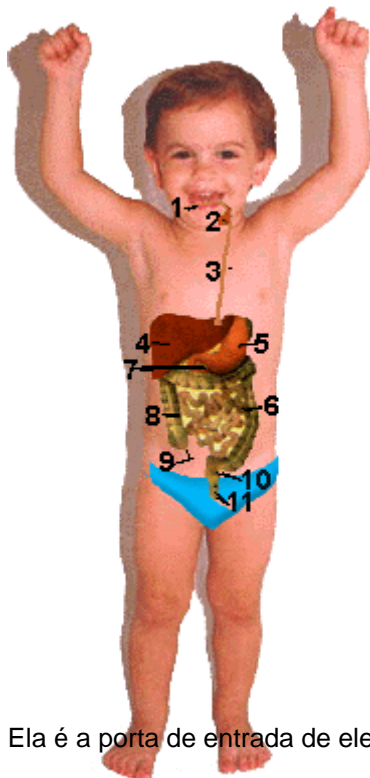
✘ Para as demais especialidades a população só pode ser encaminhada pelo cirurgião dentista de cada UBS, é necessário que o paciente esteja em tratamento.

Observando um rosto





A cavidade oral é constituída por: lábios, língua, bochechas, dentes, gengiva, ossos, músculos, amídalas e glândulas salivares.



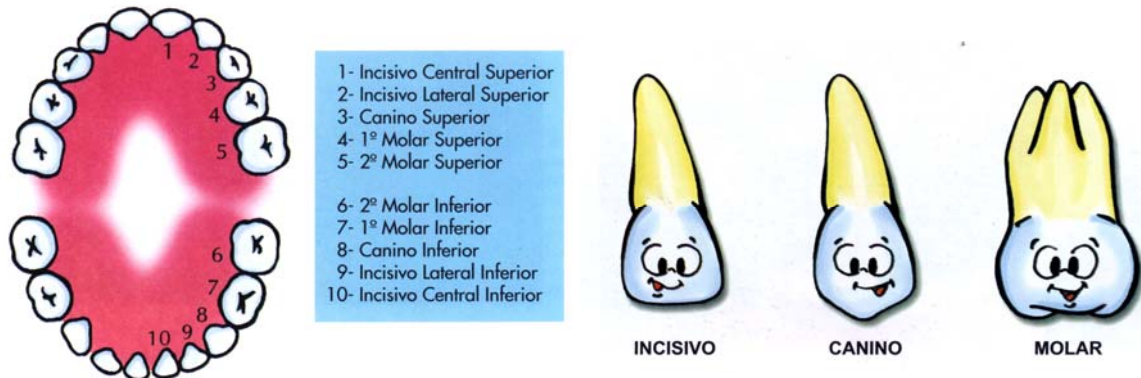
Ela é a porta de entrada de elementos que podem ser benéficos ou prejudiciais à nossa saúde.

Dentição Decídua

A dentição decídua é conhecida com dentes de leite e são de grande importância.

Os dentes de leite são em 20 dentes. A erupção destes começa por volta dos 6 meses de idade e termina por volta dos 3 anos.

Além das funções normais, aos dentes de leite são importantes para a manutenção do espaço para a erupção dos permanentes e como fator estimulante do crescimento e desenvolvimento dos ossos da face.



Como se pode ver os dentes “de leite” têm espaços entre eles. Muito importantes para que os dentes permanentes tenham espaço para “nascer” (erupcionar).



Erupção (nascimento) dos dentes de leite (decíduos)

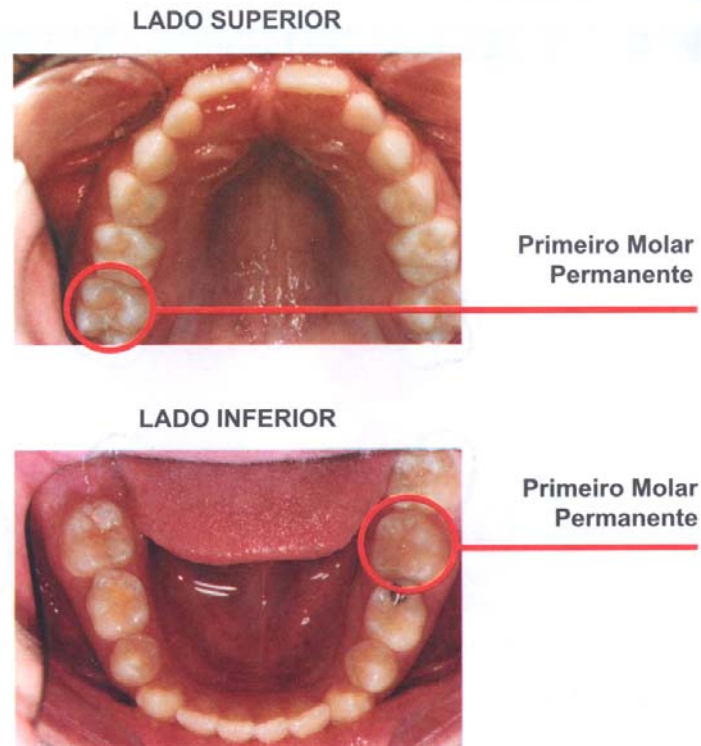
ERUPÇÃO DOS DENTES DECÍDUOS		
	DENTES SUPERIORES	DENTES INFERIORES
Incisivos Centrais	8 meses	6 meses
Incisivos Laterais	10 meses	9 meses
Caninos	20 meses	18 meses
Primeiros molares	16 meses	16 meses
Segundos molares	29 meses	27 meses



Dentição mista

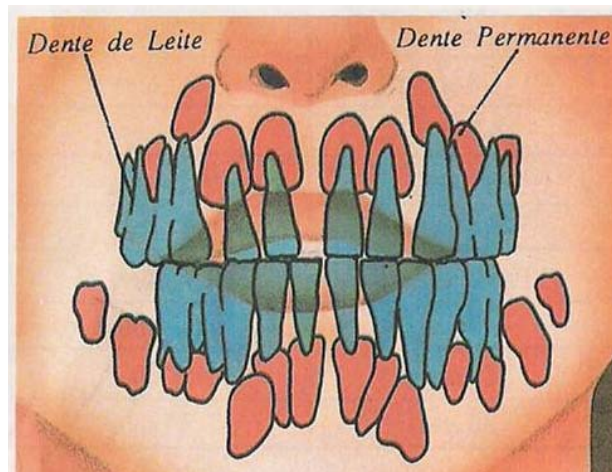
Chama-se dentição mista quando na boca da criança existem dentes decíduos (de leite) e os dentes permanentes ao mesmo tempo. Os primeiros dentes permanentes a “nascer” são os dentes primeiros molares, que se localizam em último lugar na arcada (depois do último dente decíduo), eles não substituem nenhum dente de leite, por isso não “cai” nenhum dente para que ele nasça.

É importante orientar as mães para que escovem com muito cuidado esse dente pois ele possui umas “ranhuras” (fóssulas e fissuras) que podem reter alimentos e bactérias.

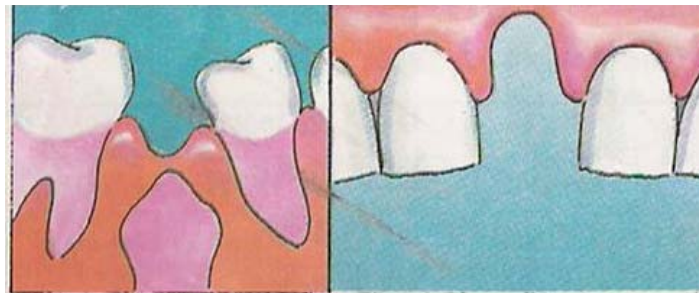


Nesta fase começa a troca dos dentes de leite pelos permanentes, que termina por volta dos 13 anos de idade com a dentição permanente completa, com exceção dos 4 dentes do “siso”, que “nascem” entre os 17 e 30 anos.

QUEDA DOS DENTES		
	DENTES SUPERIORES	DENTES INFERIORES
Incisivos Centrais	7 - 8 anos	6 - 7 anos
Incisivos Laterais	8 - 9 anos	7 - 8 anos
Caninos	11 anos	10 anos
Primeiros molares	10 anos	11 anos
Segundos molares	12 anos	12 anos



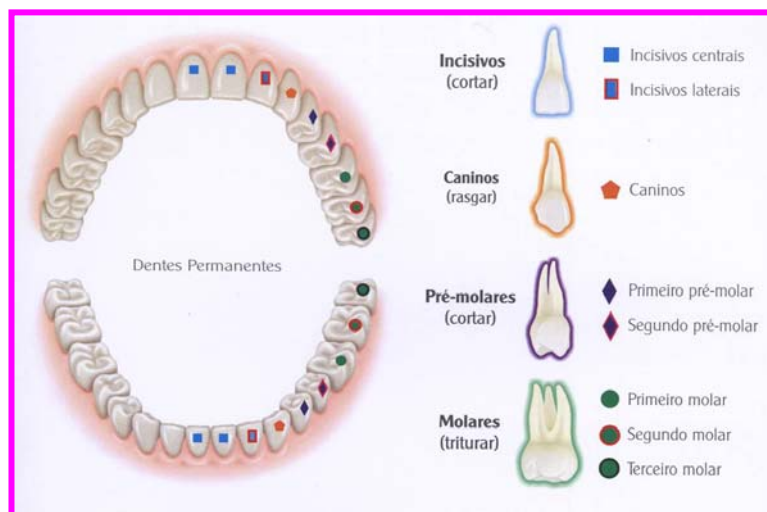
Posicionamento dos germes dos dentes permanentes logo ao terminar a raiz dos dentes de leite.



A falta do dente de leite faz com que haja diminuição do espaço para o nascimento do dente permanente.

Os dentes permanentes

Os dentes permanentes são em número de 32 incluindo os 3º molares (dentes do “siso”). Por volta dos 6 anos de idade a criança ganha os 1º molares permanentes, (4 dentes) que nascem logo após os últimos molares de leite.



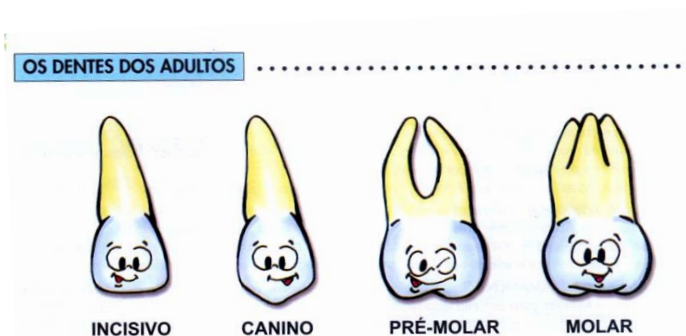


Figura 7.3

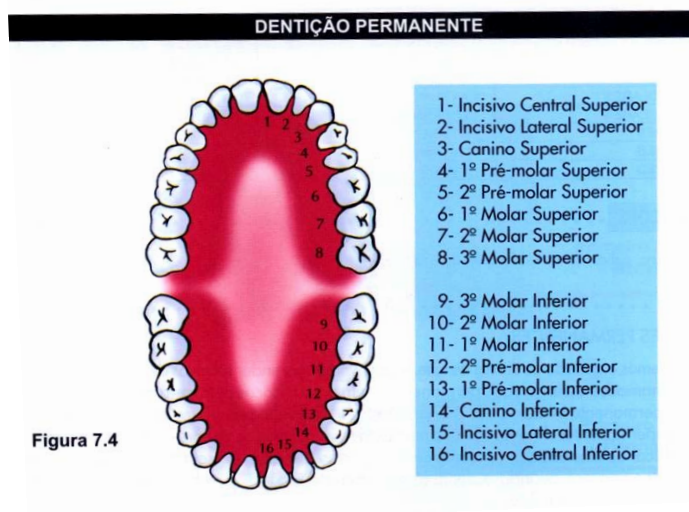


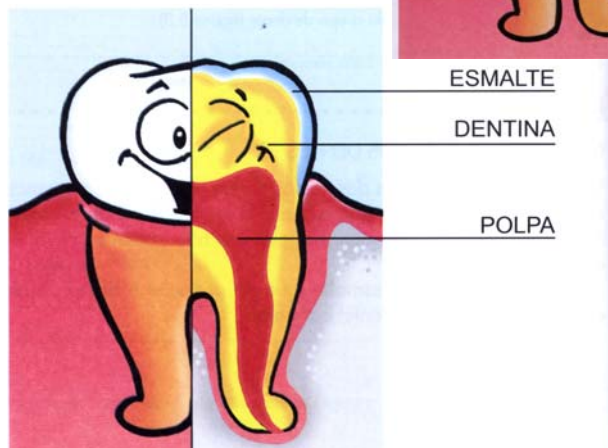
Figura 7.4

Erupção dos dentes permanentes

	DENTES SUPERIORES	DENTES INFERIORES
Incisivos Centrais	8 anos	7 anos
Incisivos Laterais	8 – 9 anos	7 – 8 anos
Caninos	11 anos	9 – 11 anos
Primeiros pré-molares	11 anos	10 anos
Segundos pré-molares	11 anos	11 anos
Primeiros molares	6 anos	6 anos
Segundos molares	12 anos	12 anos
Terceiros molares	17 – 30 anos	17 – 30 anos

Conhecendo os dentes

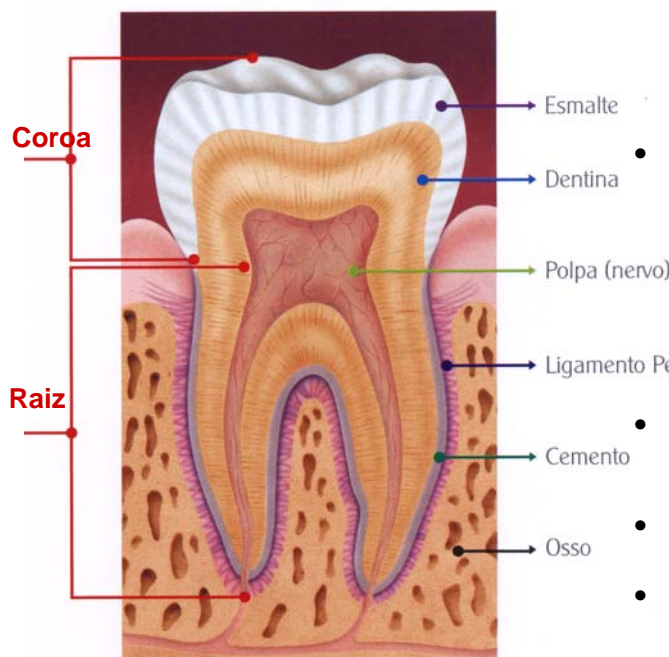
Os dentes e suas partes



Os dentes dividem-se em 2 partes:

1. **Coroa** – que é a parte visível do dente.
2. **Raiz** – que fica logo abaixo da gengiva.

Componentes da coroa e da raiz



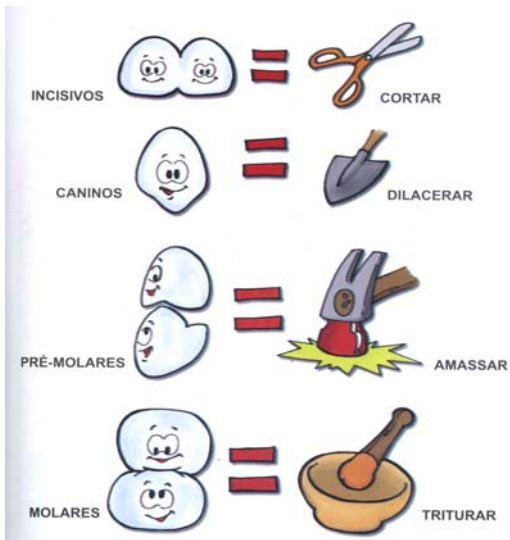
- **Esmalte:** É a parte que cobre a coroa do dente. De modo geral, está à vista e é normalmente de cor branca-amarelado
- **Dentina:** Constitui a maior parte do dente. Encontra-se tanto na coroa como na raiz. Normalmente não se vê, porque se encontra na parte interna
- **Polpa:** é a parte mais interna do dente e também a que lhe dá sua vitalidade
- **Cimento:** É a parte que cobre a raiz dos dentes.
- **Ligamento periodontal:** Une o dente ao osso alveolar

Suzana Goya

O dente é um órgão vivo, formado por uma grande variedade de tecidos (esmalte, dentina, cimento e polpa).

A importância dos nossos dentes são:

- ✓ Para a saúde geral, crescimento e desenvolvimento.
- ✓ Para uma boa mastigação, facilitando a digestão.
- ✓ São fundamentais para uma boa pronúncia (fonação)
- ✓ Interferem na estética das pessoas.



A função dos dentes

Incisivos – são dentes da frente, em número de 8, que cortam os alimentos.

Caninos – são os que vêm logo após os incisivos, pontudos, em número de 4, que rasgam os alimentos.

Pré-molares – vêm após os caninos, em número de 8, somente em adultos (as crianças não tem), servem para amassar os alimentos.

Molares – vêm logo após os pré-molares, são em número de 8 e servem para triturar os alimentos.

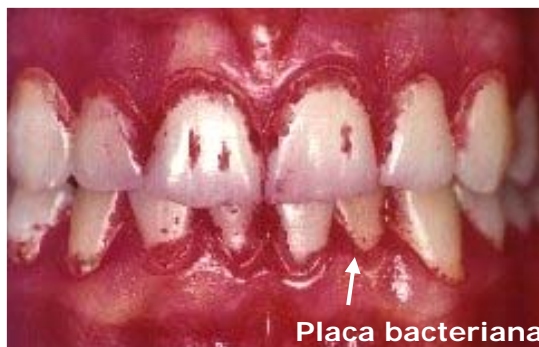
Existem também os dentes do “siso” (**terceiros molares**) que podem ou não estar presentes na dentição permanente (somente) e são em número de 4.

CÁRIE DENTÁRIA

O QUE É PLACA BACTERIANA?

É uma densa massa de bactérias, fixada nos dentes e produzindo ácidos que causam as cáries. O acúmulo dela pode também levar a problemas nas gengivas como a inflamação e o amolecimento dos dentes, chegando a perdê-los (o dente perde sua fixação). **A placa bacteriana é uma película transparente e pegajosa que se aderem diariamente aos dentes. É composta por bactérias e resíduos de alimentos. Torna-se visível por coloração artificial (corante: evidenciador de placa bacteriana).**

Ela é a principal causa de : cáries, tártaro, gengivite, periodontite, mau hálito e doenças bucais.





A placa é formada por bactérias, resíduos alimentares e por secreções da própria boca que aderem à superfície dos dentes e gengivas.



A placa é capaz de transformar os açúcares em ácidos que podem corroer o esmalte dos dentes e produzir cáries. A placa também pode agredir as gengivas através da liberação de toxinas.



Placa bacteriana



Se logo após comermos não escovamos os dentes, as bactérias da placa vão produzir ácidos que irão atacar o esmalte dentário, provocando uma desmineralização (o primeiro sinal dessa desmineralização é o aparecimento de uma mancha branca no esmalte). Neste estágio de cárie não se utilizar uma terapia indicada pelo dentista, o processo evolui normalmente para uma cavidade (cárie dentária).

O QUE É A CÁRIE DENTÁRIA?

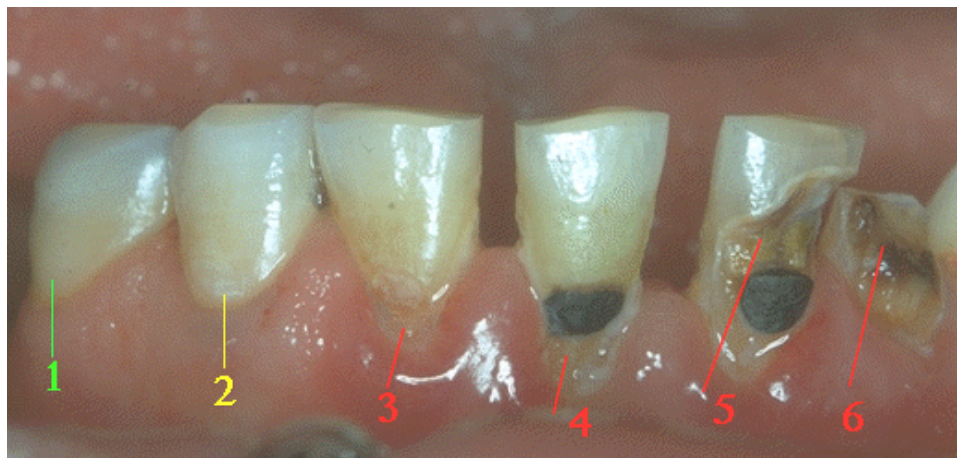
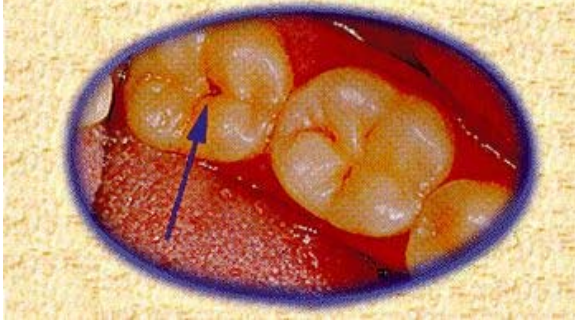
A cárie é uma doença infecciosa (causada por bactérias), contagiosa (transmissível, passa de uma pessoa para outra) e controlável (facilmente evitada). A formação da cárie é um processo gradual. Atualmente é considerada como um desequilíbrio no processo de des e remineralização dos tecidos duros do dente

COMO É CAUSADA ?

Através da falta de higiene bucal, as bactérias se proliferam e liberam ácidos. Esses ácidos "dissolvem" o esmalte dos dentes, formando cavidades (buracos) que são as cáries.

COMO DETECTAR?

Ao olhar a boca deve-se notar se existem cavidades, coloração amarronzada, coloração branca principalmente na região perto da gengiva.

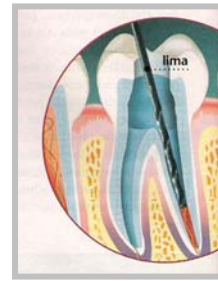
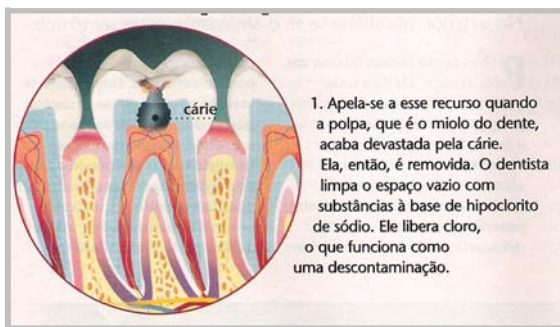
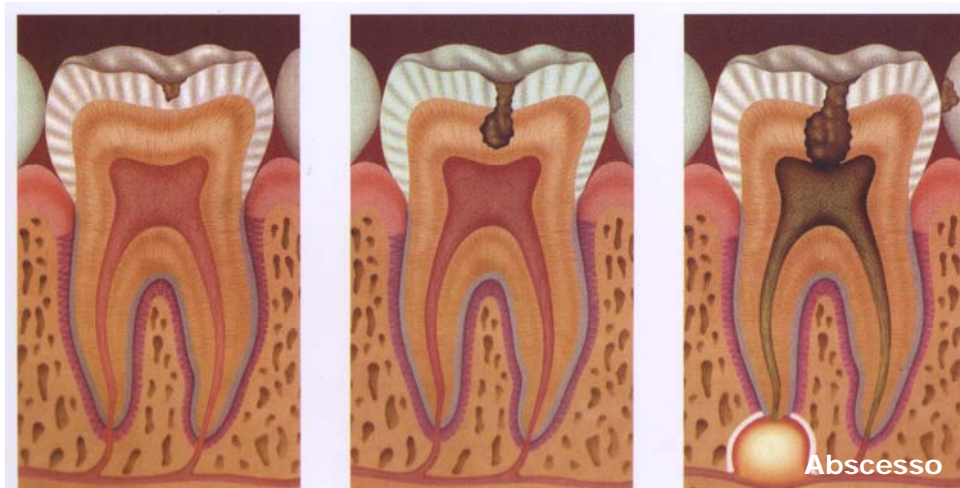
A CÁRIE DENTAL NA SUA FASE INICIAL

- 1- Placa bacteriana na superfície do dente
- 2- Lesão de mancha branca=início da cárie, desmineralização do esmalte do dente.
- 3- Cárie em dentina, mais escurecida e com a formação de cavidade
- 4- Cárie crônica (região negra) e cárie em atividade (região cor marrom claro), dente com cavitação
- 5- Dente com grande lesão de cárie, cárie crônica e cárie em atividade
- 6- Fratura da coroa do dente devido a cárie dental

A progressão da cárie dental

A cárie se inicia quando os resíduos alimentares e as bactérias interagem, produzindo ácidos que podem destruir o esmalte e a dentina formando uma cavidade.

Esta cavidade, se não for diagnosticada e tratada a tempo, ficará cada vez mais profunda e larga, atingindo esmalte e depois dentina, produzindo sensibilidade e irá progredir até alcançar a polpa. Nesta etapa, teremos muita dor, com grande inflamação. Precisamos tratar o canal, removendo a polpa, fazendo uma desinfecção neste canal e obturando-o (fechando), se isso não ocorrer vai haver a morte da polpa que irá provocar uma infecção (abscesso – inchaço no final da raiz) que pode levar a perda do dente e até provocar outras doenças no organismo.



Vista dos canais com instrumentos de endodontia.

COMO EVITAR ?

Escovando os dentes (e a língua !!) após todas as refeições. Assim, não há alimento para as bactérias, e, portanto, não há cárie. Utilizar um creme dental com flúor, escovando com cuidado todos os lados do dente. Evitar o consumo de alimentos muito açucarados entre as refeições.



• Evite consumo de alimentos açucarados, principalmente entre as refeições.



• Alimentos fibrosos e ricos em proteínas indicam baixas incidências de formação da cárie dental.

Os alimentos açucarados (doces, balas, refrigerantes, chicletes, chocolates, etc) e aqueles que contêm amido (massas em geral, salgadinhos e bolachas) são os que mais provocam cárie. É importante aprender a usar os açúcares na nossa dieta:

- ✓ Comer doces somente após as refeições e sempre escovar os dentes depois de comê-los.
- ✓ Não beliscar entre as refeições.
- ✓ Evitar doces pegajosos (caramelos, balas, chicletes, bombons que grudam nos dentes).
- ✓ Nas crianças pequenas é necessário criar hábitos de higiene e de paladar. Não se deve adoçar o leite, sucos ou chás. Precisam de uma dieta saudável. Não deixá-las dormir sem limpar a boca e dentes, não dormir com a mamadeira na boca.
- ✓ Mel e açúcar mascavo também provocam cárie.

O QUE OBSERVAR NA FAMÍLIA, DURANTE A VISITA DOMICILIAR:

- ✘ Se todos da família têm escova dental individual.
- ✘ Como guardam as escovas de dente de toda a família (se estiverem todas juntas oferecer o porta-escovas de material reciclável).
- ✘ Se todos da família escovam os dentes corretamente e após as refeições.
- ✘ Se o consumo de açúcar da família é exagerado (mais de duas vezes ao dia), se a criança come entre as refeições com intervalos pequenos.
- ✘ Se existe bebê na casa: verificar se a mãe passou por tratamento odontológico recente (encaminhar para agendamento as mães com bebê menor de 1 ano), orientar que a cárie é transmitida pela saliva e que não se deve beijar o bebê na boca, assoprar os alimentos e nem experimentar o alimento ou leite antes de dar para o bebê, amamentação noturna somente até a incorporação da papinha (pelo 6º mês de vida).
- ✘ Estimular o aleitamento materno exclusivo.
- ✘ Se o bebê recebe limpeza em sua boquinha e orientar como fazer.

COMO AJUDAR A FAMÍLIA**Informando sobre:**

Escova de dentes: a escova deve ser macia, cerdas arredondadas, de cabeça pequena e o comprimento do cabo deve ser proporcional ao tamanho da mão (longo para os adultos e curto para as crianças) e ser grosso e não muito redondo (facilita a empunhadura).



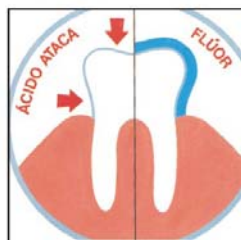
Pasta de dentes: é um medicamento, portanto é preciso consultar o dentista para usar uma pasta de dentes com produtos de clareamento, com ação total e outros produtos. Para o uso diário recomenda-se escolher uma pasta de dentes comum, simples. Para as crianças utilizar o creme dental infantil de 110 ppm. Para as menores de 6 anos utilizar creme dental com baixo teor de flúor, 500ppm (Colgate Baby Barney) ou sem flúor (Malvatri Kids).



Se a família não puder comprar uma pasta de dentes infantil, orientar para que use a mesma pasta de dentes do adulto em quantidade bem pequena, do tamanho de um grão de arroz. Lembrar que não é a quantidade de pasta que limpa, mas sim a maneira certa de escovar.



O que é o flúor? O uso regular do flúor torna os dentes mais resistentes ao ataque dos ácidos que são resultados das bactérias presentes na placa bacteriana. Ele remineraliza o esmalte desmineralizado (manchas brancas) e diminui a intensidade de progressão da cárie já instalada. Ele é considerado o agente cariostático (inibidor de cáries) mais eficiente, seguro e econômico.



Como escovar?

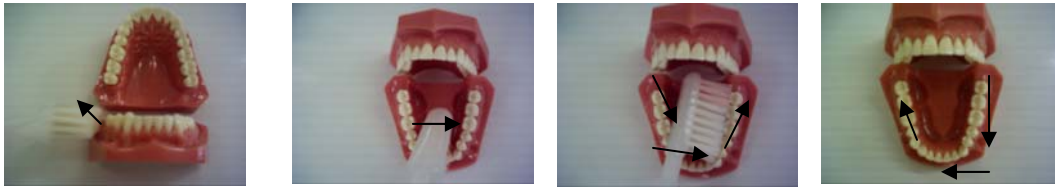
Escolha uma escova macia, fio e creme dental com flúor. Escove os dentes diariamente, depois de todas as refeições e, ainda, ao acordar e antes de deitar.

A escovação bem feita também é uma benéfica massagem sobre as gengivas ativando a circulação local do sangue e estimulando a formação de tecido resistente à infecções e inflamações.

Para que haja uma escovação em todos os dentes: comece pelo lado de fora dos dentes da região superior direita, volte pelo lado de dentro até a região superior direita, escove o lado de cima (onde mastigamos). Nos dentes de baixo comece pela região esquerda do lado de fora dos dentes, volte pelo lado de dentro e termine pelo lado de cima.



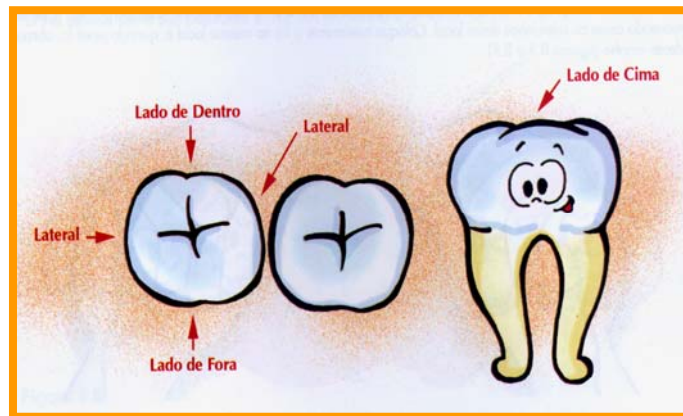
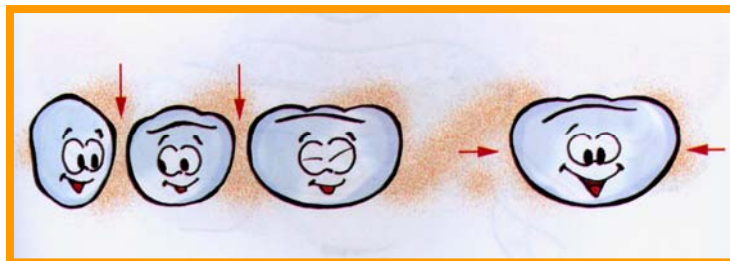
Suzana Goya



Na superfície interna dos dentes da frente, faça movimentos de “varrição” (como se você estivesse varrendo a placa bacteriana no sentido da gengiva para fora dos dentes). Inicie com a técnica preconizada, na superfície externa dos dentes, depois na interna e passe a escovar a superfície oclusal (o lado que faz a mastigação), em movimento de vai-vem (esfregando a superfície dental para frente e para trás), nos dentes superiores e inferiores.

Insista nos locais onde o acúmulo de placa costuma ser maior (parte de trás dos dentes da frente, perto da gengiva, no lado interno dos dentes de trás inferiores, no lado de trás dos últimos dentes e na superfície onde mastigamos (oclusal)).

Os cinco lados que devemos escovar são:

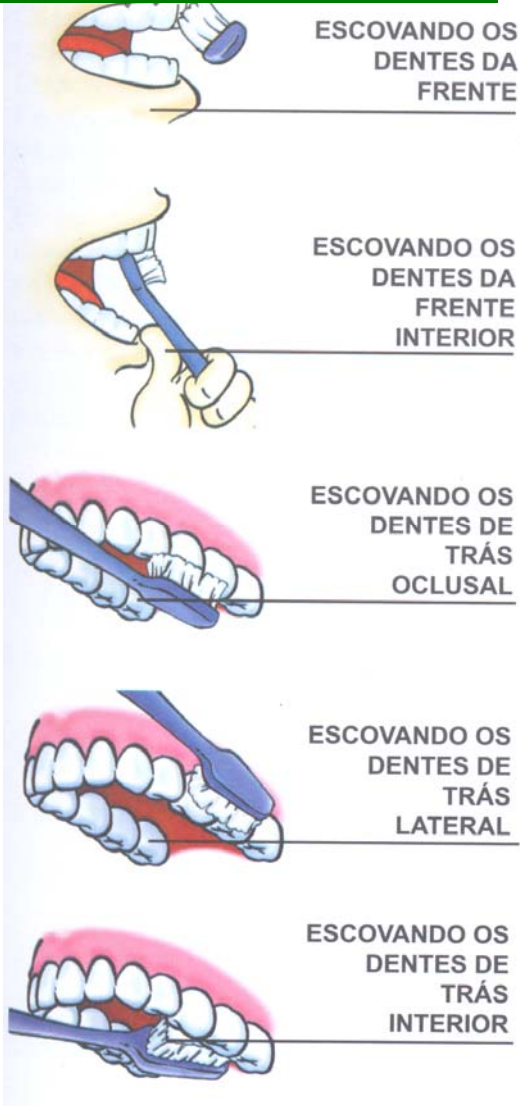


Parte de trás dos dentes da frente.

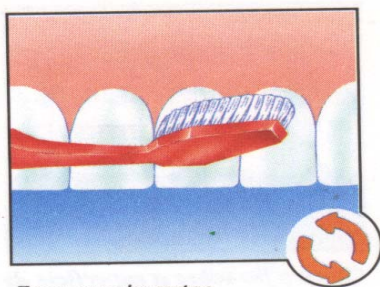


Lado do fundo do último dente.

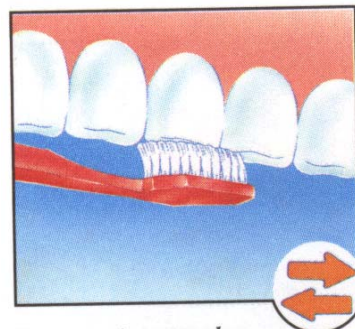
Escovando os dentes superiores



Técnica de Fones para as crianças

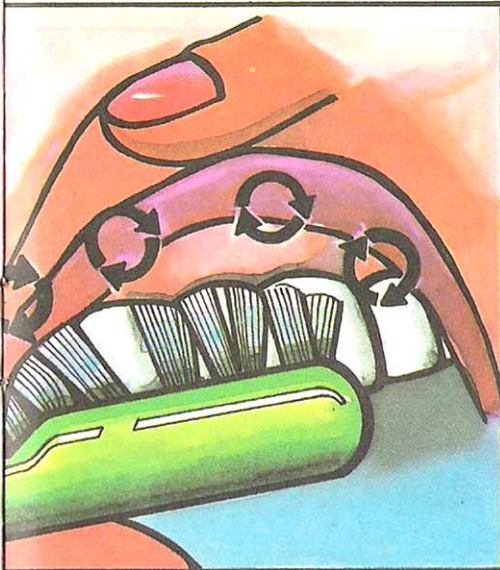


Faça movimentos rotatórios, vibrando a escova suavemente, por grupo de 2 dentes.

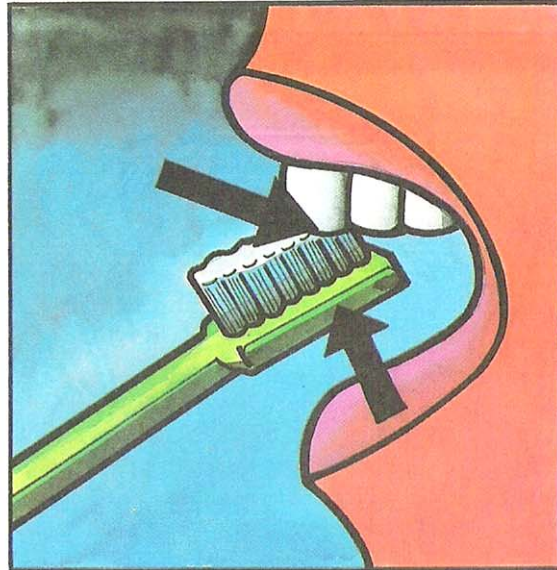


Faça movimentos de vai-e-vem na área de mastigação.

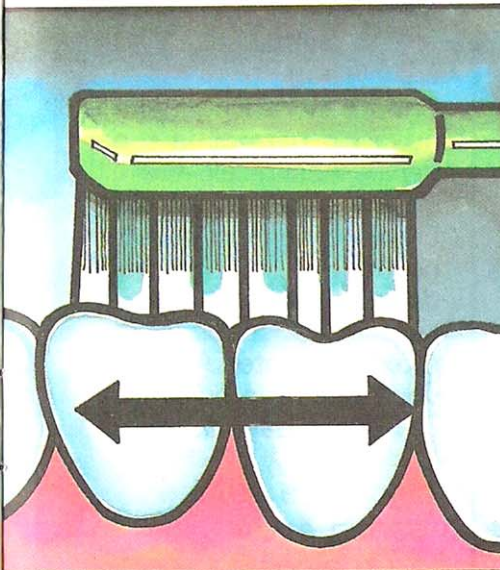
Como usar a ESCOVA – É muito fácil!



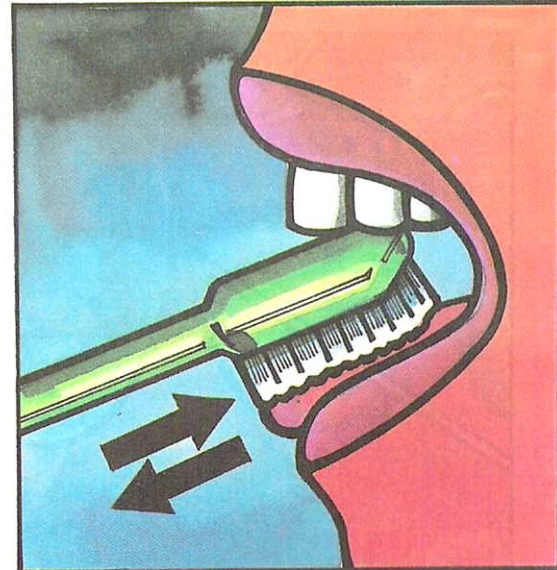
1 Escove bem o lugarzinho especial da gengiva e o lado da frente de todos os dentes, com movimentos circulares.



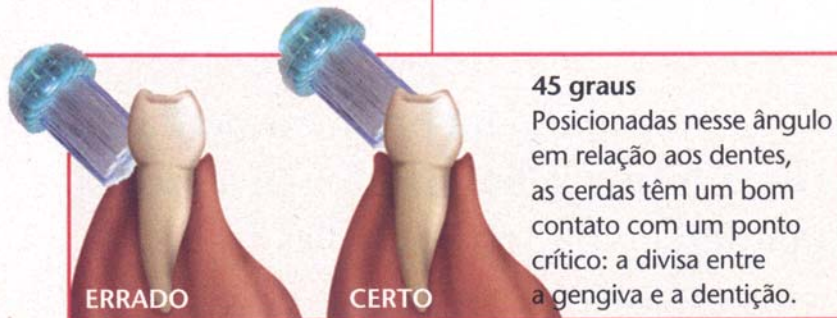
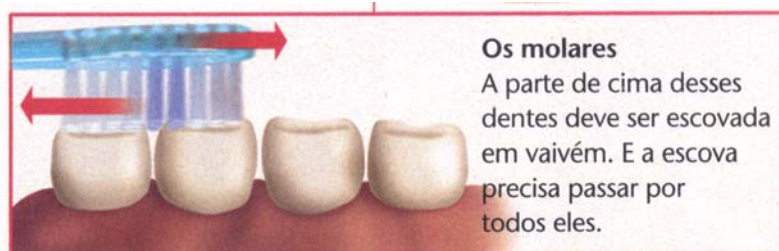
2 Escove o lado de trás dos dentes (este que você encosta a língua), varrendo tudo.



3 Em cima dos dentes (na parte onde você morde) passe a escova pra frente e pra trás, pra direita e pra esquerda.



4 Por último, escove a língua, varrendo todos os monstros intrusos para fora da sua boca.

Técnica para os adultos e adolescentes**Como usar o fio dental?**

O fio dental é um grande aliado da escova, pois limpa onde a escova não alcança! Sua função é remover os restos de alimentos entre os dentes e abaixo da gengiva. O uso diário do fio dental auxilia na remoção da placa bacteriana. Caso ocorram sangramentos ou dor após o uso de fio dental, não desista, porém se ocorrer por mais de uma semana consulte um dentista.



Enrole o fio dental no dedo médio de cada mão e use os polegares para esticá-lo.



Introduza o fio entre os dentes.



Curve o fio e leve-o suavemente até encostar na gengiva. Retire-o deslizando sobre o dente.



Repita a operação em cada dente.

O fio dental deve ser passado entre um dentinho e outro...

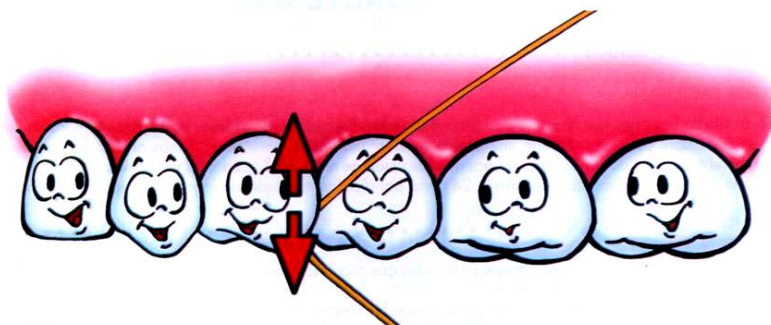
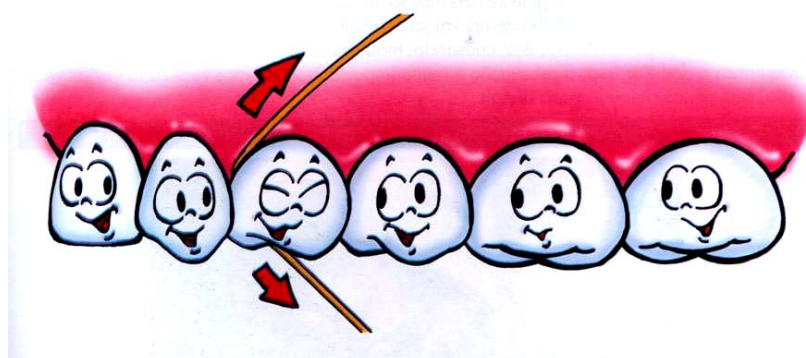
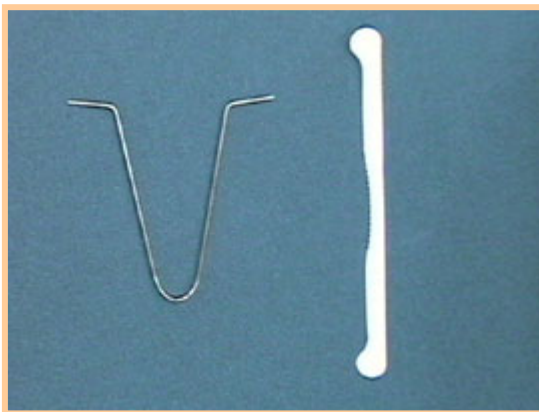
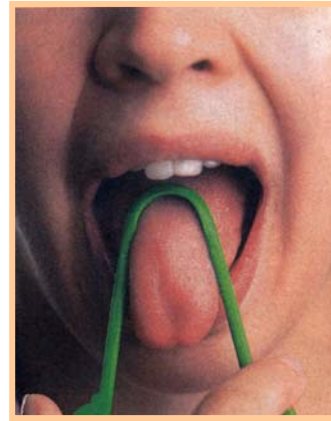


Figura 8.8

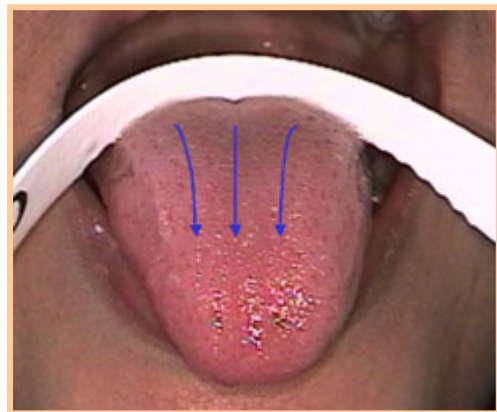
...e deve abraçar o dentinho, limpando a gengiva que está sobre o dente.



Por fim, escove a língua. Se tiver passe o raspador de língua



Exemplos de raspadores de língua



Como limpador de língua.

O que é selante?

Sabe-se que o flúor é muito eficiente nas superfícies lisas, mas não possui uma boa atuação na redução de cáries de fósulas e fissuras dos dentes (lado em que mastigamos os alimentos nos dentes de trás) que não permitem uma boa higienização, pois as cerdas das escovas não conseguem atingir estas profundidades.

Por isso utilizam-se os selantes que são um método auxiliar de prevenção de cárie nos sulcos dos dentes. É uma substância resinosa que, aplicada pelo dentista preenche a região das fósulas e fissuras dos dentes, que não têm cárie, evitando a retenção de alimentos nesses locais e conseqüentemente da cárie. Este selante evitará o aparecimento da cárie nesta superfície bem como uma ótima higienização. Ele não é substituto do flúor, mas sim um método adicional na prevenção



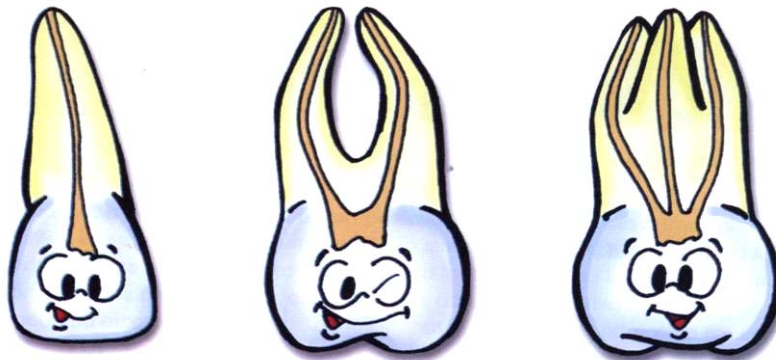
Fóssulas e fissuras, dente sem selante – veja com as ranhuras dos dentes são profundas



Dentes com selante



Raízes dos dentes



Os dentes possuem 1 canal (dentes da frente – incisivos e caninos), 2 canais (pré-molares) e 3 canais (molares). Quando portanto precisa-se fazer endodontia do dente quer dizer que é necessário obturar o(s) canal(is) .

DOENÇAS DA GENGIVA

As principais doenças das gengivas são a gengivite e a periodontite, e o sinal mais evidente de uma gengiva doente é o sangramento.

O QUE É ?

É a inflamação da gengiva, que começa com sangramento, tártaro, afeta o osso, levando até a perda do dente.

As doenças que afetam as nossas gengivas iniciam-se com placa bacteriana que se deposita na linha da gengiva. Se não forem removidas pela escovação e fio dental, as bactérias da placa produzem toxinas que irritam a gengiva e a tornam avermelhada, inchada e sangrenta.

Esta etapa é chamada de gengivite (inflamação da gengiva) e pode regredir com uma boa limpeza e remoção da placa bacteriana através da escovação e uso do fio dental diário.



- A gengiva sadia não sangra.
- A gengiva sadia fica “colada” à base dos dentes
- A gengiva sadia tem uma coloração rosa-pálido.



- A gengiva doente sangra.
- A gengiva doente fica inflamada e pode “descolar” da base dos dentes.
- A gengiva doente tem coloração vermelho-escuro.



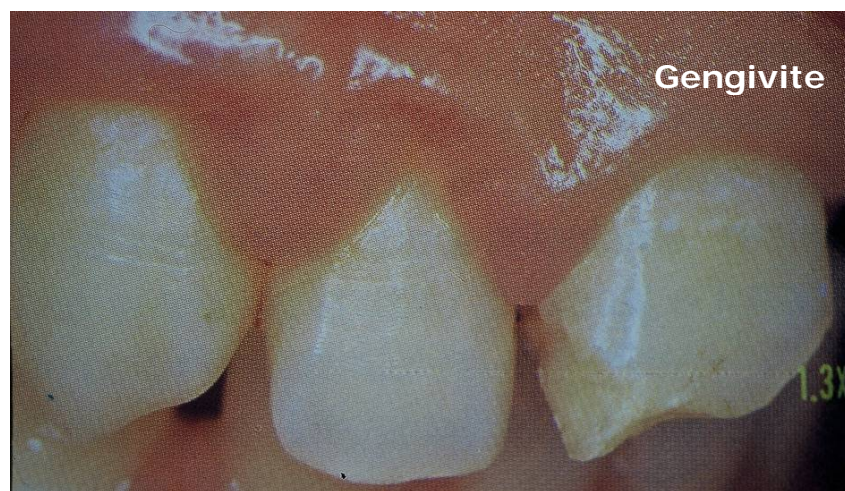
Gengivas inflamadas

Como o acúmulo dos sais minerais que existem na saliva, a placa endurece formando o tártaro (cálculo dental), que se deposita sobre a superfície dos dentes, próteses (dentaduras) e aparelhos ortodônticos.

Se não for feito um tratamento imediato nas gengivas, aumenta-se a possibilidade da instalação de uma periodontite. Esta é uma inflamação que atinge além da gengiva, as estruturas de sustentação (ossos e ligamentos). A periodontite causa reabsorção do osso que sustenta o dente e pode levá-lo à mobilidade e até a perda do dente. É comumente chamada de Piorrêia.

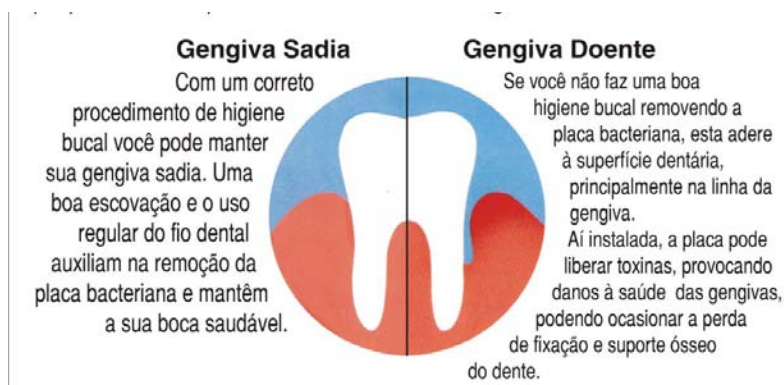
COMO É CAUSADA ?

Através da falta de higiene bucal, as bactérias proliferam, atacam a gengiva, formam tártaros nos dentes e depois, atacam o osso, fazendo com que o dente não tenha mais sustentação e caia.



COMO EVITAR ?

Escovando os dentes corretamente e usando fio dental após todas as refeições, e principalmente à noite. Assim, não há acúmulo de alimentos nem a formação de tártaro.



NA VISITA DOMICILIAR...

- ✓ Ensinar a forma correta de escovar os dentes e usar o fio dental.
- ✓ Verificar se as escovas de dente estão em condições de uso.

MÁ OCLUSÃO

O QUE É ?

É o mau posicionamento dos dentes, que pode causar problemas na mastigação, digestão, estética e dificuldade na escovação dos dentes, que pode facilitar o aparecimento da cárie e de doenças das gengivas.

COMO É CAUSADA ?

Através de hábitos de sucção como: chupeta, mamadeira, chuquinhas e dedo.

Os maus hábitos bucais normalmente se instalam em idade precoce devido a problemas na amamentação, ansiedade, problemas respiratórios, etc. Geralmente atrás de um hábito bucal está um problema emocional. O mais importante para a correção dos maus hábitos é compreender porque a criança está agindo desta forma, e procurar corrigir o problema.

A sucção de dedo ou chupeta é um ato que causa prazer pois sacia a sua necessidade alimentar e emocional (o contato físico com a mãe). Quando, por qualquer motivo, não ocorre esta situação pela amamentação, a criança procura alternativa (dedo, chupeta, fralda, pano).



O ato de respirar pela boca pode estar ligado a obstruções nasais (adenóides, rinites, desvio de septo nasal) ou hábitos posturais adquiridos precocemente (dormir com a boca aberta). A médio e longo prazo provoca também alterações na forma dos maxilares devendo ser corrigido logo que se faça o diagnóstico, pois o indivíduo poderá apresentar alterações estéticas (forma do rosto) e de mastigação.

COMO EVITAR ?

Incentivar o aleitamento materno, pois a sucção do peito é muito benéfica para o bom posicionamento dos dentes.

Não usar mamadeiras, chupetas, chuquinhas e evitar o hábito de chupar o dedo.



Observar o que acontece com os dentes e a boca, os ossos quando esse hábito persiste por muito tempo. Várias alterações são causadas pela sucção do dedo e chupeta.

NA VISITA DOMICILIAR, PERCEBER...

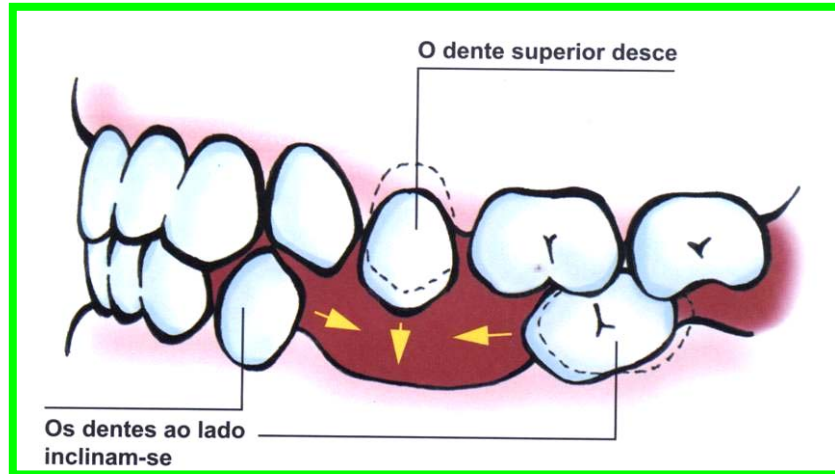
- ✓ Se algum bebê tem hábito de sucção e orientar.
- ✓ Se a mãe está amamentando o bebê.
- ✓ Se a amamentação é exclusiva no peito, até 6 meses.
- ✓ Se a criança já possui hábito de chupar chupeta, orientar a mãe para restringir esse uso (só na hora de dormir) e eliminá-lo logo a criança complete 3 anos de idade.
- ✓ Se a criança toma mamadeira, incentivar a mãe a introduzir o copo de 3 furinhos se a criança for maior de 3 anos.



Os hábitos de sucção, a respiração pela boca, a perda de dentes prematuramente (a extração dos dentes de leite), a herança genética são fatores que causam a má oclusão.

Desequilíbrio Dental Quando perdemos um dente

Quando perdemos um dente ocorre o desequilíbrio de toda a boca, os dentes permanentes saem da posição correta. O dente superior desce (se for o inferior ele sobe) pois não existe mais a oclusão com o dente que está faltando e os dentes vizinhos se inclinam para ocupar o dente extraído (retirado). Portanto haverá uma mordida dos dentes desarmoniosa e desequilibrada, sem a correta mastigação e com esforço de todos os dentes. O que leva a má oclusão dentária.



Quando ocorre a perda precoce dos dentes de leite (antes do tempo normal da queda para a substituição) os dentes permanentes do lado inclinam-se e fecham o local reservado para que este nascesse. Ocorrendo assim a má oclusão .

TRAUMATISMO DENTAL

O QUE É ?

É a fratura (quebra) de uma parte do dente ou até mesmo o deslocamento ou queda (a avulsão) do dente inteiro.

Os traumatismos dentais de dentes anteriores (da frente) podem causar problemas estéticos e funcionais (reversíveis e irreversíveis), provocando alterações emocionais e de comportamento na pessoa e muitas vezes nos familiares.



COMO É CAUSADO ?

O dente quebra ou cai da boca através de um acidente, que pode ser: queda de bicicleta, pancada na boca, na prática de esportes (boladas), brigas, brincadeiras infantis, entre outros. O maior índice de traumatismo ocorre na idade escolar (para ambos os sexos na idade de 7 a 9 anos) e os dentes mais afetados são os dentes anteriores superiores.

O QUE FAZER ?

A primeira medida a fazer em caso de traumatismo (seja fratura do dente, abalamento, extrusão- dente sai da boca ou intrusão dente entra para dentro do alvéolo, osso) é procurar o dentista.

Se o dente sair inteiro da boca (avulsão acidental), lavar sem ESFREGAR e colocar de novo no local onde estava. Feita a reimplantação, o dente deve ser mantido em posição por uma leve pressão digital ou através de uma gaze dobrada. Ou então, colocar na saliva ou no leite e procurar o dentista, até 2 horas após o acidente.

Se quebrar uma parte do dente, levar ao dentista, num potinho com saliva ou leite.

NA VISITA DOMICILIAR, ORIENTAR...

- ✓ Sobre a prevenção de quedas, acidentes com crianças.
- ✓ Orientar sobre o uso de tapetes que deslizam, sobre a mobília que deve ser sem quinas, cuidados quando a criança começa a andar.
- ✓ Sobre o que fazer com o dentinho, se quebrar ou sair da boca.
- ✓ Ensinar a família os passos quando ocorrer um trauma:
 1. Permaneça calmo;
 2. Aja com rapidez;
 3. Segure o dente sempre pela coroa e nunca pela raiz;
 4. Mantenha o dente úmido (imerso em leite).
 5. Procure rapidamente o dentista.

CÂNCER BUCAL**O QUE É ?**

É o aparecimento de células diferentes das normais, que formam manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na boca.

COMO É CAUSADO ?

O câncer bucal ocorre quando acontecem alguns fatores de risco: Fumo, Álcool, exposição contínua ao Sol, Falta de higiene bucal, "machucadinhos" na boca causados por dentes quebrados, dentaduras, e que não cicatrizam em até 15 dias.

COMO PREVENIR ?

Evitar as situações de risco acima descritas.

Realizar, em frente ao espelho, um exame da própria boca, procurando: manchas esbranquiçadas (que não doem, e não se soltam) ou manchas avermelhadas com pontos brancos.

Os fatores de risco para o câncer de boca: idade superior a 40 anos, sexo masculino, tabagistas e alcolistas crônicos, má higiene bucal, desnutridos e imunodeprimidos, portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal e consumo excessivo e prolongado de chimarrão. Ao examinar o paciente deve-se estar atento a todas as alterações de mucosa.

NA VISITA DOMICILIAR...

Orientar sobre os fatores que podem causar câncer bucal.
Ensinar as famílias a se examinarem, a fazerem o auto-exame.

O Auto exame da face e da boca para detecção de câncer de boca.

COMO FAZER:



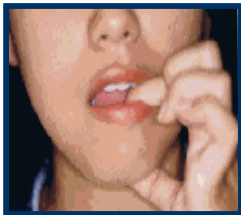
1. Observe a pele do rosto e do pescoço. Veja se encontra algum sinal que não tenha notado antes. Toque suavemente, com a ponta dos dedos, todo o rosto.



2. Puxe com os dedos o lábio inferior para baixo, expondo a mucosa. Em seguida, apalpe todo o lábio. Puxe o lábio superior para cima e repita os procedimentos.

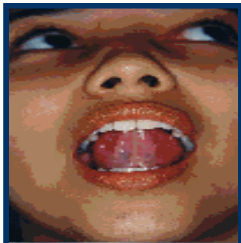


3. Com a ponta do dedo indicador, afaste a bochecha para examinar a parte interna dela. Faça isso nos dois lados.



4. Com a ponta do dedo indicador, percorra toda a gengiva superior e inferior.

5. Introduza o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procure apalpar o lado inferior da boca.



6. Incline a cabeça para trás e, abrindo a boca ao máximo, examine atentamente o céu da boca. Apalpe com o dedo indicador todo o céu da boca. Em seguida faça AAAAAH... e observe o fundo da garganta.



7. Ponha a língua para fora e observe a parte de cima. Repita isso com a língua levantada até o céu da boca. Em seguida, puxando a língua para a esquerda, observe o lado direito dela. Repita o procedimento para o lado oposto.

8. Estique a língua para fora, segurando-a com um pedaço de gaze ou pano. Apalpe toda sua extensão com os dedos indicador e polegar da outra mão.



9. Examine o pescoço. Compare os lados direito e esquerdo e veja se há diferenças entre eles. Depois, apalpe o lado esquerdo do pescoço com a mão direita. Repita o procedimento no lado direito.

10. Finalmente, introduza o polegar por debaixo do queixo e apalpe suavemente todo o seu contorno inferior.

Ciclos de vida

Gestante

O estado de saúde bucal apresentado durante a gestação tem íntima relação com a saúde geral da gestante, podendo influenciar diretamente na saúde geral e bucal do bebê.

A gravidez é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento de saúde do bebê.

É importante que se inicie a prevenção em saúde bucal na época da gestação, fazendo com que os pais do futuro bebê sejam educados em medidas preventivas odontológicas e transmitam seus conhecimentos aos filhos.

Durante o período da gestação, a saúde bucal deve ser observada atentamente. A gestante deverá ser orientada quanto a sua dieta, que deve ser equilibrada (ovos, carne, frutas, verduras, etc).

A Organização Mundial de Saúde informa que a partir do 5º mês de vida intra-uterina ocorre o início do desenvolvimento do paladar do futuro bebê. Portanto, se a gestante ingerir muito açúcar certamente o seu filho gostará muito de doces. O consumo de açúcar deve ser feito em sua forma natural (frutas e vegetais), assegurando a maneira que o organismo receba sais minerais, vitaminas e calorias.

O tratamento odontológico em gestantes pode ser **muito simples**, no entanto os mitos populares e a falta de orientação profissional quanto a este tipo especial de paciente, fazem com que existam muitas dúvidas com relação aos cuidados que devem ser tomados durante o atendimento.

É recomendado que o **tratamento preventivo comece no início da gestação**, para que se evite os problemas bucais comumente acentuados neste período. Praticamente todo tipo de tratamento pode ser realizado durante a gravidez. Sempre que possível a adequação do meio bucal da futura mamãe deve ser realizada durante a gravidez para diminuir o risco de transmissibilidade de microorganismos cariogênicos.

O acompanhamento odontológico deve fazer parte dos programas pré-natais, pois a melhora da saúde bucal, do comportamento e das atitudes das gestantes com relação à higiene bucal trarão influências positivas para a saúde bucal e para o comportamento das futuras crianças.

As alterações comumente apresentadas pela gestante são os problemas periodontais (de gengivas), em especial a gengivite gravídica. Clinicamente a gengiva se apresentará avermelhada e edemaciada, podendo sangrar durante a mastigação e/ ou escovação. A gengivite gravídica, é comumente detectada principalmente a partir do 2º mês de gestação, apresentando seu estado mais crítico no 8º mês. O tratamento consiste nos procedimentos básicos de periodontia (tratamento das gengivas), tais como: raspagem, polimento dental e motivação para a escovação.

Além das alterações gengivais, observa-se a possibilidade de um aumento das cáries. Tipicamente a gestante comerá menor quantidade, mas em intervalos freqüentes, aumentando o risco de cárie. Desta forma, a melhor medida preventiva é a motivação de uma adequada higiene bucal e um acompanhamento profissional constante.

O primeiro trimestre de gestação não é um período adequado para o tratamento odontológico, quando a maioria das pacientes pode apresentar indisposição, enjôos matutinos e náuseas. Além disso, neste período ocorre as principais transformações do feto.

O segundo trimestre de gestação constitui-se a melhor época para o atendimento das gestantes. O terceiro trimestre de gestação, particularmente nas últimas semanas, não é um bom período para tratamento, pois muitas gestantes, nesta época, têm a freqüência urinária aumentada, inchaço nas pernas, apresentam grande risco de hipotensão postural e desconforto na posição da cadeira odontológica.

Portanto, quando possível deve-se evitar todo e qualquer procedimento nas primeiras 12 semanas e nas últimas semanas (no final) de gestação. Entretanto, em situações de urgência, deve-se realizar o tratamento necessário, independente do período no qual a gestante se encontrar. Além disso, a terapia preventiva e a higiene oral podem e devem ser realizadas sempre.



Pacientes do Grupo de Gestantes em atendimento.

Durante o período de gestação, pode ocorrer uma série de alterações no organismo da gestante que podem levar ao surgimento de problemas bucais, como o aumento da acidez bucal, alterações hormonais e dietéticas, diminuição do pH salivar, aumento da vascularização gengival e náuseas, vômitos, aumento na produção de saliva ou sialorréia, mudanças nos hábitos alimentares e enjôos, fatores que associados à diminuição dos cuidados de higiene bucal aumentam a incidência de doenças bucais. Esta situação é ainda cercada pela crença popular de que a mulher não deveria procurar o atendimento odontológico no período de gestação, pois ofereceria risco para o feto.

O monitoramento das condições da saúde bucal da gestante deve ser contemplado nas consultas clínicas individuais e nas atividades grupais realizadas pela equipe de saúde (reuniões mensais pré ou pós consulta de pré-natal). Nestas, além da avaliação clínica, devem ser valorizadas as orientações referentes aos aspectos da alimentação balanceada, da higiene, importância do aleitamento materno e desmistificar e informar a população sobre o tratamento odontológico na gestação. Não existe perigo no tratamento odontológico para as gestantes.

OBSERVAÇÃO: Segundo a crença popular, “a cada gravidez, perde-se um dente”, sendo natural a perda de cálcio dos dentes da mãe para reforçar os dentes do bebê. Estes conceitos são errôneos e devem ser esclarecidos. A população deve ser conscientizada de que o cálcio nos dentes se apresenta sob forma de cristais, não estando disponível no sangue, portanto o bebê não pode e não consegue retirar esse cálcio do dente da mãe. Deve-se conscientizar que as causas da cárie dos dentes é a falta de higiene bucal, o aumento da frequência e a mudança na alimentação. Bem como a mudança nos hábitos relativos ao sono, maior frequência de “sonecas” durante o dia.

Bebê

Os cuidados com a higiene oral do bebê inicia-se nos primeiros dias de vida. A higiene oral é feita mesmo antes dos dentes de leite nascerem, para que o bebê se habitue com a rotina da limpeza dos dentes, e com isso obter uma boquinha com o mínimo de bactérias possíveis, com o propósito de retardar a colonização/infecção por bactérias cariogênicas.



Crianças de até dois anos: maiores vítimas do contágio.

Lembrar sempre a mãe para não beijar a criança na boca, não assoprar as papinha, devido a infecção das bactérias da boca da mãe para a boca do bebê.

É necessário a prevenção de cáries até mesmo sem a presença de dentes, a limpeza com fralda ou gaze com água, nas gengivas e língua.

Os bebês terão sua entrada no Programa de Atenção Odontológica Precoce – Clínicas do Bebê na faixa etária de 0 a 12 meses. Como é um trabalho preventivo os bebês devem ser encaminhados até 12 meses. Esses pacientes serão acompanhados até 5 anos incompletos. Aos 6 anos serão encaminhados aos profissionais do NIS de sua área de abrangência, com guia de encaminhamento preenchido na clínica do bebê. O atendimento odontológico da Clínica do Bebê é educativo, preventivo e curativo.

Para o agendamento do bebê é necessário trazer a carteirinha de vacinação.



Atendimento do bebê na macri (feita especialmente para o atendimento de bebês).

Crianças

A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo/preventivo de saúde bucal, contando com a participação ativa da família.

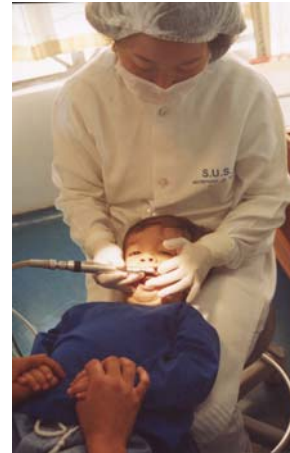
O monitoramento das condições de saúde bucal da criança deve ser contemplado nas diversas etapas do atendimento por toda equipe de saúde.

As condições higieno-dietéticas devem ser reforçadas às mães e/ou responsáveis pelas crianças, tanto a nível individual (no atendimento clínico), quanto nas atividades grupais. Sabe-se que uma pessoa que receba um atendimento correto em sua infância possui condições concretas de manutenção em sua saúde bucal com chances muito maiores de se tornar um adulto saudável. É também nessa fase que a cárie dentária se manifesta com maior intensidade e freqüência, atacando tecidos dentários em fase de maturação, e que por esse motivo apresenta maior susceptibilidade à doença.

Os dentes decíduos começam a irromper por volta dos 6 meses de vida; essa dentição se completa aproximadamente entre os 24 (2 anos) e 30 meses (2 anos e 6 meses), com a erupção dos segundos molares superiores.

Sabe-se que a dentição decídua, quando preservada em condições normais, desempenha papel importante na oclusão dos dentes permanentes. Assim, em casos de processos cariosos em dentes decíduos, que determinam um encurtamento de arco ou perda de parte da sua dimensão vertical, ou ainda nos casos de perdas precoces, podem ocorrer problemas futuros desde má oclusões na dentição permanente. Portanto, cabe ao clínico, ao efetuar o tratamento odontológico, dar ao paciente condições bucais próximas às naturais para impedir as referidas má oclusões e, para tal, é necessário que o dentista tenha um conhecimento básico do que é o arco decíduo normal.

Sabe-se que a dentição decídua, quando preservada em condições normais, desempenha papel importante na oclusão dos dentes permanentes. Assim, em casos de processos cariosos em dentes decíduos, que determinam um encurtamento de arco ou perda de parte da sua dimensão vertical, ou ainda nos casos de perdas precoces, podem ocorrer problemas futuros desde má oclusão na dentição permanente. Portanto, cabe ao clínico, ao efetuar o tratamento odontológico, dar ao paciente condições bucais próximas às naturais para impedir as referidas má oclusões e, para tal, é necessário que o dentista tenha um conhecimento básico do que é o arco decíduo normal.



Adolescentes

Para assumir papel de relevância na sociedade, é necessário que o adolescente tenha acesso a bens e serviços que promovam a sua saúde, educação e bem estar, sendo fundamental que a família e a equipe de saúde compreendam os processos da adolescência.

A saúde bucal dos adolescentes tem grande importância pois é neste período que:

- A maioria dos elementos dentais permanentes de maior risco à cárie irrompem na cavidade bucal;
- Apesar da redução gradual do risco biológico à cárie observada com a aproximação da vida adulta, cresce o risco às doenças periodontais;
- É nesta faixa etária, principalmente no início da adolescência, que os bons hábitos de higiene são colocados de lado. Os pais delegam a higiene bucal para os filhos, pois já têm idade suficiente para escovar os dentes sozinhos;
- Será nessa fase que o indivíduo consolidará, se bem orientada, uma mentalidade de auto cuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura.
- Há um aumento exacerbado do consumo de alimentos cariogênicos (salgadinhos, refrigerantes, chocolates) e come-se muito fora da hora das refeições.

Cabe à equipe de saúde bucal incorporar-se aos atendimentos de grupos de adolescentes e através de linguagem apropriada para esta faixa etária divulgar os conceitos de promoção de saúde bucal tão amplamente utilizados para a nossa clientela infantil, buscando dar seqüência ao trabalho que vinha sendo desenvolvido e consolidar a idéia do autocuidado e da importância da saúde da boca para cada indivíduo.

Lembra que nessa faixa etária os piercings de língua e queixo são comuns. Precisa-se fazer a orientação quanto a higiene dos dentes, gengivas e do piercing.



Adultos

A doença periodontal é um dos principais problemas que acomete o paciente adulto. O fumo é considerado o maior fator de risco para o desenvolvimento da periodontite. Os fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença e maior risco de perda dental. Os mecanismos danosos do fumo sobre os tecidos periodontais são bem variados.

O fumo é considerado o maior fator de risco para o desenvolvimento da periodontite. Os fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença e maior risco de perda dental. Os mecanismos danosos do fumo sobre os tecidos periodontais são bem variados.

O diabetes Mellitus é considerado há muito tempo um fator sistêmico que predispõe e agrava a doença periodontal. Os pacientes diabéticos freqüentemente apresentam xerostomia (secura na boca) diminuição na saliva, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios na gustação. Para o paciente diabético, é importante que em qualquer procedimento odontológico ele esteja tranqüilo, e principalmente não sinta dor, pois o medo, a ansiedade e a dor são fatores de estresse, que podem causar alterações na glicemia.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, compromete a defesa do hospedeiro contra infecções, estão associadas freqüentemente doenças periodontais mais severas, resultando em lesões necrosantes.

Uma outra alteração sistêmica que demanda atenção na anamnese se constata a hipertensão é de fundamental importância à integração entre a equipe de saúde bucal e equipe de médica/enfermagem e orientá-lo a participar do Programa da Hipertensão da UBS.

Diagnóstico precoce do Câncer Bucal é de vital importância, portanto em todos os exames clínicos deve-se verificar os tecidos moles, a fim de observar lesões existentes, e inspecionar lesões de aparência irrelevante. Devemos então encaminhar para as especialidades ou os programas das Universidades conforme descrito no atendimento das especialidades. Lesões periapicais deverão ser encaminhadas para o atendimento especializado ou Universidades conveniadas à Secretaria de Saúde.

Os fatores de risco para o câncer de boca: idade superior a 40 anos, sexo masculino, tabagistas crônicos, má higiene bucal, desnutridos e imunodeprimidos, portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal e consumo excessivo e prolongado de chimarrão. Ao examinar o paciente deve-se estar atento a todas as alterações de mucosa, buscando detectar aquelas que tenham maior potencial de malignização.

Pacientes com risco desenvolvido para endocardite bacteriana devem, como regra geral utilizar a profilaxia antibiótica para procedimentos odontológicos associados com sangramento excessivo: extrações dentais, procedimentos periodontais, reimplantação de dentes avulsionados, injeção de anestésico local pela técnica intraligamentar e limpeza profilática de dentes quando há expectativa de sangramento. Existem outros fatores que são denominados indicadores de risco como osteoporose, fatores nutricionais (baixo consumo de cálcio e vitamina C, estresse, genética).

Idoso

O tratamento do paciente idoso difere, entretanto, do tratamento da população em geral devido às mudanças fisiológicas durante o processo de envelhecimento natural, da presença de doenças sistêmicas crônicas e da alta incidência de deficiências físicas e mentais nesse segmento da população. Para todos os idosos deve ser recomendadas as medidas de higiene bucal e dietéticas.

Para o atendimento ao idoso deve-se considerar os fatores e características próprias desta faixa etária tais como: consumo de medicação contínua, estado físico e emocional, insegurança, estilo de vida e maior risco a algumas patologias bucais como o câncer bucal.

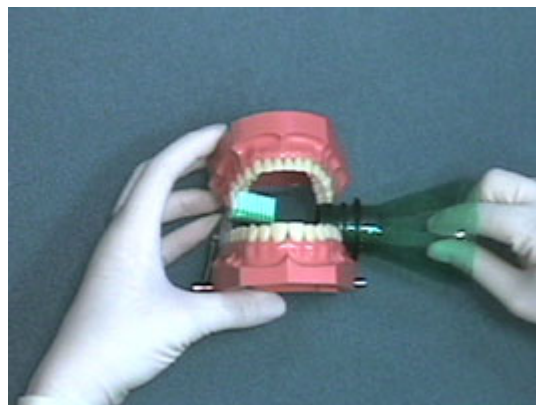
A idade não é contra-indicação para a realização de procedimentos cirúrgicos, sejam periodontais ou outros. Entretanto, as cirurgias somente devem ser indicadas naqueles pacientes que apresentem indicações precisas e estado geral compatível.

O paciente idoso requer especial atenção, pois as funções biológicas do organismo geralmente se apresentam "mais lentas" com a idade e há uma diminuição geral da capacidade reparadora do corpo. Os pacientes mais velhos têm mais problemas gerais e à medida que a idade aumenta se eleva proporcionalmente à percentagem de pacientes com complicações

gerais. Portanto, um paciente idoso ou geriátrico deve ser tratado com individualidade, não se podendo formular regras aplicáveis a todas as pessoas idosas indistintamente.

A perda de dentes não é um processo normal de envelhecimento, mas problemas de ordem sistêmica e medicações utilizadas pelos idosos podem causar xerostomia (diminuição da salivagem) e outras alterações, que poderão levar à perda de dentes naturais no idoso.

O atendimento ao idoso deve ser personalizado demonstrando respeito e com paciência. Deve-se abordar o idoso face a face para facilitar a leitura labial e sempre que possível deve-se evitar o uso da máscara clínica durante esse momento exprimindo-se com voz normal, grave, articulando bem as palavras e evitando falar alto. As instruções dadas ao idoso devem ser curtas, claras e, se necessário, precisam ser repetidas várias vezes.



Uma forma do cuidador fazer a higiene oral em indivíduos acamados e dependentes

Referência e Contra-referência

A população será encaminhada aos serviços de referência quando for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica, garantindo-se assim a atenção integral aos indivíduos e às famílias do território sob a responsabilidade do PSF.

UBS: porta de entrada para o sistema de saúde bucal. Uma equipe de saúde bucal para cada UBS (ver equipe números ímpares). A equipe de saúde bucal tem autonomia trabalhando, porém dentro das diretrizes do projeto de reestruturação para a saúde bucal.

Regional de referência: unidade organizada para dar suporte às UBS, constituindo referência para os residentes na região. Odontologia – periodontia, clínica do bebê, exame radiográfico, buço-maxilo-facial.

Centro de especialidade: com oferta de especialidades e serviços de importância assistencial, porém com demanda eventual. Odontologia –, endodontia, exame radiográfico, atendimento a pacientes especiais.

A ampliação dessas clínicas será gradativa e o profissional deverá passar por um período de capacitação para a padronização do trabalho. Toda equipe de especialistas do centro de saúde referência deve ter um CD que coordene, juntamente com a assessoria de planejamento, o projeto.

Na Endodontia, os procedimentos realizados são:

- Tratamento endodôntico monoradicular em dentes permanentes
- Tratamento endodôntico biradicular em dentes permanentes
- Tratamento endodôntico tri radiculares em dentes permanentes

Quanto a **Dentística Restauradora:** os procedimentos realizados são:

- Restauração em resina fotopolimerizável

Suzana Goya

- Restauração de amálgama a pino

Os procedimentos realizados na Cirurgia Buco Maxilo Facial são:

- Biópsia da cavidade oral
- Drenagem de abscesso por via extra-oral
- Exodontia de dente incluso
- Exodontia de dente semi-incluso
- Remoção de fragmentos de raiz
- Excisão de mucocele
- Reimplante dentário e contenção
- Frenectomia
- Remoção de hiperplasia
- Apicetomia (quando indicado pelo especialista em Endodontia do CEO)

O tratamento das gengivas (Periodontia) contempla os seguintes procedimentos:

- Frenectomia labial e lingual
- Cirurgia periodontal com acesso
- Cunha Distal ou mesial
- Gengivectomia e gengivoplastia
- Aumento de coroa clínica

A Referência Hospitalar, para atendimento odontológico à pacientes especiais é o Hospital Metropolitano ou Municipal com uma cota semanal e o agendamento é feito pela clínica Sorriso Especial do CEO Municipal Zona Norte.

As figuras foram copiadas do livro: Aprendendo a sorrir de Ana Maria Rodrigues Morato, de folders educativos da Signal, Novalgina, de sites da internet e as fotos da Secretaria Municipal de Maringá e de cunho pessoal. A bibliografia utilizada foi: A saúde ao alcance de todos, Maricene Ceravolo de Melo Ferreira; Renata Mendes Orsi. Odontologia para a família: uma abordagem educativa e preventiva, Maria Lídia Pizziolo Coura. Guia de orientação ao paciente, Biogalênica. Revista Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. Aprendendo a sorrir: educação bucal para as crianças, Ana Maria Rodrigues Morato. Onde não há dentista, Murray Dickson. Odontologia na sala de aula e na comunidade, Miguel Haroldo Guida, Geni Amélia Nader Vasconcelos, Anacleto Vasconcelos. Revista sorriso saudável, editora Abril. Manual de Saúde Bucal, Rosimeire Grigio Ribeiro.

Núcleo Integrado IGUAÇU
Avenida Nildo Ribeiro da Rocha, 5328 – Jardim Iguaçu
CEP 87.060-390
Fone Odonto: 390-11866

5.9 Levantamento epidemiológico

O levantamento epidemiológico proposto para a área de abrangência da ESF 33 foi realizado apenas na Microárea 1 e deverá ter continuidade no decorrer do ano de 2007 e 2008. Os resultados alcançados, porém refletem a necessidade de priorização de grupos mais vulneráveis a doenças, contribuindo assim, para o planejamento das ações que serão desenvolvidas no biênio 2007/2008.

A amostra constituiu-se de 761 pessoas que constituem 227 famílias e encontram-se divididas em 368 homens e 403 mulheres, uma distribuição bem equilibrada quanto ao gênero (Tabela 13).

Tabela 19 – Distribuição da população da Microárea 1 (M1) por faixa etária.

Gênero	Faixa Etária (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	4	25	15	14	25	36	119	45	36	39	368
Feminino	6	14	13	20	29	37	114	61	63	46	403
Número de Pessoas	10	39	28	34	54	73	233	106	99	85	761

A distribuição da população, por grupos de idade, evidencia uma predominância da população de adultos jovens, com 336 indivíduos dentro da faixa etária de 20 a 49 anos. O grupo de idosos, considerando nesse caso a idade superior a 60 anos, soma 85 pessoas.

Os dados coletados nessa população referentes a faixa etária dos seus indivíduos, apresentam-se próximos aos do Brasil, em 1991 (IBGE, 200). O país vem atravessando uma fase de transição demográfica, a qual é caracterizada por uma queda das taxas de fecundidade e aumento da idade mediana da população (IBGE, 2007).

Conforme previsto não se conseguiu captar num primeiro momento todas as pessoas dessa microárea, portanto a amostra estudada consistiu-se de 443 examinados sendo 58,21% do tamanho total da amostra, o que foi considerado uma perda grande do número de indivíduos pesquisados.

Nenhum dos 443 pesquisados apresentou lesão bucal, podendo-se justificar pela alta eficiência na detecção de lesões por parte da equipe

odontológica regional, que tem sido feita ao longo de vários anos; ou pelo encaminhamento precoce das lesões, pois o sistema de atendimento a lesões bucais em Maringá conta com 4 locais para a referência (a cidade possui um fluxo de referência bem estabelecido para as lesões bucais tendo parcerias com as Universidades: Serviços de Apoio ao Atendimento Odontológico - Lesões Bucais e os dois CEO – Centro de Especialidades).

- Clínica LEBU da Universidade Estadual de Maringá, através de encaminhamento dos NIS com guia das especialidades especificando o tipo de lesão, localização, hipótese diagnóstica. Toda 3ª feira do mês no horário das 13:00h.

- Clínica de Lesões Bucais do CESUMAR, através de encaminhamento dos NIS com guia das especialidades especificando o tipo de lesão, localização, hipótese diagnóstica. Toda 4ª feira do mês no período da tarde.

- CEO do CISAMUSEP (Consórcio Intermunicipal)
- CEO Municipal – Policlínica Zona Norte.

Tabela 20 – Índice CPOD/ceo e Livres de cárie por faixa etária.

Idade	n	CPOD/ ceo	Livres de cárie (LC)	% LC
0 – 3 anos	24	0	24	100
4-6 anos	20	2,42	9	45,00
7-9 anos	35	0,68	23	65,71
10-14	47	1,27	25	53,19
15-19	39	3,64	6	15,38
20-39	104	10,51	5	4,80
40-49	60	20,75	1	1,66
50-59	54	21,00	1	1,85
+ 60	61	24,00	1	1,63
Total	443	12,70	89	20,04

Tabela 21 – CPOD, ceo nas idades índice preconizadas pela OMS.

Idade índice	n	CPOD+ceo
5 anos	9	3,22
12 anos	6	0,5
15 anos	12	3,83
35-44	53	17,64
65-74	22	24,72

Aos 5 anos de idade, apenas 1 criança apresentou ceo=9, as demais não apresentaram lesões de cárie.

Dos pesquisados, 26 pessoas relatam nunca terem ir ao dentista sendo que destas, 6 eram menores de 1 ano e 9 de 2 a 6 anos de idade; o que demonstra que a grande maioria da população já teve acesso ao atendimento odontológico.

Tabela 22 – Porcentagem de pessoas que nunca foram ao dentista por idade.

IDADE	n	%
0 -1 anos	6	85,71
2 - 6 anos	9	27,27
7 - 9 anos	6	17,14
10 – 14 anos	1	2,12
15 – 19 anos	1	2,56
20 – 39 anos	2	1,92
40 – 49 anos	0	0,00
50 – 59 anos	1	1,85
+ de 60 anos	0	0,00
Total	26	

Das pessoas que responderam que já foram a uma consulta odontológica, 187 foram ao dentista a menos de 1 anos, 119 de 1 a 2 anos e 99 consultaram o dentista a mais de 3 anos, 26 nunca foram ao dentista e 13 não responderam a pergunta.

O local do último atendimento odontológico foi realizado no: serviço público – 196, serviço privado liberal – 157, planos e convênios – 43, serviços filantrópicos – 8 e outros tipos de serviço – 12 pessoas.

A maioria foi a última vez ao dentista para consulta de rotina (n=241), porém com sensação dolorosa foram 108 pessoas, por sangramento gengival foram 5 pessoas, 6 pessoas porque tinham cavidades nos dentes e 60 pessoas foram ao atendimento clínico odontológico por outros motivos.

A avaliação do atendimento na última consulta foi: Péssimo n=5; ruim n=8, regular n=32, bom n=285 e ótimo n=90. Vendo-se que a maioria aprovou o atendimento recebido.

As pessoas que utilizaram o serviço público o classificaram como: Péssimo n=1; ruim n=4, regular n=10, bom n=131 e ótimo n=40. Pode-se notar que as pessoas que tem acesso ao tratamento odontológico estão satisfeitos e sentem que houve um bom atendimento.

Quanto a informações sobre saúde bucal, 320 pessoas receberam informações de como evitar problemas dentais e 100 não receberam nenhum tipo de informação e 24 não informaram. Acredita-se que os profissionais de saúde bucal têm investido em educação em saúde, através da prevenção e promoção da saúde bucal, pois essa população possui conhecimentos das doenças bucais mais comuns e como evitá-las.

Quanto a necessidade de tratamento 295 pessoas consideram que necessitam de tratamento odontológico, e 132 pensam que suas condições bucais não necessitam no momento de cuidados clínicos odontológicos. O que denota que a população estudada, apesar da grande maioria ter ido ao dentista para atendimento de rotina, terem acesso a menos de 1 ano, acreditam que a visita regular ao consultório odontológico colabora com uma melhora significativa na sua saúde bucal. O que se torna preocupante é que as pessoas devem assumir que sua saúde bucal depende mais de seus hábitos e cuidados diários do que a visita 1 vez ao ano para consulta odontológica.

A condição periodontal em 331 indivíduos se encontrava hígida (sem sinais clínicos de doença), em 5 pessoas havia sangramento, cálculo dental em 103 e com bolsa ou com mobilidade em 5 pessoas e 16 pessoas não puderam ser avaliadas.

Tabela 23 – Condições da população estudada relativas a doença periodontal em relação a idade.

Idade	Hígido n	Com sangramento n	Cálculo n	Com bolsa/mobilidade n
0- 6 anos	20	0	0	0
7- 9 anos	30	1	4	0
10-14 anos	41	1	5	0
15-19 anos	33	0	6	0
20-39 anos	75	2	17	3
40-49 anos	33	1	25	1
50-59 anos	51	0	2	1
+ 60 anos	48	0	10	1
Total	331	5	103	5

Em relação ao uso de prótese, 99 pessoas (acima de 40 anos) possuem e usam prótese total superior, sendo que apenas 5 pessoas possuem prótese na idade de 27 a 33 anos o que mostra uma atenção à saúde bucal e que essa faixa estaria têm primado pelos cuidados e que também são uma população que se beneficiaram pelo advento da fluoretação das águas de abastecimento e do dentifrício, na década de 80. Sendo que 66 pessoas necessitariam de prótese fixa ou Próteses parcial removível ou ainda prótese total. A necessidade de prótese ainda não foi suprida pelos CEOS, devido a grande demanda nessa área que nunca foi uma das prioridades.

Quanto a fluorose apenas 0,9% da população encontra-se na classificação de fluorose leve, sendo todos na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Sugere-se que não deva ser uma grande preocupação no planejamento de equipe e que as medidas preventivas com a utilização do flúor continuem sendo terapias de utilização na rotina diária.

5.10 Educação em Saúde Bucal

Foram planejadas visitas domiciliares a todos os moradores das áreas de abrangência pela THD ou ACD para o ensino das técnicas corretas de higienização, uso do fio dental, armazenamento das escovas dentais, noções de transmissibilidade, sugestões sobre dieta e orientações gerais de saúde.

Esclarece-se aqui que a ESB da equipe 33 conta com uma cirurgiã dentista (Suzana), uma THD (que tem formação de nível superior em Odontologia, sendo cirurgiã-dentista recém formada, Vanessa) e uma ACD (que tem formação ao nível de THD, Nádia); portanto conta com equipe extremamente qualificada (e que estão em cargos abaixo de seu nível de conhecimento) para a educação em saúde bucal e geral, portanto a educação em saúde pode e deve ser a tônica da ESB, pois a qualificação e capacitação já são fatores presentes devido ao grau de formação dos profissionais que compõe a equipe.

Conseguiu-se ajuda da Pastoral da Saúde e igreja Presbiteriana que pertencem à área de abrangência da equipe 33 na confecção de porta-escovas de material reciclável, garrafas “pet” (FIGURA 56) para o ensino da armazenagem das escovas dentais e o ensejo de educar a população a guardá-los em ambiente arejado para que as cerdas fiquem secas, com o intuito de explicar sobre a infecção cruzada entre a escova dos vários componentes da família.

As atividades de educação em saúde foram planejadas com a formulação de um Programa de Promoção à Saúde Bucal, segue o programa na íntegra:

5.10.1 Programa de Promoção à Saúde Bucal

Os estudos mais recentes sobre a doença cárie dentária ressaltam a nova postura à profissão odontológica, pautada na promoção de saúde bucal. Afirma que a promoção de saúde deve ser inserida na e sociedade. A OMS define promoção de saúde como um conceito unificado para aqueles que reconhecem a necessidade de mudança nos modos e condições de vida para promover saúde. Promoção de saúde representa uma estratégia mediadora

entre pessoas e ambientes, sintetizando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável (BUISCH, 2000).

Controlar os fatores que causam doenças bucais implica em conscientizar a população sobre estes fatores, capacitar os profissionais da rede pública municipal para iniciar um trabalho de prevenção e promoção à saúde bucal e oferecer recursos materiais para determinadas ações.

Acredita-se que através da Educação em Saúde seja possível mudar hábitos e comportamentos individuais e das famílias, e que a disseminação do conhecimento sobre saúde geral e bucal atinja as comunidades e populações e seja realmente efetiva dentro do âmbito da própria família, refletindo assim na melhora da qualidade de vida individual.

CHAVES, em 1986, definiu que a educação é uma ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações jovens para adaptá-las à vida social, sendo um trabalho sistematizado, seletivo, orientador, pelo qual nos ajustamos à vida, de acordo com as necessidades, ideais e propósitos dominantes, é um aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas.

Para que haja uma contínua melhoria da saúde de toda a comunidade é preciso que sejam oferecidos ensinamentos em ambientes favoráveis, dentro das casas, das famílias, que conduzam a promoção de saúde para uma melhora significativa nas condições de vida e qualidade de vida da população contando também com o desenvolvimento de ações locais participativas com a colaboração das famílias assistidas. A educação e a motivação são capazes de despertar interesse pela manutenção da saúde, desenvolvendo nas pessoas consciência crítica das reais causas de seus problemas (FERREIRA, 2005). Deve-se, portanto, fazer a educação em saúde.

As ações educativas devem ser inseridas em todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde e deve ocorrer em todos os cenários, em todo e qualquer contato com o indivíduo, pois transmitimos as nossas crenças, nossos hábitos, sentimentos e pensamentos. Portanto o trabalho de motivação e educação de famílias e comunidades deve pautar-se também pelo entusiasmo, pois o que se faz com crença, entusiasmo e prazer tem poder de contagiar indivíduos (PETRY; PRETTO, 1997).

Os profissionais da educação e da saúde têm o dever ético de apresentar a adoção de comportamentos voltados para a prevenção. O uso de

medidas preventivas no sentido de melhorar a saúde bucal das comunidades tem alcançado resultados eficientes, quando a motivação dos indivíduos é usada como método educativo. Essa ação educativa deve ser contínua e efetiva, devendo ser evitado a interrupção desses métodos, principalmente quando o ensino é projetado para crianças e adolescentes de comunidade estudantil (GARCIA, 1998).

5.10.2 Metodologia para o trabalho educativo

As práticas de educação em saúde têm sido tradicionalmente desenvolvidas como parte de ações das atenção em saúde. Entretanto, estas práticas, muitas vezes, têm como base o enfoque individual dominante do modelo preventivo de educação em saúde, centrado na reprodução de padrões de comportamento que deveriam ser assumidos pelas pessoas para evitar doenças. Assim freqüentemente pessoas são caracterizadas como culpadas por não fazerem as mudanças apropriadas, embora mudanças de comportamento pessoal sejam reconhecidamente difíceis de serem alcançadas, sobretudo para pessoas submetidas a situações de privação social e material.

É importante que a proposta pedagógica desenvolva ações de promoção à saúde, absorvendo as vivências individuais e potencializando o desenvolvimento integral. É importante ressaltar que o trabalho visa motivar e instruir sobre a higiene bucal, criando a oportunidade de tornar o usuário responsável pelo autocuidado. Dessa forma, toda palestra deve terminar com a apresentação da técnica de higiene bucal.

A orientação e a técnica de higiene bucal são desenvolvidas em um modelo individual (para cada pacientes) e coletivo (iniciar, preferencialmente, por grupos considerados prioritários), conforme a realidade e a agenda local. As palestras são proferidas pelo THD, ACD ou Programa de Atenção ao Escolar (Grupo do Bochecho), quando for previamente agendado.

Os procedimentos coletivos são desenvolvidos com os grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos vinculados a UBS, em instituições para pacientes com deficiência e/ou doença mental, Pastoral da Criança, creches, escolas, empresas, etc.

A metodologia que têm como pressuposto básico a participação, o desenvolvimento da reflexão crítica, e o estímulo à criatividade e a iniciativa. A metodologia participativa permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, sem considerá-los meros receptores, nos quais se depositam conhecimentos e informações. Neste enfoque, valoriza-se os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão.

5.10.3. Palestras Educativas

As palestras educativas fazem parte das ações programadas e têm a função de informar e/ou orientar a população sobre a etiologia e patogenia das doenças bucais, cuidados com a saúde bucal.

Deve seguir a seguinte sistematização:

- ✓ Exposição: aproximadamente de 20 minutos
- ✓ Discussão e perguntas: 10 minutos
- ✓ Tempo total dispensado: 30 minutos
- ✓ Seqüência:
 1. Apresentação da equipe e do trabalho
 2. Conteúdo relevante abordado de forma simples
 3. Técnica de higiene bucal
 4. Questionário (sugestões), ou questionamento dos presentes

O programa de intervenção para estabelecer higiene bucal freqüente trabalha com palestras educativas seguidas de treinamento da técnica de escovação proposta, exemplo: uma palestra e três seções de acompanhamento da técnica de higiene bucal.

Os temas disponíveis, que possuem material didático ou estão sendo preparados (transparências, folders), para palestras são os seguintes:

- A Importância da Saúde Bucal (indicado para a população em geral);
- A Importância dos Dentes;
- Saúde bucal para Bebês
- A Placa Bacteriana e as Doenças de Boca (indicado para a população em geral);
- A Doença Cárie (indicado para a população em geral);

-A Doença Periodontal (indicado para a população maior de 15 anos);

-Prevenção do Câncer de Boca (indicado para a população maior de 25 anos, indivíduos que fazem uso de próteses odontológicas), trabalhadores rurais e idosos;

-Saúde Bucal para Gestantes ;

-Saúde Bucal para Diabéticos;

-Saúde Bucal para Maiores de 60 anos;

-Importância da Saúde Bucal para as crianças (até 14 anos);

-Paciente Especial;

-Adolescentes;

-Importância da Saúde Bucal para os Cuidadores, Educadores (indicado para pessoas que cuidam de pacientes especiais, acamados, idosos e para professores do ensino fundamental e médio);

As informações oferecidas nas palestras foram previamente padronizadas quanto à linguagem, frequência, material didático, dentre outros, com o objetivo de atingir os grupos específicos.

5.10.4. Técnica de higiene bucal

Sabe-se que a higiene bucal deve ser executada no mínimo com escova, fio dental e dentifrício fluoretado e que o trabalho de conscientização da população deve ser facilitado com a definição da técnica uma vez que o usuário sempre receberá a mesma informação, funcionando como um reforço.

Toda palestra deve terminar com a apresentação da técnica de higiene bucal, que para as crianças é a Técnica de Fones (bolinha), para adolescentes, adultos jovens e adultos é a Técnica de Bass modificada e para os idosos somente verificar a técnica utilizada e estimular a modificação de hábitos, se for necessário (ressaltar a necessidade de limpeza das próteses e o auto exame da boca).

.É preciso criar oportunidade da população conhecer o problema e responsabilizá-la pela sua saúde bucal. A informação e a motivação devem ser exploradas de diferentes formas, a população deve ser conscientizada e o

nosso trabalho valorizado. Os ciclos de vida foram incorporados no atendimento diário e contínuo.

5.11. Ciclo da vida

Criança

➤ Clínica do bebê: irá trabalhar em conjunto durante a puericultura médica, orientando as mães desde a 2ª semana de vida do bebê até erupção do 1º molar decíduo ou na impossibilidade de atendimento na macri quando agenda-se para a clínica do bebê. Na clínica do bebê será acompanhada até os 6 anos ou erupção de todos os 1º molares permanentes e seu conseqüente selamento.

➤ Trabalha-se reavaliando a utilização do flúor, sua dosagem, periodicidade.

➤ Através da palestras educativas e aconselhamento individual com as mães, avós e cuidadores responsabiliza-se o adulto pela higiene da criança e pelos aspectos nutricionais com ênfase no controle de açúcar e farinhas), orientações a creches e escolas (projeto Grupo de Bochecho – que normalmente é feito 1x por ano).

➤ Estimula-se o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e o aleitamento até os 2 anos. Ensina-se a “ordenha do leite”, a conservação e a utilização do copinho para os bebês que não estão com amamentação natural. A equipe (ESB) tem qualificação e treinamento para os mais diversos problemas de aleitamento materno.

Adolescente

➤ A proposta é trabalhar na escola com atividades de reciclagem de lixo, de orientação sexual, abuso de drogas e de orientações sobre higiene corporal e bucal e dieta. A realização de oficinas de desenho e de pintura e o estímulo aos trabalhos manuais, são os objetivos a serem alcançados e que têm sido planejado.

➤ As ACS têm a função de localizar grupos e organizá-los para as atividades da ESF.. ex: Igrejas, etc.

Suzana Goya

➤ A escola, o centro esportivo e a Pastoral da Saúde devem e podem ser locais para o trabalho com os grupos.

Trabalhador

➤ A flexibilidade de horário vai de encontro com a necessidade na UBS, porém é difícil ampliar a capacidade de atendimento.

➤ As vias de comunicação que são utilizadas são as ACS (para informações de higiene e prevenção do câncer de boca – campanhas contra o fumo e o álcool); ofertas de palestras em empresas (através do grupo do bochecho), estímulo aos cuidados de saúde.

➤ A ESB participa ativamente e constantemente contra o tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas.

➤ Orientações a pacientes hipertensos e diabéticos.

Mulher

➤ Envolve-se a mulher e a gestante nos trabalhos de âmbito materno infantil com o propósito de retardar a colonização/infecção das crianças por bactérias cariogênicas.

➤ Palestras educativas inseridas no grupo de gestantes são realizadas.

➤ A equipe envolve-se com a prevenção do câncer de colo de útero.

Houve o empenho da equipe para a realização da XI Semana de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde Iguaçu (montagem de teatro de fantoches, doação da vereadora Márcia Socreppa dos bonecos, pedido escovas a empresas através da Pastoral da Saúde), porém a SESA realizou um evento de maior amplitude, que a ESB participou, mas o planejamento para 2007 continua, sempre na semana de outubro referente ao dia do dentista (25 de outubro).

Em 2007 serão realizadas ações de prevenção nas unidades básicas para que seja atendido pontualmente a comunidade e que as ações locais sejam mais próximas da realidade. Tem como objetivo principal levar orientação sobre higiene bucal e educação em saúde para a população da área

de abrangência da ESF 33, através das ações programadas para o evento. Através dos trabalhos a serem desenvolvidos que serão: orientação de Higiene bucal supervisionada, palestras educativas nas escolas e Centros de Educação Infantil, teatro de fantoches, teatro para adolescentes, avaliação de lesões bucais, puericultura, orientação às gestantes e mães, confecção de porta escova e porta fio dental com material reciclável (garrafa Pet) junto com a comunidade e escolas, com a parceria da Pastoral da Saúde e da Igreja Presbiteriana.

A população participante será de 12.000 pessoas, residentes na área de abrangência do Núcleo Integrado de Saúde (NIS) Iguaçu. De todas as faixas etárias.



06



Discussão

6. Discussão

Segundo NARVAI (1992), as contradições, disputas e conflitos que vêm marcando o processo de descentralização das decisões no setor saúde não diminuem as implicações e a importância que esse processo tem na área da saúde bucal. Não se trata mais, agora, de esperar que Brasília ou a respectiva capital estadual decidam o que cada município deve ou não deve fazer. Pensar com o próprio cérebro sua própria realidade, identificando e organizando forças políticas capazes de dar sustentação às propostas de políticas públicas que incluam entre seus objetivos alterar a situação de saúde bucal de cada comunidade: eis o desafio posto pela política àqueles que têm de tomar decisões em âmbito municipal/local. Essa possibilidade exige certamente, além de uma certa capacidade de "sobrevivência política", sólidos conhecimentos científicos e tecnológicos, sob pena de perda crescente de espaço político no interior do setor saúde ou, no limite, fracasso retumbante.

Essa descentralização veio ao encontro das necessidades do município de Maringá, permitindo maior autonomia e poder decisório mais evidente. O que tem sido posto a prova é a capacidade de implementar o PSF de forma coerente e que possa ocorrer a real mudança de atenção à saúde, somente deixando de oferecer assistência. A estratégia implementada pelo município tem o apoio dos representantes do governo e também da comunidade, que tem atuado ativamente nos Conselhos Locais e no Municipal de Saúde, colaborando assim, para que as mudanças solicitadas pela população sejam ouvidas e praticadas.

Para a implementação do PSF foi necessário ordenar a clientela de usuários e promover o princípio da responsabilização, ou seja a regionalização. Esta teve o intuito de divisão das áreas de abrangência (territorialização) onde se planejou apenas com a visão geográfico-administrativa, não sendo consideradas as relações sociais, seus conflitos e interesses, situação econômica e a de utilização da UBS (população SUS dependente), poderiam interferir nesse processo.

O modelo de atenção à saúde, historicamente esteve centrado na intervenção aos sinais, sintomas e queixas apresentados pelo indivíduo, que ao percebê-los procura assistência. O profissional da saúde promove a intervenção específica eliminando ou minimizando o desconforto do usuário. Ao contrário deste modelo, o PSF preconiza que o indivíduo seja visto de maneira integral e acompanhado continuamente no seu modo de viver. As ações oferecidas devem estar pautadas na promoção à saúde, proteção das doenças e intervenção específica, sendo que este último deve garantir a qualidade de vida da população de sua área de abrangência (KRAEMER, 2004).

Trabalhar com famílias é uma arte desenvolvida através da compreensão do funcionamento sistêmico da família e da aplicação do método clínico, centrado em seus componentes (WAGNER, 1999). O Programa Saúde da Família (PSF), enquanto modelo primário de atenção em saúde, deve evidenciar a família como núcleo básico de atuação, considerando a sua realidade socioeconômica e cultural, em todos os momentos do planejamento (FADEL, 2005).

Para a Odontologia, a incorporação dos profissionais de saúde bucal (ESB) no PSF, vem se consolidando como projeto instituinte de mudanças nas práticas de saúde, possibilitando uma maior integralidade das ações e facilitando o acesso da demanda odontológica reprimida. Nesse sentido, buscou-se introduzir ferramentas técnico-operacionais para viabilizar a prática com famílias, tentando romper o isolamento que existe entre a esfera teórica e a prática na saúde pública (FADEL, 2005).

Com a inclusão da ESB há muito que se pensar e redefinir quanto a área coberta por cada ESF. A odontologia não consegue trabalhar de forma efetiva em uma base populacional muito grande ou com uma população que demande atendimento clínico exacerbado, é necessária esta mudança no caso de Maringá. Como atender famílias prioritárias, fazer busca ativa se não se consegue atender quem procura a UBS? Não se pode trabalhar com uma ESB que não tenha visão do futuro, ou melhor que não consiga vislumbrar a atuação frente à população adscrita, devido às demandas crescente e sem um indicativo de solução, mas é o que tem ocorrido e tem preocupado as ESB do município de Maringá.

O trabalho na rede básica não é complexo por não envolver equipamentos sofisticados ou a resolução de patologias raras ou de alta complexidade biológica, porém é dos mais complexos na medida em que para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos. A rigor, essa exigência de domínio de todos os conhecimentos envolvidos no processo saúde/doença, e não apenas dos aspectos biológicos, é feita ao conjunto dos profissionais de saúde que dão vida ao SUS (NARVAI, 1992). A ESB tem se preparado para lidar com as diversidades dos indivíduos, de seus modos de vida, da dinâmica familiar. Porém torna-se necessário investir-se na qualificação dos profissionais que compõem a ESB através de cursos, capacitação e troca de experiências. Estes fatores contribuem para melhorar o relacionamento interpessoal, o conhecimento das ferramentas epidemiológicas, o planejamento e a organização dos serviços.

Não se pode apenas ficar na execução de atendimentos clínicos, atendimentos da demanda espontânea e de encaixes na agenda de pacientes de grupos prioritários. É preciso entender essa lógica diferenciada que vem a ser o PSF e trabalhar com uma ESB que tenha as mesmas finalidades e objetivos, uma equipe em sintonia com a ESF.

O processo de organização do atendimento centrado na demanda espontânea tem sido a tônica dos serviços públicos odontológicos. O princípio de equidade e o aporte do planejamento local, centrado no perfil epidemiológico não têm sido adotados pelo setor na maioria dos municípios brasileiros, apesar de recomendação expressa no texto constitucional deste princípio (equidade) contudo, na legislação e normas do Sistema Único de Saúde. A precariedade ou mesmo inexistência de informações epidemiológicas, o desconhecimento ou insegurança dos técnicos e gestores acerca do método e dos indicadores epidemiológicos, bem como dificuldades operacionais na coleta de dados domiciliares e institucionais têm justificado a organização dos serviços da forma acima referida. Com a inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família, tornou-se premente a mudança da lógica organizacional (LACERDA, 2005).

Assim, é papel das ESF desenvolver e coordenar a assistência individual, as atividades de atuação sobre todos os determinantes e condicionantes dos níveis de saúde das comunidades, para que possa ser eficaz no enfrentamento dos problemas de saúde/doença na sua área de abrangência. É também, uma nova concepção de trabalho, com a capacidade de formar vínculos e propor alianças, permitindo maior diversidade de ações, de atuações e de uma busca permanente do fortalecimento do sistema através da relação profissional de saúde/ usuário.

Uma das questões fundamentais para o entendimento do processo saúde-doença é o conhecimento do território em suas singularidades. A Territorialização é um dos princípios estruturantes de atendimento e da organização do processo de trabalho em Saúde da Família, pois diz respeito a apreensão do espaço de atuação dos profissionais de saúde da família, bem como da dinâmica social e sanitária. A partir de delimitação do Território da área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde da Família será possível identificar os principais problemas de saúde que afetam a comunidade, analisar e compreender os principais agravos da população, permitindo elaborar diagnóstico e avaliação permanentes, bem como planejar e desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida por essa população.

Quando se pensa em PSF acredito que os profissionais têm que possuir um perfil diferenciado dos demais trabalhadores em saúde, serem profissionais que estimulem o aprendizado da população, que gostem de lidar com público, que tenham uma formação humanística acentuada, que tenham como prioridade o auxílio as populações, que tenham a capacidade de ser prestativos e que possam ser solidários, indignados (com as condições de vida da comunidade, com a falta de conhecimento das pessoas, com a falta de vontade de mudanças) e acima de tudo ser um idealista (sonhador, fazedor, e sempre, sempre otimista!).

6.1 Planejamento

As dificuldades foram encontradas e sentidas: apesar da Cirurgiã-Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário terem vindo do próprio serviço elas não

possuíam muita experiência em trabalhos comunitários, além disso, um ponto é aceitar a proposta do PSF a partir de um entendimento teórico e até mesmo de um alinhamento ideológico, outro bem diferente é ter competência para executá-la. A técnica em higiene dentária foi aprovada no concurso externo, sendo seu primeiro trabalho após sua formação profissional, o que se tornou uma dificuldade. Esta se apresentava ainda com a formação de academia e de questionamento próprio dos universitários, sua disponibilidade e desprendimento para os trabalhos preventivos de educação em saúde foram questionados devido a sua formação como cirurgiã-dentista, que caracteristicamente não possui uma grande ênfase em planejamentos e execução de trabalhos educativos. A preparação dos profissionais da equipe ocorreram através de reuniões em que se pudessem vislumbrar os rumos e planos para serem desenvolvidos e organizados. Num primeiro momento tentou-se equacionar os problemas: fluxo da população, lista de espera para atendimento clínico, atuação da ESB nas VD, preparação de material para palestras, capacitação da ESF em relação à saúde bucal.

O desafio enfrentado foi implementar ações de saúde bucal em uma equipe já estabelecida a mais de 4 anos, foi o desafio enfrentado. Através das reuniões de equipe Observou-se o desconhecimento quanto ao atendimento e procedimentos realizados pela odontologia, o fluxo dos pacientes, o que e como orientar à comunidade sobre a saúde bucal. Portanto, surgiu a necessidade de se elaborar um material didático pedagógico e de discussões que pudessem ser realizadas com toda a equipe para que as dúvidas fossem sanadas.

O trabalho em equipe possibilita que se organizem novas práticas sanitárias, indica também que é através das reuniões de trabalhadores, da democratização da informação, do conhecimento das atribuições e da valorização de cada trabalhador, da busca de solução dos problemas do cotidiano em conjunto e da cumplicidade dos trabalhadores nos propósitos de cada ação, que se dá a sustentação e a garantia de qualidade, da equidade e da resolutividade da assistência (BADUY; CORDINI JUNIOR, 2007).

O trabalho em equipe foi uma construção de todos, através das reuniões semanais, que era o espaço onde todos participavam e expunham seus planos e dificuldades.

O planejamento e a programação, respeitadas as questões de hierarquia e abrangência, são processos pertinentes a todos os participantes do ESF. É desejável que um profissional de saúde atuando em equipes de PSF, desenvolva em sentido micro, quando comparada sua área de abrangência às dimensões totais do município, uma percepção que diferirá na magnitude daquela do gestor municipal, entretanto possuirá às mesmas características e objetivos finais (PADILHA, 2005).

Em Maringá as ESB implantadas não possuem objetivos e metas definidas pelo planejamento ou coordenação de saúde bucal em nível central. Fato este que causa transtornos e ocasiona o planejamento a nível local, que é diferente em cada ESF e depende muito dos conceitos e conhecimentos prévios de cada cirurgião-dentista, tanto em nível teórico quanto de vivência. As diretrizes e pactuações deveriam ser bem definidas para todos os membros da ESF.

Como trabalhar frente aos problemas e desenvolver estratégias e objetivos quando não se tem claro as metas municipais a serem alcançadas?!

Para definir estratégias de otimização do atendimento da população no setor odontológico, vários passos foram necessários, como por exemplo o conhecimento detalhado do desempenho atual da ESF. Algumas questões importantes foram colocadas em pauta tais como:

➤ qual é a população realmente atendida pela ESF 33? Neste sentido foi-se constatado que a população é bem superior à capacidade de atendimento da ESB na UBS Iguaçu. Será possível, por exemplo, efetuar comparações entre equipes, remanejamento de pacientes, mudanças das áreas de abrangência, etc. A população é um indicador que demonstrará a capacidade real de cada ESB, independente do tamanho da população a ele vinculada? São perguntas que necessitam de respostas.

➤ qual é a real dimensão de atendimento necessário para atender a população vinculada a cada ESB? Utilizando-se dados de desempenhos históricos de ESB, por exemplo, fatos ocorridos no último ano e o tamanho da população vinculada, torna-se possível dimensionar o tamanho da ESF “ideal”, considerando-se o padrão de atendimento atual.

Suzana Goya

➤ qual a uniformidade de atendimento entre profissionais de um mesmo UBS? Que indicadores (quais informações devem ser vistas as individuais por CD ou por equipe, produtividade, percentual da população que faz adesão aos programas da USF) deve ser utilizados para que se possa re-planejar as ações e a população a ser atendida pela ESB e estratégias que poderão ser muito úteis na melhoria da qualidade de atendimento e melhora no acesso.

➤ será possível estabelecer estratégias de curto, médio e longo prazos, que possam contar com a participação das outras ESF, de secretarias municipais e outros órgãos? A intersetorialidade deve ser construída, estabelecer parcerias por longo tempo, mas quais os caminhos a serem traçados é o que deve-se planejar. O trabalho com adolescentes pode ter a parceria da Secretaria de Educação (desenhos sobre o tema AIDS, sobre o beijo), Secretaria de Esportes (esportes coletivos organizados com fins de integração social), Polícia Militar (Projeto Cidadão, policiamento mais intensivo nos locais de venda de drogas), Universidades (oficinas de moda, dia da profissão), dos cursos técnicos e Secretaria da Assistência Social (computação, cozinha, costura, bordado).

➤ com base nos padrões atuais de atendimento, quais os impactos de estratégias de otimização de atendimento? É importante destacar que, a partir da criação de um banco de informações, é possível se efetuar simulações para se conhecer com antecedência os impactos no atendimento frente a adoção de diferentes estratégias. Por exemplo, considerando-se o número de horas atuais de atendimento, taxa de atendimento horário e outros indicadores de interesse. Como seria o benefício no acesso se fosse mudados os horários de atendimento nas equipes para poder atender as demandas dos trabalhadores? Esta estratégia teria como ponto positivo a otimização da capacidade instalada da unidade, sem necessidade de novas cadeiras odontológicas, no curto prazo, e com resposta imediata no atendimento.

Para justificar as questões anteriores pode-se relacionar:

- conferência das informações disponíveis da equipe;
- digitalização das informações em planilha eletrônica Microsoft Excel, dentro de um formato pré-definido para análise dos dados;

- análise das informações – geração dos índices. Apresentação dos resultados através de gráficos e tabelas;
- dimensionamento das populações (dados disponíveis e levantamentos estatísticos);
- definir um padrão de atendimento.

PADILHA (2005), em sua pesquisa verificou a demarcação dos conceitos de territorialidade e população adscrita como base na atuação da equipe de saúde bucal. Este é um dos objetivos centrais da estratégia de Saúde da Família, compreendido em termos mais específicos como as atividades de registrar famílias, a partir de uma base populacional e territorial bem definida, a Unidade de Saúde e a equipe de profissionais de saúde. Esta perspectiva é reforçada por SILVEIRA FILHO (2006), para quem a “apropriação do território” é o primeiro momento dentro das atividades de planejamento e permite o vínculo entre a ESB e a população. Este vínculo pode ser compreendido não somente como os moradores da área, mas deve identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho e da comunidade.

A territorialização e a adscrição da clientela, a definição das áreas de trabalho e o cadastramento das famílias ocorreu com base no risco social evidente e na sugestão da própria comunidade. Delimitou-se a população através do mapeamento da comunidade e através da construção de mapa inteligente, contendo ruas e domicílios-alvo.

O conhecimento da realidade dos núcleos familiares – O diagnóstico da realidade realizou-se, em domicílio, através da coleta de informações qualitativas – socioeconômicas e de condições ou doenças bucais prevalentes (cárie dental, doença periodontal, lesões de mucosa e sensações dolorosas). Nesta fase, utilizou-se a ficha de Cadastro da Família, sugerida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (BRASIL, 1997a), para a coleta das informações sociais e uma ficha, especialmente desenvolvida para os dados referentes ao perfil de saúde bucal, obtido através de exame clínico

PADILHA (2005), em sua pesquisa verificou a demarcação dos conceitos de territorialidade e população adscrita como base da atuação da equipe de saúde bucal. Este é um dos objetivos centrais da estratégia de Saúde da Família, compreendida em termos mais específicos como as atividades de registrar famílias,

Suzana Goya

a partir de uma base populacional e territorial bem definida, à Unidade de Saúde e à equipe de profissionais de saúde. Esta perspectiva é reforçada por SILVEIRA FILHO (2006), para quem a “apropriação do território” é o primeiro momento dentro das atividades de planejamento e permitiria o vínculo entre a ESB e a população, compreendendo-se este vínculo para além de simplesmente conhecer os moradores da área, mas de identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, da comunidade.

Esta organização, ao limitar, ou melhor, definir e direcionar as portas de entrada no sistema de saúde interage com a demanda por atenção, não apenas por substituir uma magnitude abstrata apoiada numa lógica onde “todos têm acesso” por uma magnitude concretamente quantificável, e deste modo torna possível conhecê-la em suas especificidades, contribuindo para a objetividade dos processos de planejamento (PADILHA, 2005).

Este fator aparece como um dos conceitos consolidados entre os atores envolvidos nesta pesquisa, a ESF e a ESB têm a territorialização como obstáculo já superado, sendo a área de abrangência muito bem delimitada, embora os problemas sejam freqüentes, como o atendimento de parentes de moradores da área de abrangência da ESF 33 que são oriundas de municípios vizinhos (menores e que oferecem uma infra-estrutura menor, ou menor acesso) e pessoas que mudaram de residência mas querem continuar a e serem atendidos para atividades programadas. No geral têm-se essas situações bem controladas sendo que os meses mais conflitantes em relação a esse problema são os meses de férias em dezembro, janeiro e fevereiro.

Os conhecimentos distintos integrados colocam de forma imediata o problema da intervenção. Estes incluem os dados coletados, os conhecimentos técnicos e especializados de prevenção e de planejamento, atentos aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. As condições de vida e de trabalho influenciam na maneira de pensar, sentir e agir, portanto, cada grupo populacional tem suas peculiaridades em função da interação entre os diversos aspectos já abordados (KRAEMER, 2004).

6.2 Reorganização da demanda

Para a abordagem do contexto familiar, dentro das ações previstas para as equipes de PSF, torna-se necessário o entendimento da situação trazida como demanda de atendimento. A demanda trazida pelos indivíduos para atenção à saúde pode ser compreendida como uma linguagem que expressa conflitos em seu ambiente familiar. A problemática familiar é complexa e necessita de uma compreensão que leve em conta sua inserção no contexto sócio-econômico e o momento do ciclo de vida vivido, ao investigar a situação evolutiva de uma família podem ser esclarecidas situações de conflito que possam estar afetando as condições de saúde (KRAEMER, 2004).

A idéia de enfoque integral deve ser observada ao assistir e cuidar de famílias. Existem fatores que compõem as diversidades e especificidades populacionais e que dependendo de sua interação, os profissionais devem direcionar suas ações que devem estar de acordo com o diagnóstico e necessidade de cada grupo populacional (KRAEMER, 2004). Nesse primeiro momento de organização de demanda não foi possível planejar-se dentro da lógica do PSF.

Ainda que se reconheçam os limites da assistência odontológica para produzir melhores níveis de saúde bucal no conjunto da população, por isso, considerá-la desimportante e portanto não requerendo esforços para o seu desenvolvimento científico-tecnológico. A assistência é imprescindível, pelo menos para alívio imediato do sofrimento e para obtenção de algum conforto (NARVAI, 2000).

NARVAI, em 2000, conjectura que não obstante parte significativa da assistência odontológica deva estar restrita à produção de restaurações dentárias, e ainda que se lhe possa questionar a capacidade de, com restaurações, curar a cárie - como vem ocorrendo recentemente a partir das críticas ao assim denominado "paradigma cirúrgico/restaurador", julga-se necessário um permanente investimento nos aspectos relacionados à tecnologia da assistência, uma vez que simplesmente não se pode falar em integralidade da prática odontológica, se tal prática situar-se, equivocadamente, em apenas um dos pólos da dicotomia preventivo-curativo.

A assistência também é importante dentro da ESB e deve ser contemplada em pelo menos 80% de suas atividades. Porém sabe-se que somente

com ações curativas seria impossível alcançar toda a população adscrita o que torna necessário a priorização de grupos para atendimento clínico e que a educação em saúde seja para todos.

Segundo ZANETTI (2000), entretanto, há que se considerar algumas limitações práticas do trabalho clínico odontológico. Os profissionais da ESB são capazes de oferecer, em consultórios com condições satisfatórias de funcionamento, 1.308 horas clínicas ao longo de um ano (11 meses) e 3.924 horas clínicas ao longo de um triênio, se despenderem 32 horas semanais (das 40 horas contratuais) em tais atividades.

Considerando que exista uma equipe de saúde bucal atuando junto a duas equipes do PSF, existirão em torno de 2.000 famílias e 8.000 pessoas demandando atenção curativa. Utilizando valores médios, pode-se inferir que 5% dessa população são crianças de 2 a 5 anos demandantes de atenção curativa (o que corresponde a 400 pessoas e aproximadamente 800 horas de atenção clínica do CD); e ainda que 15% dessa população são crianças de 6 a 14 anos (o que corresponde a 1.200 pessoas e aproximadamente 1.200 horas de atenção clínica do CD, somadas a outras 1.200 horas do THD - ou auxiliar em função de THD -, em trabalhos a 6 mãos). Assim, numa população de 8.000 pessoas, há aproximadamente 1.600 crianças de 2 a 14 anos demandando 2.000 horas atenção curativa do CD e 1.600 horas do THD - ou auxiliar em função de THD -, em trabalho a 6 mãos. Em resumo, saldar a "dívida assistencial" curativa acumulada entre as crianças de 2 a 14 anos demanda em torno de 50% da oferta assistencial de um triênio (ZANETTI,2000).

Este autor finaliza portanto, que para a universalização da cobertura junto à população adulta, há um excedente de 1.924 horas por triênio. Mas, a maior parte ou o todo desse excedente, em torno de 1.320 horas a 1.980 horas será arrebataada pela atenção de urgência e emergência se a mesma for ofertada pela equipe de saúde bucal da unidade de saúde da família (caso seja despndido 2 ou 3 horas por dia, respectivamente).

PADILHA, em 2005 encontrou alguns municípios com a ausência de parâmetros, onde a Equipe de Saúde Bucal prestava atendimento eminentemente curativo e em regime de demanda espontânea. Observou, também, uma certa

“compreensão” por parte de supervisores e gestores quanto a esta situação, justificada por dificuldades internas e pela autonomia dos municípios. Já os profissionais cirurgiões-dentistas apresentaram, com frequência, a magnitude da demanda como o fator determinante.

O município tem como de avaliar o trabalho do PSF e ter melhores condições de gerir e até mesmo modificar as propostas: os parâmetros de números de famílias e a área de abrangência precisam ser reavaliados na realidade das diferentes comunidades. A porcentagem da população que depende das ações do SUS da equipe 33 é de 90%, ou seja, de sua população de 4428, em torno de 3985 pessoas utilizam-se da UBS como única forma de atendimento de saúde; enquanto a equipe 51 atende 50% de sua população adscrita e a equipe 58 atende efetivamente 30%. Isso denota a necessidade urgente de adequação à realidade local de demanda e não apenas de número populacional ou de número de famílias cadastradas.

Uma das dificuldades encontradas não é o instrumental, a capacitação, a falta de insumos para atender, a falta de objetivos claros da coordenação de saúde bucal do município, mas sim a quantidade de pessoas que procuram por atendimento clínico, pois ela é imensa e a ESB tem que limitar o acesso da população pois não consegue dar assistência a uma comunidade que sente a gritante necessidade de tratamento odontológico e que por décadas não recebeu atendimento ou assistência odontológica de forma integral e universal. O acúmulo de necessidades é grande, portanto a demanda espontânea é muito alta e os usuários necessitam de uma grande quantidade de consultas clínicas.

Na maioria dos estudos realizados o que se ressalta é que a demanda espontânea elevada é a grande dificuldade das ESF e também a composição incompleta da equipe (grande rotatividade de profissionais) (BADUY; CORDONI JUNIOR,)

Porém segundo RODRIGUES (2004), o envolvimento do cirurgião-dentista de forma regular e precoce, exercendo seu papel de informador e educador em saúde bucal, são fundamentais para estimular o auto-cuidado nas famílias, independente de seu nível econômico.

6.3 Plano de ações

O Programa Saúde da Família no município de Maringá enfrenta muitos desafios, como a dificuldade de estruturação de atividades essenciais ao PSF, tais como: reuniões da equipe, discussões dos casos levantados pela equipe, Educação Permanente em Saúde voltada aos profissionais e à comunidade. A alta rotatividade de Profissionais, o acúmulo de funções por alguns profissionais e recursos materiais insuficientes são fatores que contribuem para a não-efetivação do Programa.

É imperativo buscar novas formas de relações de trabalho e de remuneração que contribuam para a reforma do Estado e para a consolidação do SUS na perspectiva da mudança do modelo assistencial. As novas formas de remuneração devem ser coerentes com os conteúdos e com objetivos do modelo assistencial baseado nos princípios do PSF. A integralidade das ações, as articulações intersetoriais que têm como objeto ações sobre o meio ambiente, os processos de trabalho, as condições gerais de vida são práticas de promoção de saúde que têm uma lógica distinta dos procedimentos dirigidos a tratar doenças. Subordinar diagnóstico e o tratamento à promoção de saúde significa criar mecanismos de remuneração pela produção da saúde e não por consultas, visitas ou reuniões realizadas que preservam a lógica dos critérios produtivistas (CORDEIRO, 1996).

Entende-se que a criação de novos postos de trabalho para os cuidados básicos centrados na saúde da família deve ser acompanhada de medidas relacionadas à formação, capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde e que os estímulos profissionais deva ser decorrentes da valorização pela atualização profissional e pelo prestígio do manejo racional dos recursos mais modernos (CORDEIRO, 1996).

As formas e os valores da remuneração do trabalho em saúde estão a exigir que, nesse novo modelo, a remuneração digna se realize pela produção da saúde mais do que pela produtividade de procedimentos destinados à doença (CORDEIRO, 1996).

6.4 Fluxograma

A existência de mecanismos eficazes de referência e contra-referência, com a participação ativa de especialistas na orientação diagnóstica e terapêutica que dêem suporte ao médico de família e contribuam para mantê-lo atualizado, são condições complementares indispensáveis para o êxito da difusão e implantação do novo modelo assistencial que poderá ser hegemônico na organização e na prática dos distritos de saúde (CORDEIRO, 1996).

6.5 Priorização dos grupos de atendimento clínico

Para NARVAI, em 1992, as ações odontológicas em saúde pública são desenvolvidas integrando programas de saúde que são compostos por diversas outras modalidades assistenciais além da odontologia, são dirigidos a grupos populacionais específicos (criança, mulher etc.) ou, em situações especiais, a determinados grupos de pessoas com os mesmos agravos à saúde (Hipertensão arterial, diabetes) ou em situações especiais, a determinados grupos de doentes (AIDS, hanseníase, tuberculose etc.).

A programação atual em odontologia concentra-se em torno de grupos especiais (vulneráveis), com atenção em livre demanda predominantemente curativa, e busca a otimização da produção de serviços e minimização dos custos (PADILHA, 2005).

Estudos recentes, realizados pelo Grupo de Pesquisas em Odontopediatria e Clínica Integrada da Universidade Federal da Paraíba, demonstram que, este padrão de planejamento, é deficiente na promoção de impacto sobre a saúde bucal do usuário, necessitando do desenvolvimento de rotinas de avaliação específicas para conferir a eficácia desejada (PADILHA, 2005).

Aquilo que normalmente se denomina "programas de saúde bucal" são, a rigor, conjuntos de ações odontológicas que devem estar integradas a outros conjuntos de ações compondo o elenco de atividades de determinados programas (NARVAI, 1992).

Neste sentido, conforme relatado por SILVEIRA FILHO (2003), na medida em que a ESF garante o agendamento para a atenção prioritária às famílias quer pela identificação das microáreas hierarquicamente priorizadas ou mediante os

grupos prioritários para atenção, e concomitantemente possibilita o acesso da população adstrita às práticas de prevenção e de promoção de saúde. A Equipe de Saúde Bucal poderá avançar de forma planejada na cobertura desta população, “buscando paulatinamente a constituição de novos padrões de saúde bucal na comunidade”. Esta demanda, acumulada ou não, é também um fator presente entre os parâmetros empregado pela ESB para seu planejamento (PADILHA, 2005).

6.6 Agenda odontológica

A livre demanda é um sistema de atendimento que pressupõe livre acesso ao serviço para atendimentos clínicos, independe da faixa ou grupo etário ou pertencer a um programa específico. O objetivo do sistema de entrada livre é ofertar TC-M (tratamento completo e manutenção) periodicamente. Tais serviços têm necessariamente demanda aberta e sua população-alvo confunde-se, portanto, com o conjunto da população exposta ao risco de adoecer. Os limites desse tipo de atendimento são evidentes, o que lhe dá razão de ser é a perspectiva programática e a necessidade de atendimento da população não atingida pela ESF (que não possui cobertura do PSF, cerca de 20% da população maringense) ou não pertencente a nenhum grupo programático.

Segundo NARVAI (1992) o sistema universal pode ser conceituado como um processo através do qual um conjunto variável de procedimentos, definidos com base no sistema de prevenção, é desenvolvido seqüencialmente de modo a atingir toda população-alvo. Os procedimentos ou atividades são realizados, uns após os outros, em todos os participantes do programa. Os procedimentos não são realizados com o objetivo de produzir TC individuais, em seqüência mas são definidos e hierarquizados (priorizados) segundo os procedimentos necessários ao controle da doença em toda a população-alvo. Após toda população-alvo ter sido coberta com o procedimento prioridade-1, passa-se ao procedimento prioridade-2, depois ao procedimento prioridade-3 e assim sucessivamente, até que todos tenham sido cobertos por todos os procedimentos previstos. Tais procedimentos podem ser tanto de assistência individual quanto de ações coletivas em saúde bucal, podendo

ainda serem realizados durante alguns dias (exames clínicos, p.ex.) ou durante todo o ano (bochechos fluorados, p.ex.).

O sistema universal preconiza a abordagem do processo saúde-doença no grupo populacional como um todo, objetivando o seu controle epidemiológico, pressupondo a possibilidade de controlar a incidência e progressão da doença em toda população-alvo. A consequência fundamental dessa forma de atuar é a inexistência de um período de "acúmulo de necessidades", no qual o processo saúde-doença bucal se desenvolve em cada um dos indivíduos da população-alvo e, portanto, em todo o grupo populacional. Esse sistema é conhecido também como sistema de ações de natureza coletiva, sistema de controle epidemiológico da cárie e sistema de inversão da atenção (NARVAI, 1992).

A localização no tempo das ações da ESB configurou uma iniciativa de organização e de distribuição da dualidade educativo/preventivo, bem como da individual/coletivo, e se configurou como uma alternativa de integração com as atividades dos grupos de trabalho organizados na Equipes de Saúde da Família. A ESB reorganizou-se de forma a adequar-se a realidade da ESF de maneira a coincidir o planejamento da equipe com as atividades da ESB.

Uma das dificuldades encontradas foi o horário de trabalho diferenciado do atendimento médico dos demais integrantes da ESF. Não se consegue fazer ações conjuntas e integradas entre a odontologia, medicina e enfermagem diariamente.

O atendimento agendado, em oposição ao atendimento por livre demanda, sem dúvida, configura uma evolução, mas na medida em que é apresentado em conjunto com outros critérios subjetivos, e não relacionados diretamente com o objetivo final da ESB ou do PSF, revelam a precariedade do processo de planejamento e programação (PADILHA, 2005).

A confecção da agenda teve prioridades para o atendimento odontológico: as prioridades foram estabelecidas com base no exame clínico bucal, domiciliar, e na necessidade percebida pelos próprios componentes da família. Como foram colhidos dados clínicos, normatizados, e também informações subjetivas (relacionados às sensações dolorosas e aos desconfortos bucais), a

ênfase foi direcionada à dor e/ou ao desconforto ligados à boca, aos dentes ou as próteses e, posteriormente aos agravos bucais identificados.

Na Atenção básica, cada componente da família (anteriormente cadastrada) é previamente agendado para o tratamento no consultório odontológico local, onde foram desenvolvidas ações menos complexas (restaurações, exodontias simples e profilaxias), de acordo com a necessidade e referenciado a especialidade quando necessário.

6.7 Visitas domiciliares (VD)

MAUAD e cols., em sua pesquisa demonstraram a importância da VD no conhecimento das causas e dos pontos críticos do sistema de saúde. Destaca que a VD se mostrou bastante eficiente para o esclarecimento de casos de óbito materno, pois apontava para a inexistência de um outro olhar, uma outra versão “não oficial”, mas de grande importância para a detecção das circunstâncias que ocorreram essas mortes maternas.

Durante a VD a comunicação é um instrumento essencial, ouvir, informar e aconselhar são instrumentos potenciais de trabalho da ESF: um exemplo que se utilize, um depoimento, a confrontação de valores e até a negociação de alternativas na intenção de sensibilizar para a orientação e a educação da família transformando a realidade encontrada. Relata-se que várias famílias já foram transformadas pelas visitas, apoio e estímulo da ESF 33.

A VD é considerada atividade primordial do ACS que nela tenta colher informações como: as condições de saúde e moradia da família; atualização de vacinas; o uso continuado de medicação por hipertensos e diabéticos; o controle da dieta adequada acompanhamento de gestantes; busca de alternativas para aquisição de medicamentos para os que não podem comprá-la; informar aos usuários sobre as atividades desenvolvidas na UBS e a forma de acesso, além de buscar soluções (GONÇALVES, 2007).

O trabalho no domicílio permite o desenvolvimento do vínculo com os usuários e, conseqüentemente, uma aproximação a modos diferentes de viver, fator que estava sempre validando ou não as ações realizadas. Esta forma de conhecer a comunidade representa um desafio, a busca de outras formas de apreensão, outros

meios de abordagem, buscando captar aspectos novos que ampliem a compreensão a respeito do usuário (BADUY; CORDONI JUNIOR, 2007).

Pôde-se perceber a enorme vantagem dos programas da família em se tratando da atenção promocional e preventiva em saúde. Afinal, promoção e prevenção dependem fundamentalmente do aumento da qualidade e da regularidade da ação; e, nada melhor que a relação estabelecida na concretude do espaço do domicílio e das relações na família, para proporcionar tais aumentos.

Nesta concepção de trabalho odontológico que não se reduz às atividades clínico-cirúrgicas, está implícita uma relação onde sujeito e objeto do trabalho determinam-se mutuamente. As necessidades do "objeto" (grupos populacionais e não indivíduos considerados isoladamente) requerem um certo "sujeito" (a equipe de saúde bucal e não apenas o cirurgião-dentista); e este "sujeito" só se concretiza socialmente enquanto tal, em função de o "objeto" ser o que é (NARVAI, 1992).

A universalidade é prontamente alcançada com a atenção preventivo-promocional, realizada com ações capazes de manter e, principalmente, elevar os padrões de saúde bucal, mediante a realização de tarefas com reconhecida excelência em promoção, prevenção e vigilância. Excelência obtida na simplicidade, no baixo custo e na grande efetividade da prática desenvolvida no interior dos domicílios. Alcança-se assim um incomparável nível de impacto epidemiológico e social porque as tarefas são realizadas de forma a rotinizar ações que buscam instituir e enraizar noções de auto-cuidado e, conseqüentemente, modificar hábitos e realidades pouco saudáveis (ZANETTI, 2000).

Assim, o surgimento da Saúde Bucal da Família completou a "carteira de soluções gerenciais" para a universalização da atenção preventiva e promocional. Adicionalmente, ela também consolidou o conceito de vigilância à saúde bucal no SUS e se identificou com os paradigmas da promoção da saúde e das políticas saudáveis. No primeiro e no segundo casos, por cobrir e a expor regularmente toda a população (inclusive a saudável, para além da população doente); e no último, ao realizar ações capazes de transcendência social e setorial, potencializadas por parcerias (ZANETTI, 2000).

Considerando as vivências que as populações têm em suas famílias, e considerando que tais vivências são modos diferentes de relacionamento quando comparadas com as vivências em outros espaços sociais; as estratégias de promoção e prevenção da Saúde Bucal da Família não geram redundância, não geram sobreposições, não geram desperdícios; ainda que promovendo os Procedimentos Coletivos, com todas as pessoas de todas as famílias; ainda que distribuindo escovas de dente e cremes dentais nos domicílios (ZANETTI, 2000).

A VD oportuniza a análise dos determinantes sociais (questões relativas à educação, à moradia, ao saneamento, à renda, ao transporte e à participação em grupos comunitários) junto ao processo saúde/doença bucal da família e sua inserção na comunidade. É uma forma de aprender aspectos dos usuários e suas famílias antes desconhecidas pelos profissionais de saúde.

Atenção individualizada em domicílio – A realização de procedimentos educativos, individuais, incluíram orientação de higiene bucal e hábitos de dieta para todas as faixas etárias, com distribuição de escovas dentais e de cartilha educativa; além da realização de procedimentos preventivos e curativos, individualizados, como a revelação de placa bacteriana, o tratamento restaurador atraumático (ART), a aplicação tópica de flúor, a raspagem periodontal (RAP), etc... A realização destes procedimentos preventivos e curativos, de baixa complexidade, em domicílio, visa oferecer ao aluno a possibilidade de utilização de novos locais de suporte para o atendimento clínico, promovendo, assim, o uso mais racional do consultório odontológico, restrito às ações mais complexas.

6.8 Material didático pedagógico

Atualmente é consenso que qualquer mudança profunda que se deseja realizar na sociedade, a Educação ganha um papel relevante no alcance desse objetivo. A importância da Educação no processo de transformação social e sua relação com a área de saúde, onde o conhecimento de ambas as áreas se integram, podem promover mudanças na vida dos indivíduos e na realidade de uma sociedade (COSTA; FUSCELLA, 1999).

Apesar disso, poucos programas têm trabalhado de forma multidisciplinar, envolvendo a participação dos ACS e ESF como agentes

multiplicadores de conhecimentos em saúde bucal. Um programa de saúde bucal deve apresentar abordagem informal de instrução sobre saúde bucal, sendo o dentista responsável por essas orientações, e, entretanto, o ACS, o elo importante entre dentista e comunidade.

6.9 Levantamento epidemiológico

O Programa de Saúde da Família vem inserindo uma nova perspectiva para a estruturação dos sistemas municipais de saúde. Na lógica do PSF o diagnóstico da situação de saúde, cujo eixo fundamental baseia-se na epidemiologia, é considerado como pressuposto para o estabelecimento de prioridades e orientação programática nos serviços prestados pelo SUS (PADILHA, 2005).

Há quase meio século tem-se apontado para os usos da epidemiologia na descrição da doença na comunidade, na identificação de grupos vulneráveis e na avaliação de serviços e programas de saúde (MORRIS, 1975). Os serviços de saúde, por sua vez, muito mais orientados sob a lógica do mercado do que a das necessidades de saúde pareciam não ver a epidemiologia como uma ferramenta necessária para o seu desenvolvimento (PAIM, 2001).

Ao se discutir o uso da epidemiologia nos sistemas e serviços de saúde, é comum ressaltar o papel da disciplina na produção de conhecimentos para a tomada de decisões no que se refere à formulação de políticas de saúde, à organização do sistema e às intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos (TIGRE, 1990).

Ao se examinarem os sujeitos em ação e em comunicação nas organizações, é possível analisar a interação social, identificar as racionalidades presentes na gestão e valorizar a intersubjetividade na explicitação de conflitos e na busca de entendimento. O saber epidemiológico, nessa perspectiva, comporia parte da racionalidade técnico sanitária presente na explicação da situação de saúde (TEIXEIRA, 1999) e compete, no processo decisório das instituições de saúde, com outras racionalidades igualmente importantes: política, médico-assistencial, econômica e burocrática (PAIM, 2002).

Suzana Goya

Na perspectiva da saúde coletiva, entre os desafios da epidemiologia estão o estudo das desigualdades em saúde; o desenvolvimento de um pensamento sobre ambiente, qualidade de vida, conceito e medidas de saúde; a pesquisa sobre avaliação, seleção de tecnologias e intervenções em saúde (BARRETO, 1998).

O saber epidemiológico, como tecnologia não material, poderia ser utilizado na organização de processos de trabalho, de serviços e de sistemas de saúde, bem como na planificação, gestão, vigilância e avaliação em saúde (PAIM, 1999).

A preocupação com a melhoria dos serviços do SUS e com a efetividade das intervenções sobre a situação de saúde tem motivado alguns autores a indagar sobre a incorporação da epidemiologia nas organizações de saúde em diferentes níveis do sistema de serviços de saúde e, especialmente, a sua utilização nas práticas de saúde (SCHRAIBER, 1990; PAIM, 1993; TEIXEIRA, 1999; DRUMOND, 2001).

O levantamento epidemiológico teve como objetivo dar subsídios para elaborar uma estratégia de organização do atendimento centrado no perfil epidemiológico da população adscrita. Foram definidos critérios de prioridade e selecionadas as famílias para o atendimento clínico, bem como elaboradas estratégias de ações coletivas. O processo está sendo implantado e monitorado até o presente momento.

A análise dos dados contribuiu para o Planejamento Estratégico dos Projetos de Intervenção. Tal trabalho foi de reconhecimento da realidade das famílias englobando aspectos sócio-econômicos, culturais e ambientais fornecendo informações essenciais para a prática de Equipes de PSF. O contato com as famílias, por meio das visitas domiciliares permitiu o estabelecimento de vínculo com a comunidade, adesão aos programas da Unidade de Saúde, credibilidade e valorização do Programa Saúde da Família.

Junto à fluoretação das águas, os programas de Saúde de Bucal da Família possibilitaram universalizar a cobertura assistencial, estendendo os procedimentos Coletivos até mesmo às populações desprovidas de acesso aos equipamentos coletivos de abastecimento ou excluída dos coletivos tradicionalmente assistidos (ZANETTI, 2000).

Também a epidemiologia tem contribuído para melhorar a saúde bucal dos brasileiros na medida em que tem possibilitado conhecer melhor os problemas nesse campo, identificando-os, dimensionando-os e buscando estabelecer relações causais que transcendam a dimensão simplesmente biológica do fenômeno saúde-doença bucal (NARVAI, 1992).

Ao se discutir o uso da epidemiologia nos sistemas e serviços de saúde, é comum ressaltar o papel da disciplina na produção de conhecimentos para a tomada de decisões no que se refere à formulação de políticas de saúde, à organização do sistema e às intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos (TIGRE., 1990).

Refletindo sobre os processos de tomada de decisões em saúde e, particularmente, sobre a aproximação entre epidemiologia e gestão, DUSSAULT (1995) enumera as seguintes possibilidades de utilização: a) nas políticas públicas de saúde, apoiando a definição de prioridades, objetivos e estratégias; b) na configuração dos serviços, especialmente na descentralização e integração dos serviços nos programas; c) nas práticas dos profissionais, sobretudo na avaliação da eficiência e eficácia; d) nas práticas de gestão; e) nas prioridades de investigação (TEIXEIRA, 1999).

Nesse particular, enumera os seguintes usos da epidemiologia:

a) no processo de formulação de políticas; b) na definição de critérios para a repartição de recursos; c) na elaboração de diagnósticos e análises de situação de saúde; d) na elaboração de planos e programas; e) na organização de ações e serviços; f) na avaliação de sistemas, políticas, programas e serviços de saúde (PAIM, 2003).

Ao discutir os limites e as possibilidades de desenvolvimento do “enfoque epidemiológico” no processo de reorientação da gestão e da organização social das práticas de saúde, a autora dedica uma reflexão especial para o papel da epidemiologia na própria definição do objeto do planejamento de saúde (PAIM, 2003).

Segundo PAIM (2003), a preocupação com a melhoria dos serviços do SUS e com a efetividade das intervenções sobre a situação de saúde tem motivado alguns autores a indagar sobre a incorporação da epidemiologia nas organizações

de saúde em diferentes níveis do sistema de serviços de saúde e, especialmente, a sua utilização nas práticas de saúde (SCHRAIBER, 1990; PAIM, 1993; TEIXEIRA, 1999; DRUMOND, 2001).

6.10 Educação em Saúde Bucal

A integralidade da atenção à saúde exige então que, além da indispensável assistência aos doentes, sejam desenvolvidas, ao mesmo tempo, ações destinadas a impedir o aparecimento de doenças diminuindo a magnitude da assistência necessária. Nada impede que tais ações sejam dirigidas a indivíduos, isoladamente. Contudo, pela sua natureza, tais ações são normalmente dirigidas a grandes contingentes populacionais, de modo a potencializar os seus efeitos. São as denominadas ações coletivas em saúde. Tais sistemas de prevenção são definidos pela associação racional de ações preventivas de alcance individual e coletivo, assentando-se em bases biológicas (associação de métodos preventivos), econômicas (recursos limitados versus necessidades ilimitadas levando à busca da combinação ótima de diferentes métodos) e sociais (articulação de ações em vários setores e instâncias da sociedade como um todo para viabilizar a promoção da saúde bucal).

6.10.1 Programa de Promoção à Saúde Bucal

Segundo NARVAI, 2000, embora o discurso oficial seja de "atenção integral", diz-se que há no PSF um mal disfarçado "desvio preventivista" decorrente de "excessiva ênfase em ações preventivas e educativas que, objetivamente, tiram os recursos humanos da assistência aos doentes — cujas filas não param de aumentar — para ocupá-los com tarefas muitas vezes inócuas ou de baixa impacto resolutivo". E que tudo isto se choca com o que está na Constituição que diz, no art. 198, que haverá "prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais."

Os recursos humanos adequados, técnicas e teorias de programação são considerados fundamentais para a construção de atividades eficazes na atenção à saúde bucal. No contexto nacional, a programação tradicional em Odontologia passa a dividir importância com as orientações para o PSF. Este re-ordenamento

tem gerado impasses e evidenciado a necessidade de reformulação no treinamento de profissionais e nos princípios de planejamento adotados (PADILHA, 2005)

As atividades coletivas de educação e saúde são dirigidas aos adultos e as crianças da comunidade, reunidos em grupos, participam de palestras e de dramatizações sobre o tema saúde bucal. Nesta etapa, toda as pessoas pertencentes à comunidade são convidadas a participar da ação, e não apenas os membros das famílias cadastradas, numa tentativa de promover a disseminação de informações e divulgar o projeto junto à população.

6.10.2 Metodologia para o trabalho educativo

As adaptações quanto a metodologia do trabalho educativo são evidentes. Vários métodos de dinâmica devem ser incorporados, ao longo dos anos serão trabalhados e revistos. A participação da psicóloga de referência será solicitada bem como dos ACS, para que fique de uma forma simples e de fácil entendimento.

6.10.3. Palestras Educativas

Ao contrário da assistência odontológica as ações coletivas em saúde bucal não requerem espaços, equipamentos, instrumentos e recursos humanos específicos para que sejam desenvolvidas. Exigem cuidadoso planejamento, boa organização, materiais adequados e pessoal preparado para o trabalho em espaços sociais, sejam eles centros comunitários, creches, escolas, fábricas etc.

5.11. Ciclo da vida

Entre tantas outras coisas, pôde-se também perceber o quanto a programação nas famílias possibilitou a reorganização do sistema de referência e contra-referência no SUS. Assim, os programas da família tornaram-se estratégias de reordenamento do sistema.

Mesmo um bom indicador não traduz sempre uma mudança de comportamento. Cultura e hábitos mudam em prazos muito maiores e com a incorporação efetiva de informações pela população. Não se educa por decreto, nem

por assistencialismo. É preciso investir mais profundamente no processo de conscientização da população (CUNHA, 1996).

Pode-se destacar que o trabalho com as famílias faz parte de um processo único e contínuo de aprendizado, pois engloba ações que transcendem as atividades realizadas na boca e coloca a equipe multidisciplinar frente às reais condições de saúde e doença de uma população.

Para que o PSF continue a “dar certo” em qualquer circunstância, não podem faltar (SCHETTINO, 1996):

1. Vontade política e integração entre as diversas áreas de governo (saúde, educação, obras e saneamento, Finanças, etc). Esta vontade precisa ser traduzida em ações com continuidade.

2. Amadurecimento e participação política das comunidades, conselhos de saúde e associações. O Conselho Municipal de Saúde precisa ser bem estruturado, forte, atuando como um verdadeiro co-gestor, sabendo deliberar, fiscalizar e exigir.

3. A educação continuada. A prática da saúde em geral e da medicina em particular exige contínuo aperfeiçoamento. Esta obrigação deve ser dos três níveis de governo e das universidades, todos devem contribuir.

Os programas de Saúde Bucal da Família apontam para a possibilidade de organizar universalmente a atenção. Entretanto, o princípio da universalidade no SUS remete-nos, no mínimo, aos questionamentos: da natureza da atenção a ser disponibilizada para todos; do montante de recursos disponíveis para tanto e das formas de geri-lo (ZANETTI, 2000).

Existe uma grande amplitude em termos de complexidade do planejamento da ESB, pois inicia pela ausência total de planejamento, evolui para definição de periodicidade da organização do tempo, o atendimento de demanda espontânea, a definição de organização por grupos de procedimento, definição de prioridades específicas para a saúde bucal, atuação conjunta com as prioridades da ESF, e chega ao planejamento apoiado em diagnóstico de saúde bucal e gravidade do agravo familiar. Todas essas etapas estão sendo atingidas e o planejamento aponta para que necessariamente termine o levantamento epidemiológico de cada micro-área definido assim a real necessidade de atendimento clínico e educativo.

Fica patente a necessidade do aprimoramento dos instrumentos de acompanhamento das ações dos profissionais. Os sistemas de informações da atenção básica devem incorporar indicadores que permitam uma avaliação qualitativa da evolução da situação de saúde bucal. É necessária a utilização de indicadores de resultado e não apenas de processo, de forma a que se possa realizar de forma sistemática uma análise crítica do desempenho das equipes (PADILHA, 2005).

Embora a avaliação formal e a definição da meta devam ser realizadas apenas uma vez por ano, acredita-se ser importante o acompanhamento sistemático dos resultados a cada mês, de modo a orientar a programação das atividades dos profissionais a fim de que as metas sejam alcançadas. Por outro lado, acredita-se que também no Pacto da Atenção Básica é necessária a existência de indicadores de resultado e que permitam a realização de uma avaliação qualitativa do desempenho das equipes de saúde bucal (PADILHA, 2005).

O Programa Saúde da Família no município de Maringá enfrenta muitos desafios, como a dificuldade de estruturação de atividades essenciais ao PSF, tais como: reuniões da equipe, discussões dos casos levantados pela equipe, Educação Permanente em Saúde voltada aos profissionais e à comunidade. A alta rotatividade de ACS, o acúmulo de funções por alguns profissionais e recursos materiais insuficientes são fatores que contribuem para a não-efetivação do Programa.

Evidenciou-se que a construção dessa nova prática sanitária, PSF, é necessária a mudança de hábitos, valores da comunidade e dos profissionais de saúde e requer disponibilidade para um constante aprendizado.

Pode-se destacar o seguinte relato colhido da ESB:

“As VDs são momentos únicos. Nela vivenciamos um pouco das dificuldades que cada família têm, vemos seus modos de viver, morar e morrer. São momentos de construção conjunta, onde trabalhamos unidos, com a mesma finalidade de orientação, educação, promoção de saúde e proteção específica. A ESF presta assistência (atendimento clínico), conversa, acalma, apóia, orienta e mantém um vínculo com a família atendida. Nos faz refletir e não apenas olhar para as doenças bucais, mas sim assimilar a complexidade da luta das famílias atendidas, sem recursos, sem expectativa de melhora de vida, sem esperança, nos

Suzana Goya

faz ficar mais humildes e humanos. Começamos a entender um pouco das dificuldades quanto ao nosso atendimento, começamos a nos reconhecer como profissionais de saúde diferenciados e com uma visão mais real da comunidade. Porém sem deixarmos de executar as ações para as quais fomos formados. Existem casos que nunca há melhora no quadro da saúde, pois a dinâmica familiar não muda. É preciso então investir, trabalhar e insistir com essa família. Para que o PSF continue a dar certo, são necessários profissionais que acreditem nessa filosofia de atendimento, que estejam dispostos a se adaptar a mudanças, que realmente se responsabilizem pelas famílias, que criem vínculos e estejam dispostos a aprender, reaprender e aprender novamente, diariamente”.



07



Conclusões

7. Conclusões

Após a análise dos resultados encontrados frente a evolução do trabalho da Equipe de Saúde Bucal inserida na ESF 33 do PSF, foi possível atuar diretamente nos agravos de saúde e na prevenção de doenças. Houve uma melhora significativa na atenção à saúde da população que normalmente não seria usuária da odontologia, como os idosos e acamados, embora não tenha ocorrido aumento no acesso ao tratamento odontológico.

Pode-se observar também a melhora na educação continuada das mães de crianças menores de 1 ano e no conhecimento das ACS e ESF sobre saúde bucal.

A utilização do planejamento enquanto ferramenta de organização e do estabelecimento de metas, permitiu oferecer ajuda significativa. O conhecimento teórico prévio sobre a família, saúde, a evolução do processo saúde/doença e políticas públicas de saúde implantadas na área adscrita forneceram meios de realizar o diagnóstico e rever conceitos na prática.

O manual proposto facilitou o processo de ensino e aprendizagem das ACS e contribuiu para integração de toda equipe de saúde.



Anexos

Anexo 1

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Texto promulgado em 05 de outubro de 1988.

Preâmbulo

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

Título I Dos Princípios Fundamentais

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos:

- I - a soberania;
- II - a cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

- I - independência nacional;
- II - prevalência dos direitos humanos;
- III - autodeterminação dos povos;
- IV - não-intervenção;
- V - igualdade entre os Estados;
- VI - defesa da paz;
- VII - solução pacífica dos conflitos;
- VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;
- IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade;
- X - concessão de asilo político.

Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações.

Título VIII Da Ordem Social

Capítulo I

Disposição Geral

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Capítulo II

Da Seguridade Social

Seção I

Disposições Gerais

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b.

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.

Seção II

Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Seção III

Da Previdência Social

Art. 201. Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão;

II - ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda;

III - proteção à maternidade, especialmente à gestante;

IV - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;

V - pensão por morte de segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, obedecido o disposto no § 5º e no art. 202.

§ 1º Qualquer pessoa poderá participar dos benefícios da previdência social, mediante contribuição na forma dos planos previdenciários.

§ 2º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei.

§ 3º Todos os salários de contribuição considerados no cálculo de benefício serão corrigidos monetariamente.

§ 4º Os ganhos habituais do empregado, a qualquer título, serão incorporados ao salário para efeito de contribuição previdenciária e conseqüente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei.

§ 5º Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo.

§ 6º A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano.

§ 7º A previdência social manterá seguro coletivo, de caráter complementar e facultativo, custeado por contribuições adicionais.

§ 8º É vedado subvenção ou auxílio do poder público às entidades de previdência privada com fins lucrativos.

Art. 202. É assegurada aposentadoria, nos termos da lei, calculando-se o benefício sobre a média dos trinta e seis últimos salários de contribuição, corrigidos monetariamente mês a mês, e comprovada a regularidade dos reajustes dos salários de contribuição de modo a preservar seus valores reais e obedecidas as seguintes condições:

I - aos sessenta e cinco anos de idade, para o homem, e aos sessenta, para a mulher, reduzido em cinco anos o limite de idade para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, neste incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal;

II - após trinta e cinco anos de trabalho, ao homem, e, após trinta, à mulher, ou em tempo inferior, se sujeitos a trabalho sob condições especiais, que prejudiquem a saúde ou a integridade física, definidas em lei;

III - após trinta anos, ao professor, e após vinte e cinco, à professora, por efetivo exercício de função de magistério.

§ 1º É facultada aposentadoria proporcional, após trinta anos de trabalho, ao homem, e após vinte e cinco, à mulher.

§ 2º Para efeito de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural e urbana, hipótese em que os diversos sistemas de previdência social se compensarão financeiramente, segundo critérios estabelecidos em lei.

Seção IV

Da Assistência Social

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de

contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Capítulo III

Da Educação, da Cultura e do Desporto

Seção I

Da Educação

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber;

III - pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;

IV - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;

V - valorização dos profissionais do ensino, garantido, na forma da lei, plano de carreira para o magistério público, com piso salarial profissional e ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos, assegurado regime jurídico único para todas as instituições mantidas pela União;

VI - gestão democrática do ensino público, na forma da lei;

VII - garantia de padrão de qualidade.

Art. 207. As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;

II - progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio;

III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente

na rede regular de ensino;

IV - atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade;

V - acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um;

VI - oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do educando;

VII - atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

§ 1º O acesso ao ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo.

§ 2º O não-oferecimento do ensino obrigatório pelo poder público, ou sua oferta irregular, importa responsabilidade da autoridade competente.

§ 3º Compete ao poder público recensear os educandos no ensino fundamental, fazer-lhes a chamada e zelar, junto aos pais ou responsáveis, pela freqüência à escola.

Art. 209. O ensino é livre à iniciativa privada, atendidas as seguintes condições:

I - cumprimento das normas gerais da educação nacional;

II - autorização e avaliação de qualidade pelo poder público.

Art. 210. Serão fixados conteúdos mínimos para o ensino fundamental, de maneira a assegurar formação básica comum e respeito aos valores culturais e artísticos, nacionais e regionais.

§ 1º O ensino religioso, de matrícula facultativa, constituirá disciplina dos horários normais das escolas públicas de ensino fundamental.

§ 2º O ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem.

Art. 211. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios organizarão em regime de colaboração seus sistemas de ensino.

§ 1º A União organizará e financiará o sistema federal de ensino e o dos Territórios, e prestará assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o desenvolvimento de seus sistemas de ensino e o atendimento prioritário à escolaridade obrigatória.

§ 2º Os Municípios atuarão prioritariamente no ensino fundamental e pré-escolar.

Art. 212. A União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino.

§ 1º A parcela da arrecadação de impostos transferida pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, ou pelos Estados aos respectivos Municípios, não é considerada, para efeito do cálculo previsto neste artigo, receita do governo que a transferir.

§ 2º Para efeito do cumprimento do disposto no caput deste artigo, serão considerados os sistemas de ensino federal, estadual e municipal e os recursos aplicados na forma do art. 213.

§ 3º A distribuição dos recursos públicos assegurará prioridade ao atendimento das necessidades do ensino obrigatório, nos termos do plano nacional de educação.

§ 4º Os programas suplementares de alimentação e assistência à saúde previstos no art. 208, VII, serão financiados com recursos provenientes de contribuições sociais e outros recursos orçamentários.

§ 5º O ensino fundamental público terá como fonte adicional de financiamento a contribuição social do salário-educação, recolhida, na forma da lei, pelas empresas, que dela poderão deduzir a aplicação realizada no ensino fundamental de seus empregados e dependentes.

Art. 213. Os recursos públicos serão destinados às escolas públicas, podendo ser dirigidos a escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas, definidas em lei, que:

I - comprovem finalidade não lucrativa e apliquem seus excedentes financeiros em educação;

II - assegurem a destinação de seu patrimônio a outra escola comunitária, filantrópica ou confessional, ou ao poder público, no caso de encerramento de suas atividades.

§ 1º Os recursos de que trata este artigo poderão ser destinados a bolsas de estudo para o ensino fundamental e médio, na forma da lei, para os que demonstrarem insuficiência de recursos, quando houver falta de vagas e cursos regulares da rede pública na localidade da residência do educando, ficando o poder público obrigado a investir prioritariamente na expansão de sua rede na localidade.

§ 2º As atividades universitárias de pesquisa e extensão poderão receber apoio financeiro do poder público.

Art. 214. A lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração plurianual, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e à integração das ações do poder público que conduzam à:

I - erradicação do analfabetismo;

II - universalização do atendimento escolar;

III - melhoria da qualidade do ensino;

IV - formação para o trabalho;

V - promoção humanística, científica e tecnológica do País.

Seção II

Da Cultura

Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais.

§ 1º O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional.

§ 2º A lei disporá sobre a fixação de datas comemorativas de alta significação para os diferentes segmentos étnicos nacionais.

Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:

I - as formas de expressão;

II - os modos de criar, fazer e viver;

III - as criações científicas, artísticas e tecnológicas;

IV - as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais;

V - os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico.

§ 1º O poder público, com a colaboração da comunidade, promoverá e protegerá o patrimônio cultural brasileiro, por meio de inventários, registros, vigilância, tombamento e desapropriação, e de outras formas de acautelamento e preservação.

§ 2º Cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem.

§ 3º A lei estabelecerá incentivos para a produção e o conhecimento de bens e valores culturais.

§ 4º Os danos e ameaças ao patrimônio cultural serão punidos, na forma da lei.

§ 5º Ficam tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos.

Seção III

Do Desporto

Art. 217. É dever do Estado fomentar práticas desportivas formais e não formais, como direito de cada um, observados:

I - a autonomia das entidades desportivas dirigentes e associações, quanto a sua organização e funcionamento;

II - a destinação de recursos públicos para a promoção prioritária do desporto educacional e, em casos específicos, para a do desporto de alto rendimento;

III - o tratamento diferenciado para o desporto profissional e o não profissional;

IV - a proteção e o incentivo às manifestações desportivas de criação nacional.

§ 1º O Poder Judiciário só admitirá ações relativas à disciplina e às competições desportivas após esgotarem-se as instâncias da justiça desportiva, regulada em lei.

§ 2º A justiça desportiva terá o prazo máximo de sessenta dias, contados da instauração do processo, para proferir decisão final.

§ 3º O poder público incentivará o lazer, como forma de promoção social.

Capítulo IV

Da Ciência e Tecnologia

Art. 218. O Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação tecnológicas.

§ 1º A pesquisa científica básica receberá tratamento prioritário do Estado, tendo em vista o bem público e o progresso das ciências.

§ 2º A pesquisa tecnológica voltar-se-á preponderantemente para a solução dos problemas brasileiros e para o desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional.

§ 3º O Estado apoiará a formação de recursos humanos nas áreas de ciência, pesquisa e tecnologia, e concederá aos que delas se ocupem meios e condições especiais de trabalho.

§ 4º A lei apoiará e estimulará as empresas que invistam em pesquisa, criação de tecnologia adequada ao País, formação e aperfeiçoamento de seus recursos humanos e que pratiquem sistemas de remuneração que assegurem ao empregado, desvinculada do salário, participação nos ganhos econômicos resultantes da produtividade de seu trabalho.

§ 5º É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular parcela de sua receita orçamentária a entidades públicas de fomento ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica.

Art. 219. O mercado interno integra o patrimônio nacional e será incentivado de modo a viabilizar o desenvolvimento cultural e sócio-econômico, o bem-estar da população e a autonomia tecnológica do País, nos termos de lei federal.

Capítulo V

Da Comunicação Social

Art. 220. A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo, não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição.

§ 1º Nenhuma lei conterá dispositivo que possa constituir embaraço à plena liberdade de informação jornalística em qualquer veículo de comunicação social, observado o disposto no art. 5º, IV, V, X, XIII e XIV.

§ 2º É vedada toda e qualquer censura de natureza política, ideológica e artística.

§ 3º Compete à lei federal:

I - regular as diversões e espetáculos públicos, cabendo ao poder público informar sobre a

natureza deles, as faixas etárias a que não se recomendem, locais e horários em que sua apresentação se mostre inadequada;

II - estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão que contrariem o disposto no art. 221, bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.

§ 4º A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais, nos termos do inciso II do parágrafo anterior, e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso.

§ 5º Os meios de comunicação social não podem, direta ou indiretamente, ser objeto de monopólio ou oligopólio.

§ 6º A publicação de veículo impresso de comunicação independe de licença de autoridade.

Art. 221. A produção e a programação das emissoras de rádio e televisão atenderão aos seguintes princípios:

I - preferência a finalidades educativas, artísticas, culturais e informativas;

II - promoção da cultura nacional e regional e estímulo à produção independente que objetive sua divulgação;

III - regionalização da produção cultural, artística e jornalística, conforme percentuais estabelecidos em lei;

IV - respeito aos valores éticos e sociais da pessoa e da família.

Art. 222. A propriedade de empresa jornalística e de radiodifusão sonora e de sons e imagens é privativa de brasileiros natos ou naturalizados há mais de dez anos, aos quais caberá a responsabilidade por sua administração e orientação intelectual.

§ 1º É vedada a participação de pessoa jurídica no capital social de empresa jornalística ou de radiodifusão, exceto a de partido político e de sociedades cujo capital pertença exclusiva e nominalmente a brasileiros.

§ 2º A participação referida no parágrafo anterior só se efetuará através de capital sem direito a voto e não poderá exceder a trinta por cento do capital social.

Art. 223. Compete ao Poder Executivo outorgar e renovar concessão, permissão e autorização para o serviço de radiodifusão sonora e de sons e imagens, observado o princípio da complementaridade dos sistemas privado, público e estatal.

§ 1º O Congresso Nacional apreciará o ato no prazo do art. 64, §§ 2º e 4º, a contar do recebimento da mensagem.

§ 2º A não-renovação da concessão ou permissão dependerá de aprovação de, no mínimo, dois quintos do Congresso Nacional, em votação nominal.

§ 3º O ato de outorga ou renovação somente produzirá efeitos legais após deliberação do Congresso Nacional, na forma dos parágrafos anteriores.

§ 4º O cancelamento da concessão ou permissão, antes de vencido o prazo, depende de decisão judicial.

§ 5º O prazo da concessão ou permissão será de dez anos para as emissoras de rádio e de quinze para as de televisão.

Art. 224. Para os efeitos do disposto neste Capítulo, o Congresso Nacional instituirá, como órgão auxiliar, o Conselho de Comunicação Social, na forma da lei.

Capítulo VI

Do Meio Ambiente

Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as

presentes e futuras gerações.

§ 1º Para assegurar a efetividade desse direito, incumbe ao poder público:

I - preservar e restaurar os processos ecológicos essenciais e prover o manejo ecológico das espécies e ecossistemas;

II - preservar a diversidade e a integridade do patrimônio genético do País e fiscalizar as entidades dedicadas à pesquisa e manipulação de material genético;

III - definir, em todas as unidades da Federação, espaços territoriais e seus componentes a serem especialmente protegidos, sendo a alteração e a supressão permitidas somente através de lei, vedada qualquer utilização que comprometa a integridade dos atributos que justifiquem sua proteção;

IV - exigir, na forma da lei, para instalação de obra ou atividade potencialmente causadora de significativa degradação do meio ambiente, estudo prévio de impacto ambiental, a que se dará publicidade;

V - controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente;

VI - promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente;

VII - proteger a fauna e a flora, vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em risco sua função ecológica, provoquem a extinção de espécies ou submetam os animais a crueldade.

§ 2º Aquele que explorar recursos minerais fica obrigado a recuperar o meio ambiente degradado, de acordo com solução técnica exigida pelo órgão público competente, na forma da lei.

§ 3º As condutas e atividades consideradas lesivas ao meio ambiente sujeitarão os infratores, pessoas físicas ou jurídicas, a sanções penais e administrativas, independentemente da obrigação de reparar os danos causados.

§ 4º A Floresta Amazônica brasileira, a Mata Atlântica, a Serra do Mar, o Pantanal Mato-Grossense e a Zona Costeira são patrimônio nacional, e sua utilização far-se-á, na forma da lei, dentro de condições que assegurem a preservação do meio ambiente, inclusive quanto ao uso dos recursos naturais.

§ 5º São indisponíveis as terras devolutas ou arrecadadas pelos Estados, por ações discriminatórias, necessárias à proteção dos ecossistemas naturais.

§ 6º As usinas que operem com reator nuclear deverão ter sua localização definida em lei federal, sem o que não poderão ser instaladas.

Capítulo VII

Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

§ 6º O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio, após prévia separação judicial por mais de um ano nos casos expressos em lei, ou comprovada separação de fato por mais de dois anos.

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos:

I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

§ 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

I - idade mínima de quatorze anos para admissão ao trabalho, observado o disposto no art. 7º, XXXIII;

II - garantia de direitos previdenciários e trabalhistas;

III - garantia de acesso do trabalhador adolescente à escola;

IV - garantia de pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, igualdade na relação processual e defesa técnica por profissional habilitado, segundo dispuser a legislação tutelar específica;

V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;

VI - estímulo do poder público, através de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, nos termos da lei, ao acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente órfão ou abandonado;

VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.

§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

§ 5º A adoção será assistida pelo poder público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.

§ 6º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

§ 7º No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204.

Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Capítulo VIII

Dos Índios

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ad referendum do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.

§ 7º Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, §§ 3º e 4º.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

Anexo 2

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições

Seção I Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:

- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
- Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.
- Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
 - II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
 - III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
 - IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
 - V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
 - VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
 - VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
 - VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
 - IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
 - X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
 - XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
 - XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
 - XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
 - XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.
- Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
- a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
- Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I Do Funcionamento

- Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
- Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.
- Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.
- § 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.
- § 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II Da Participação Complementar

- Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.
- Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.
- Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.
- § 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.
- § 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.
- § 3º (Vetado).
- § 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

- Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:
- I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
 - II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

Anexo 3



Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 31.12.1990

Anexo 4

NOB - SUS 01/96

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

“Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”

Brasília
Janeiro/1997

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

2. FINALIDADE

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. Responsabilidades

10.2. Fontes

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais

11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) 13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS

- 14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo
- 14.2. Remuneração por Serviços Produzidos
- 14.3. Transferência por Convênio
- 15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO
- 15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA
- 15.1.1. Responsabilidades
- 15.1.2. Requisitos
- 15.1.3. Prerrogativas
- 15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
- 15.2.1. Responsabilidades
- 15.2.2. Requisitos
- 15.2.3. Prerrogativas
- 16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO
- 16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual
- 16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual
- 16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL
- 16.3.1. Responsabilidades Específicas
- 16.3.2. Requisitos Específicos
- 16.3.3. Prerrogativas
- 16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
- 16.4.1. Responsabilidades Específicas
- 16.4.2. Requisitos Específicos
- 16.4.3. Prerrogativas
- 17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIA

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento esta edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, resultado de amplo e participativo processo de discussão, que culminou com a assinatura da Portaria No. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

Não poderia deixar, neste momento, de fazer referência ao ex-Ministro Adib Jatene que, ao definir um processo democrático de construção desta Norma, possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade, desde os gestores do Sistema nas três esferas de governo, até usuários, prestadores de serviços e profissionais de saúde em vários fóruns e especialmente no Conselho Nacional de Saúde.

A NOB 96 é decorrente, sobretudo, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 - o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros.

Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil.

Espero que esta edição seja mais um mecanismo de divulgação e disseminação de informações importantes para o Setor Saúde, possibilitando o engajamento de todos no sentido da sua implementação e, também, na definição de medidas de ajuste e aperfeiçoamento deste instrumento.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

Ministro da Saúde

1. INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as

condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (Artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle – são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à

saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a conseqüência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a conseqüente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutive, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

- a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;
- f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
- h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
- i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
- j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e
- k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;
- l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e

g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;

b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;

c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;

d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;

e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;

f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;

g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;

n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;

p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;

q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;

r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;

u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma.

9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

- a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e
- b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os munícipes –, quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não-somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

- a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;
- b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e
- c) a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos.

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos – resultantes de identificações e compreensões – que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico) devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT – observadas as reais disponibilidades financeiras do MS – e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB – observados os limites do TFGE – e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento de despesa, serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade

direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle – inscritas na programação pelo estado e seus municípios – incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6. A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor per capita nacional único – base de cálculo deste Piso – são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor per capita nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor per capita nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último, o valor programado da FAE é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidas nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado (PAB e TFAM).

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão simplificada da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do município e do

respectivo estado.

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênera, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único – base de cálculo deste Piso – , são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovadas no CNS.

14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

Os valores do TFECF podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada no CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

14.3. Transferência por Convênio

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS (FNS/MS), por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

- a) estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças;
- b) custeio de operações especiais em epidemiologia e controle de doenças;
- c) financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

- a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

15.1.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).
- b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.
- d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

15.2.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.
- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECED.

15.2.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.
- i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
- m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).
- b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.
- c) Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.
- e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.
- f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
- e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
- g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
- p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
- q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

Anexo 5

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOAS-SUS 01/2001

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que e

tabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica –SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996;

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite–CIT - e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO PT GM/MS Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS NOAS-SUS 01/2001

INTRODUÇÃO

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96 -, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde.

Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES.

A experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde / SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o

Ministério da Saúde – MS , o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Neste sentido, esta NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I – REGIONALIZAÇÃO

1 - Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1 - O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I. 1 – DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2 - Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

2.1 - Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

3 - No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

A - O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento / dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

B – O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

4 - Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no Plano Diretor de Regionalização:

A – Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e

estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

B - Módulo assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C - Município-sede do módulo assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D - Município-pólo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E - Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

5 - Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

5.1 – A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS publicará, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Norma, a regulamentação específica sobre o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à organização da assistência.

I.2 – DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

6 - Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada –GPABA.

6.1 - Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no ANEXO 1 desta Norma.

6.2 - As ações de que trata o ANEXO 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

6.3 - O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica – PAB, acrescidos dos procedimentos relacionados no ANEXO 2 desta Norma.

6.4 - Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, será instituído o PAB-Ampliado, e seu valor definido, no prazo de 60 (sessenta) dias, em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva/SE e da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor per capita.

6.5 - Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB-Ampliado, após avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, aprovação da CIB, e homologação da CIT, em relação aos seguintes aspectos:

a) Plano Municipal de Saúde vinculado à programação físico-financeira;

b) alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS;

c) desempenho dos indicadores de avaliação da atenção básica no ano anterior;

d) estabelecimento do pacto de melhoria dos indicadores de atenção básica no ano subsequente; e

e) capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no Subitem 6.1 deste Item.

6.6 - A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a estrutura do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo referido no Subitem 6.5, e deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentá-los à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação.

I.3 – DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7 - Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

7.1 - Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio

diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 desta Norma.

8 - O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:

8.1 - o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma.

8.2 - o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação.

8.3 - ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde deverá adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

8.4 - nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do ANEXO 3 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

9 - O repasse dos recursos de que trata o Subitem 8.1 - Item 8 - Capítulo I desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

9.1 - Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.

9.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde é a estrutura do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

9.3 - O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10 - A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A - apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B - apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C - habilitação do(s) município(s)-sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E - apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11 - Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no ANEXO 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 30 e 31 – Capítulo II desta Norma.

11.1 - Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

I. 4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12 - A Atenção de Média Complexidade – MC – compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1 - O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

14 - O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos Itens 24 a 27 – Capítulo II desta Norma representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1 - A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2 - A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3 - A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4 - A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no Item 30 – Capítulo II desta Norma implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15 - Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 – Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

15.1 - O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2 - Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I. 5- DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

16 - A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1 - A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17 - O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A - a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/ TFA do estado para cada área de alta complexidade;

B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

E - a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;

F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;

G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;

I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

18 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

C - condução do processo de contratação;

D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços.

18.1 – Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada/GPBA que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

19 - Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 01 de junho de 2000.

20 - O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:

A - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;

B - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

21 - O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

22 - A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

22.1 - A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

23 - A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II. 1 - DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

24 - Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

24.1 - As unidades da federação deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada/PPI, cujo conteúdo será apresentado em regulamentação específica.

24.2 - As unidades da federação poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades e de informações detalhadas acerca da PPI, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

24.3 - A Secretaria de Assistência à Saúde, por intermédio do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, deverá apresentar à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias, documento de proposição das diretrizes e princípios orientadores, metodologia e parâmetros referenciais de cobertura e outros instrumentos específicos de apoio à programação da assistência ambulatorial e hospitalar.

25 - Cabe à SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

A - que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Compromissos e Metas Nacionais, sejam discutidos com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

B - a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelas necessidades dos prestadores de serviços;

C - a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de pactuação e alocação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

D - a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades sobre as diversas unidades assistenciais de forma coerente com as condições de habilitação e qualificação.

26 - A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

26.1 - Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

26.2 - Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

26.3 - Os municípios habilitados ou que vierem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada, conforme detalhado no Item 30 – Capítulo II e no ANEXO 4 desta Norma.

26.4 - Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas nos Itens 31 e 32 – Capítulo II e no ANEXO 4 desta Norma.

27 - A SES deverá obrigatoriamente encaminhar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido pela SAS/MS, os seguintes produtos do processo de programação da assistência:

A - Publicação no Diário Oficial do Estado do limite financeiro global da assistência por municípios do estado, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e uma parcela correspondente às referências intermunicipais;

B - Definição de periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municipais aprovados, que pode se dar em função de: incorporação de novos recursos ao limite financeiro estadual, mudanças na capacidade instalada de municípios, remanejamento de referências entre municípios; imposição pelo município-pólo de barreiras ao acesso da população encaminhada por outros municípios, que colidam com as referências intermunicipais negociadas, entre outros motivos.

II. 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

28 - O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

29 - A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

30 - Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, cuja forma é apresentada no ANEXO 4 desta Norma .

30.1 - O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

30.2 – A padronização dos instrumentos que correspondem aos anexos integrantes do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso será disponibilizadas aos gestores pela SAS/SAS, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação desta Norma

31 - A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A - periodicamente (período não superior a 12 meses), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B - trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

C - pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 desta Norma), a ser informada à CIB em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

32 - Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES a SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

33 - Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar do processo de programação e assumir, quando necessário, o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 - DO PROCESSO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

34 - As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

35 - O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões:

A - avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;

B - relação com os prestadores de serviços;

C - qualidade da assistência e satisfação dos usuários;

D - resultados e impacto sobre a saúde da população.

36 - Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão;

37 - O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

37.1 - O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

37.2 - O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

37.3 - Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

37.4 - Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

37.5 - Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

38 - A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

39 - A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

40 - Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas.

40.1 - A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

41 - A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A - a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B - a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C - a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D - a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II. 4 - DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

42 - Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

43 - Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

44 - Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

CAPÍTULO III . CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E

ESTADOS

III . 1 - CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

45 - A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III .1.1 - Do processo de habilitação dos municípios:

46 - A partir da publicação desta Norma, e considerando o prazo previsto no seu Item 59 – Capítulo IV, os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA; e
GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

46.1 - Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as normas do Item 48 – Capítulo II desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

46.2 - Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

47 - Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias;

c) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;

d) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção;

e) Cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 6.1 – Item 6 – Capítulo I desta Norma ;

f) Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Subitem 6.3 – Item 6 – Capítulo I desta Norma;

g) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

h) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;

i) Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PABA, localizados em seu território e vinculados ao SUS;

j) Operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;

k) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;

l) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

m) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;

n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária / ANVISA;

o) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;

p) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS;

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município;

d) Comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes Subitem 6.3 – Item 6 – Capítulo I desta Norma;

e) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão;

f) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;

g) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;

j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos

profissionais e dos serviços realizados;

k) Submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subseqüentes;

l) Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA, correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;

b) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas), localizadas no território municipal;

c) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

48 - Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;

c) Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;

d) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no Item 50 – Capítulo III desta Norma;

e) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

f) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;

g) Integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares;

h) Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS;

i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;

k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;

l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB;

m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.

Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS;

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

d) Demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS;

e) Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no Subitem 6.5 – Item 6 – Capítulo I desta Norma;

f) Comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica;

g) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde;

h) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;

i) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;

j) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios;

k) Comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;

l) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;

m) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de

ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

n) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

o) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;

p) Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação;

q) Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;

r) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos;

b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, de acordo com o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;

c) Gestão do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 - Do processo de habilitação dos Estados

49 - A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

50 – São atributos comuns as duas condições de gestão estadual:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização conforme previsto no Item 2 – Capítulo I desta Norma;

b) Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;

c) Gestão e gerência de unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;

d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;

e) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;

f) Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados;

g) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;

h) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;

i) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;

j) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;

k) Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;

l) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;

m) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

n) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;

o) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;

p) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma;

q) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal;

r) apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

Requisitos

a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Compromissos, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;

- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças

– incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;

- estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;

- estratégias de reorganização do modelo de atenção;

- Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios;

b) Apresentar a Programação Pactuada Integrada, baseada no Plano de Regionalização, conforme definido no Item 5 – Capítulo I e Seção II.1 Capítulo II desta Norma;

c) Alimentar com os dados financeiros do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS;

d) Comprovar o funcionamento da CIB;

e) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;

f) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;

g) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;

h) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;

i) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

j) Comprovar, por meio de alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000;

k) Comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;

l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;

m) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

51 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Avançada do Sistema Estadual:

Responsabilidades

a) Contratação, controle, avaliação, auditoria e ordenação do pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual;

b) Contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;

c) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;

b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;

c) Dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico/PAB relativos aos municípios não habilitados;

b) Transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;

c) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

52 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidades

a) Cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;

b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;

b) Comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;

c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;

d) Dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;

e) Comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.

f) Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;

b) Transferência regular e automática referente às ações realizadas na área de Vigilância Sanitária;

- c) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;
- d) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

III . 2 - DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 - Da desabilitação dos municípios

53 - Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 - Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

54 - Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

- A - descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
- B - apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 04 (quatro) meses consecutivos;
- C - a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;
- D - apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;
- E - não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- F - apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

55 - São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, Fundo a Fundo, para os municípios:

- A - Não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- B - Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
- C - Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 - Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal:

56 - Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:

- A - não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou
- B - se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 54 - Capítulo III desta Norma; ou
- C - não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

56.1 - São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

- a) Não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador.
- b) Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
- c) Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III .2.2 - Da desabilitação dos estados

57 - Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados serão desabilitados pela CIT.

57.1 - São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

58 - Os municípios habilitados segundo a NOB-SUS 01/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, após avaliados conforme o descrito no Subitem 6.5 – Item 6 – Capítulo I desta Norma, estarão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

59 - Os municípios terão os seguintes prazos, a partir da publicação desta Norma, para se habilitarem de acordo com o estabelecido pela NOB-SUS 01/96:

- 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma para dar entrada no processo de habilitação junto à Comissão Intergestores Bipartite;
- 60 (sessenta) dias para homologação da habilitação pela Comissão Intergestores Tripartite.

60 - Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena Atenção Básica e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61 - Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal definidas nesta Norma, sob pena de desabilitação na modalidade.

61.1 – Estes municípios poderão se manter habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Atenção Básica Ampliada, de acordo com a avaliação descrita nos Subitens 6.5 e 6.6 – Item 6 Capítulo I desta Norma.

62 - Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, terão 60 (sessenta)

dias a partir da data de publicação desta Norma, para resolver as pendências, de forma a poder se habilitar de acordo com as regras da NOB-SUS 01/96.

63 - As responsabilidades, fluxos e prazos para melhor operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação serão definidas em portaria da SAS/MS, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação desta Norma.

64 - Os estados deverão elaborar, 120 (cento e vinte) dias após a publicação da regulamentação dos planos de regionalização e da PPI prevista nesta Norma os respectivos planos diretores de regionalização e PPI.

64.1 - Os municípios localizados em estados que não cumprirem o prazo de que trata este item poderão, enquanto persistir esta situação, habilitar-se de acordo com as regras de habilitação previstas na NOB-SUS 01/96.

65 - No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS N° 2.203, de 05 de novembro de 1996, no que couber.

Anexo 6

PACTO PELA SAÚDE 2006 - Consolidação do SUS -

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos. Além de ser o 2º país do mundo em número de transplantes, é internacionalmente reconhecido pelo seu progresso no atendimento universal às DST/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. Tem uma avaliação positiva dos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público, da construção de um **PACTO PELA SAÚDE - 2006**, anualmente revisado, que tenha como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS**.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no Documento Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

OS TRÊS PACTOS

I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

1. SAÚDE DO IDOSO:

- Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

2. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

- Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

3. MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

- Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

4. DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

- Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

5. PROMOÇÃO DA SAÚDE:

- Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

6. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

- Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

1. IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

- Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
- Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
- Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

2. ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, temos que avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios, e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e, destes, para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio a sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

1) **DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS:** federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

2) **ESTABELECEM AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS,** com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este **PACTO PELA SAÚDE 2006** pactuado pelos gestores federal, estaduais e municipais do SUS, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e será operacionalizada por meio do documento de **DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA O PACTO PELA SAÚDE 2006.**

SARAIVA FELIPE

MARCUS PESTANA

SÍLVIO

FERNANDES

Ministro da Saúde

**Presidente do
CONASS**

**Presidente do
CONASEMS**

Anexo 7

FICHA DE EXAME

FORMULÁRIO ACESSO E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL																																																																																								
ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS																																																																																								
<p>① Já foi ao dentista alguma vez na vida?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Sim <input type="checkbox"/> 1 - Não</p>	<p>② Onde?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista 1 - Serviço Público 2 - Serviço Privado Liberal 3 - Serviço Privado (planos e convênios) 4 - Serviço filantrópico 5 - Outros</p>																																																																																							
<p>③ Como avalia o atendimento?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista 1 - Péssimo 2 - Ruim 3 - Regular 4 - Bom 5 - Ótimo</p>	<p>④ Há quanto tempo?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista 1 - Menos de 1 ano 2 - De 1 a 2 anos 3 - 3 ou mais anos</p>																																																																																							
<p>⑤ Por quê?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista 1 - Consulta de rotina/repares/manutenção 2 - Dor 3 - Sangramento gengival 4 - Cavidades nos dentes 5 - Fendas, caroços ou manchas na boca 6 - Outros</p>	<p>⑥ Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Sim <input type="checkbox"/> 1 - Não</p>																																																																																							
AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL																																																																																								
<p>⑧ Como classificaria sua saúde bucal?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou 1 - Péssima 2 - Ruim 3 - Regular 4 - Boa 5 - Ótima</p>	<p>⑨ Como classificaria sua mastigação?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou 1 - Péssima 2 - Ruim 3 - Regular 4 - Boa 5 - Ótima</p>																																																																																							
<p>⑩ De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou 1 - Não afeta 2 - Afeta pouco 3 - Afeta mais ou menos 4 - Afeta muito</p>	<p>⑪ Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou 1 - Péssima 2 - Ruim 3 - Regular 4 - Boa 5 - Ótima</p>																																																																																							
<p>⑫ Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou 1 - Péssima 2 - Ruim 3 - Regular 4 - Boa 5 - Ótima</p>	<p>⑬ O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Nenhuma dor 1 - Pouca dor 2 - Média dor 3 - Muita dor</p>																																																																																							
<p><input type="checkbox"/> ESCOLA</p>	<p><input type="checkbox"/> EXAMINADOR</p>																																																																																							
FLUOROSE DENTÁRIA																																																																																								
12 anos e 15-19 anos																																																																																								
<input type="checkbox"/>																																																																																								
INFORMAÇÕES GERAIS																																																																																								
Nº Identificação <input style="width: 40px;" type="text"/>	Idade em anos <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																							
Sexo <input style="width: 40px;" type="text"/>	Grupo Étnico <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																							
Realização do Exame <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																								
ANORMALIDADES DENTOFACIAIS																																																																																								
<p>DAI (12 e 15-19 anos)</p>	<p>DENTIÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de I.C. e PM perdidos</p>																																																																																							
<p>ESPAÇO</p> <p><input type="checkbox"/> Apinhamento na região de incisivos</p>	<p><input type="checkbox"/> Espaçamento na região de incisivos</p>																																																																																							
<p><input type="checkbox"/> Diastema em milímetros</p>	<p><input type="checkbox"/> Desalinhamento maxilar anterior em mm</p>																																																																																							
<p><input type="checkbox"/> Desalinhamento mandibular anterior em mm</p>																																																																																								
<p>OCCLUSÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Overjet maxilar anterior em mm</p>	<p><input type="checkbox"/> Overjet mandibular anterior em mm</p>																																																																																							
<p><input type="checkbox"/> Mordida aberta vertical anterior em mm</p>	<p><input type="checkbox"/> Relação molar Antero-posterior</p>																																																																																							
CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																																																																																								
<p>Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos</p>																																																																																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">61</td><td style="text-align: center;">62</td><td style="text-align: center;">63</td><td style="text-align: center;">64</td><td style="text-align: center;">65</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">85</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">81</td><td style="text-align: center;">71</td><td style="text-align: center;">72</td><td style="text-align: center;">73</td><td style="text-align: center;">74</td><td style="text-align: center;">75</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td><td style="text-align: center;">Coroa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td><td style="text-align: center;">Trat.</td> </tr> </table>	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.
18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28																																																																									
Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa																																																																									
Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.																																																																									
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38																																																																												
Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa	Coroa																																																																												
Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.	Trat.																																																																												
DOENÇA PERIODONTAL																																																																																								
<p>CPI</p> <p>12 anos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15-19 anos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17/16 11 26/27</p> <p>47/46 31 36/37</p>	<p>ALTERAÇÕES TECIDO MOLE</p> <p>Todos os grupos etários</p> <p><input type="checkbox"/></p>																																																																																							

Anexo 8



Universidade Estadual de Maringá


Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE N.º 0041.0.093.000-07

PARECER N.º 081/2007

Pesquisador(a) Responsável: José Roberto Magalhães Bastos	
Centro/Departamento: Faculdade de Odontologia de Bauru – USP – Departamento de Odontologia	
Título do projeto: Perfil epidemiológico das condições de saúde bucal das famílias atendidas pela equipe 33 do PSF, em Maringá-PR.	
<p>Considerações:</p> <p>O presente projeto de pesquisa, constitui trabalho de dissertação de mestrado, desenvolvido pela acadêmica-dentista Suzana Goya, tem como objetivo descrever as condições de saúde bucal das famílias residentes nas microáreas de abrangência da Equipe 33 da Unidade Básica Iguazu no município de Maringá – PR englobando todas as faixas etárias.</p> <p>A amostra inicial será constituída de 761 pessoas distribuídas em 226 famílias residentes na área acima referenciada, enquanto que a amostra final será de 1321 famílias das 6 microáreas existentes, perfazendo aproximadamente 4428 pessoas. Os participantes do estudo serão examinados segundo critério do SB2000 e no dia receberão um porta escovas confeccionado com material reciclável, sendo que os casos mais graves serão encaminhados para agendamento de tratamento. O resultado final será analisado estatisticamente através do programa <i>Statística for Windows 5.1</i>.</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será encaminhado às famílias que participarão do projeto através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). E os levantamentos básicos em saúde bucal serão utilizados para coletar informações acerca da condição de saúde bucal e das necessidades de tratamento de uma população, e, em seguida monitorar as alterações nos níveis e padrões de doença.</p> <p>Considerando que o protocolo apresenta: folha de rosto devidamente preenchida, projeto de pesquisa, cronograma de execução, orçamento definido, currículo do pesquisador e declaração de autorização expedida pela secretaria municipal de saúde-CECAPS.</p> <p>Considerando que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, está de acordo com o exigido pela Res. 196/96-CNS,</p> <p>Parecer:</p> <p>Diante do exposto acima, somos de parecer favorável à aprovação do presente projeto de pesquisa.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 23/03/2007	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 31/10/2007	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n.º 196/96 e complementares do CNS/MS, na 130ª reunião do COPEP em 23/03/2007.	 PROF.ª DR.ª Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br



Apêndices

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Perfil epidemiológico das condições de saúde bucal das família atendidas pela equipe 33 do PSF, em Maringá-PR**

Cidadania é podermos participar individualmente para a melhoria do coletivo, e colaborarmos com o planejamento das ações.

Visando conhecer melhor a condição de saúde bucal dos residentes nas microáreas da Equipe de Saúde da Família 33 da Unidade Básica Iguazu do município de Maringá, realizaremos um levantamento epidemiológico, onde iremos realizar um exame de boca, sem nenhum risco ou desconforto. Serão utilizados espátulas de madeira descartáveis, sondas esterilizadas específicas para esse exame, espelho bucal, gorro, máscara e luvas individuais descartáveis, lembrando que seguimos todas as normas de higiene e limpeza preconizadas pela SESA.

Pedimos a sua autorização e, contamos com a participação de sua família para podermos planejar e organizar futuras ações da Equipe de Saúde Bucal da equipe 33. Salientamos que não haverá custo para os senhores, a avaliação em nenhum momento será cobrada. E os casos de maior gravidade detectados serão agendados para tratamento na UBS Iguazu. é **gratuita** e em nenhum momento será cobrada.

A responsável por este estudo é a Dra. SUZANA GOYA, cirurgiã-dentista da Secretaria de Saúde de Maringá, responsável pela equipe de saúde bucal da equipe de Saúde da Família 33, lotada no NIS III Iguazu, que se encontra à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas antes e depois de realizarmos esse estudo nos telefones que seguem abaixo.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica), sem que haja qualquer tipo de represália ou penalização.

Eu, _____,
portador da cédula de identidade (RG) nº _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Dra. SUZANA GOYA, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar do mesmo.

_____ Data: ____/____/_____
Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Dra. SUZANA GOYA, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Suzana Goya (pesquisadora responsável)

Equipe (Incluindo pesquisador responsável):

- 1- Nome: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos Telefone: (14) 3227.5517
Endereço Completo: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru - SP
- 2- Nome: **SUZANA GOYA** Telefone: (44) 3224.2928 – 99629230 – 39011866
Endereço Completo: Avenida Nóbrega, 1024 – Maringá – PR.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 - Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

Apêndice 2

CONVOCAMOS O Sr. (a) _____
PARA COMPARECER AO POSTO DE SAÚDE NIS IGUAÇU NO DIA ____/____/____ ÀS 20:00 HS
PARA AVALIAÇÃO DE SUA SAÚDE BUCAL.
SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE PARA O LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE
BUCAL DA POPULAÇÃO DESTE BAIRRO.

.....

CONVOCAMOS O Sr. (a) _____
PARA COMPARECER AO POSTO DE SAÚDE NIS IGUAÇU NO DIA ____/____/____ ÀS 20:00 HS
PARA AVALIAÇÃO DE SUA SAÚDE BUCAL.
SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE PARA O LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE
BUCAL DA POPULAÇÃO DESTE BAIRRO.

.....

CONVOCAMOS O Sr. (a) _____
PARA COMPARECER AO POSTO DE SAÚDE NIS IGUAÇU NO DIA ____/____/____ ÀS 20:00 HS
PARA AVALIAÇÃO DE SUA SAÚDE BUCAL.
SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE PARA O LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE
BUCAL DA POPULAÇÃO DESTE BAIRRO.

.....

CONVOCAMOS O Sr. (a) _____
PARA COMPARECER AO POSTO DE SAÚDE NIS IGUAÇU NO DIA ____/____/____ ÀS 20:00 HS
PARA AVALIAÇÃO DE SUA SAÚDE BUCAL.
SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE PARA O LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE
BUCAL DA POPULAÇÃO DESTE BAIRRO.

26 335A - 6
[12]3 05 1,8



Referências

Referências*

ABREU, M. H. N. G.; WERNECK, M. A. F. Sistema incremental no Brasil: uma avaliação histórica. **Arquivos em Odontologia**. Belo Horizonte, v. 34, n. 2, p. 121 – 31, 1998.

ACETI, E. L.; MARCON, S. S. Violência contra a mulher: aspectos relacionados à denúncia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 464 - 67, 1999.

ALMEIDA, E. S. Cidades / município saudável – a questão estratégica: o compromisso político. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 71-82, 1997.

ALMEIDA, M. J. (Org). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. 1 ed. Londrina: Rede Unida, 2003, 89 p.

ALMEIDA FILHO, N. Qual o sentido do termo saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 300-301, abr./jun. 2000.

ALTHOFF, C. R.; MANFRINI, G. C. Pais e os filhos adolescentes: Protagonistas da trajetória da vida familiar. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 98-105, jul./dez. 2002.

ANDRADE, C. R. F. Fases e Níveis de Prevenção em Fonoaudiologia – Ações Coletivas e individuais. IN: VIEIRA, R. M.; VIEIRA, M. M.; ÁVILA, C. R. B. de; PEREIRA, D. (Org.). **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, São Paulo, Pró-Fono, 1995, p.65-83.

* Normas recomendadas para uso no âmbito da Universidade de São Paulo, com base no documento "Referências Bibliográficas: exemplos", emanado do Conselho Supervisor do Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, em reunião de setembro de 1990.

ANDRADE, M. Como está o sorriso do Brasil? **Revista da ABO Nacional**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 134-6, jun.-jul. 2000.

ANDRADE, O. G. **Suporte ao sistema familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística em saúde**. 2001. 224 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001, 267p.

AUGÉ, M. **L'anthropologie de la maladie. L'Homme, No spécial Anthropologie, Etat des Lieux**. Paris: Navarin/Livre de Poche, 1986. p. 77-88.

BADUY, R. S.; CORDONI JUNIOR, L. Programa Saúde da Família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude_da_familia.htm. Acesso em: 01/02/2007.

BALDANI, M. H.; FADEL C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ M. G. S. A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 91-2. 2003. suppl 2.

BALDANI, M. H.; NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 755-63, maio/jun., 2002.

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; et al. Inclusion of oral health services in the Family Health Program in the State of Paraná, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 4, p.1026-1035, July/Aug, 2005.

BARATA R. C. B. A historicidade do conceito de causa In: CAVALHEIRO, J. R. (Org.). Textos de apoio: **Epidemiologia 1**. 2ed. Rio de Janeiro: SDE-ENSP/ABRASCO, 1990. p. 13-25.

BARRETO, M. L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 1, n. 3, p. 104-122, 1998.

BASTOS, N .C. B. Educação para saúde na assistência à saúde da família. **Rev. Fund. SESP**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 107-14, 1979.

BASTOS, J. R. M.; SALES PERES S. H. C.; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A. C. (ORG.). **Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.117-139.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

BLINKHORN, A. S. 1993. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. **International Dental Journal**. London, v. 43, n. 3, p. 294-298.1993.

[[Medline](#)]

BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseada na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. 1990. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BOMAR, P. J. Perspectives on family health promotion. **Family Community Health**. Rockville, v. 12, n. 4, p. 1-11, 1990.

BOORSE C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**. Chicago, v. 44, p.542-573, 1977.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**: um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas. 1998. 312f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1998

BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal**: questões e perspectivas. São Paulo: Edusc/Unesp, 1998, 230 p.

BOURGET, M. M. M. Ir. O que é Saúde X Doença. Programa de Saúde da Família. **Manual para o Curso Introdutório**. São Paulo: Editora Martinari, 2005. 144p.

BOURGET, M. M. M. Ir. Planejamento local: teoria e prática. **Programa Saúde da Família. Guia para o planejamento local**. São Paulo: Editora Martinari, 2005a. 102p.

BOURGET, M. M. M. Ir. Planejamento local: teoria e prática. **Programa Saúde da Família. Saúde Bucal**. São Paulo: Editora Martinari, 2005b. 166p.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense.1983. 118p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília,DF, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Centro de Documentação, Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde Bucal: Brasil, Zona urbana**, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: Divisão Nacional de Educação em Saúde. Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e Minas Gerais, Belo Horizonte, 1982. In: **Ação participativa: avaliação de experiências**. Anais... Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 21-4 (Série F: Educação e Saúde, 5).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em 12 dez. 2006. 1988.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde - SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990a.

BRASIL.. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB – SUS 1/1996). 1996a. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_pr_imp_consulta.cfm?id=3449662&cab=Cod%20Int%20=%203449662&origem=leg_norma_espelho. Acesso em 20/02/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. . Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia**

para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS/ Programa Comunidade Solidária.** Brasília: 1997c. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1886, de 18 dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 1997d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Manual do Sistema de Informações da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios por meio do programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 250 E, p. 85, 29 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11a Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado.** 2000a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf . Acesso em 10 maio 2006. 2000a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000b. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>. Acesso em: 13 jan.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de saúde da família**. In Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, Brasília: Ministério da Saúde, v.1, n.1, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Informe Atenção Básica**. Secretaria de Políticas de Saúde in Revista Saúde Pública. 2000d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Cárie dental, Capitais, 1996**, ≤ <http://www.saude.gov.br/> . Acesso em 26 março 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: SAS/Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Publicações Digitais. **Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000. Manual do Examinador**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área Técnica de Saúde Bucal. Programa Saúde da Família: **Equipes de Saúde Bucal**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002a. Aprova a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde Bucal**. Disponível na Internet. <http://saude.gov.br/areacfm?idarea=149> 01 jul. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Publicações Digitais**. Disponível na Internet. http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipes_saude.bucal.pdf . Acesso em: 01 jul. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Publicações Digitais**. Disponível na Internet. http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipes_psf01.pdf Acesso em: 01 jul. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde Bucal**. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Disponível na Internet: portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578 . Acesso em: 01 jul. 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, inclui procedimentos de moldagem para prótese e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oitava Conferência Nacional de Saúde. [online]. Disponível em: <http://www.bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista06.html>. Acesso em 03 dez 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/eventos/cetis/01807/04SISTEMAS%20E%20POLITICAS%20DE%20SAUDE%20-%20BAHIA.ppt . Acesso em 12 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 25 mar 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5497.doc> . Acesso em 02 jan 2007.

BUCK, C. Después de Lalonde: la creación de la salud. In: OPS. **Promoción de la Salud: una antología**. Washington-DC (USA): OPS (Publicación Científica 557), 1996.

BUISCH, I. (Org). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**, São Paulo: Santos, 2000.

CANGHILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 308p.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. 15 ed. São Paulo: Cultrix, 1993. 241p.

CAPRA, F. **As conexões ocultas: ciências para uma vida sustentável**. 3 ed. São Paulo: Cultrix, 2003. 296p.

CARCERERI, D. L. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina**. 2005. 218f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CARTANA, M. H. **Rede e suporte social das famílias**. Florianópolis: UFSC, 1988. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. 1988.

CARVALHO, C. L, LOUREIRO, C. A. A inserção da odontologia na saúde escolar. *Cad. Odont.* 1997. 1(1): 43-57. Apud: RONCALLI A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. 238f. Tese (Doutorado). Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Direito à saúde com controle social**. Passo fundo: Fórum Sul de Saúde, 2003. 87p.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448 p.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. 728p.

CHIZZOTTI, A. Da pesquisa qualitativa. In: _____. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHEN, B. J. Família. In: _____ **Sociologia geral**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1980. p. 67-75.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 2001. 133p.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980. Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1980. 280 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987. Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 1999. Brasília, DF. **Relatório Final** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1, 1986. Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196**, de 10 de Outubro de 1996. Disponível em: www.datasus.gov.br . Acesso em: 10 nov. 2003.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal. 1980.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo: Os municípios já têm história para contar**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 10-5, 1996.

CORDONI, JUNIOR, L. A. A Reforma Sanitária no Paraná. **Revista Espaço para a saúde**. Curitiba, v.1, p.71-3, mar., 1989.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**. v. 18, p. 49-71, jun., 2002.

COSTA, I. C. C.; FUSCELLA, M. A. P. Educação e Saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. **Ação Coletiva**. v. 2, n. 3, 1999, p. 457.

CRUZ, H. J. M. F. **Autorização de Funcionamento: importância para o mercado de saúde suplementar**. 2004. 112p. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

CUNHA, J.P.P. Cortando o mal pela raiz. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo: Os municípios já têm história para contar**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 16-21, 1996.

CUNHA, E. S. História da odontologia no Brasil (1500-1900). 2 ed. Rio de Janeiro: Científica; 1952. Apud: RONCALLI A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. 238f. Tese (Doutorado). Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: a possibilidade de os usuários. IN: CAMPOS, F. E., OLIVEIRA, J. R., TONON, L. M. (org.). **Cadernos de Saúde I**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p.11-26.

CUNHA, H. F. S. **Gestão local plena com programa de saúde da família e aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso**. 2001. 218f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CZERESNIA, D. **Do contágio à Transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997. 120p.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 176p.

DÂMASO, R. Saber e prática da reforma – avaliação da prática científica no movimento sanitário. 1995. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. p. 61-90.

DELANEY, I. Assessment: data collection of family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CRISTENSEN, P.J. **Nursing process**: application of theories, frameworks and models. St. Louis: CV Mosby, 1986, p. 87-99.

DIAS, A. A. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006. 362p.

DUBOS, R., 1968. *Determinants of Health and Disease in Man, Medicine and Environment*. New York: Frederick A. Praeger. In COURA, J. R. Endemias e Meio Ambiente no Século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, July/Sept. 1992.

DRUMOND JUNIOR, M. Epidemiologia e saúde pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Monografia (Especialização) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2001. In: PAIM, J.S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. Ciências & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

DUVALL, E. M. Family development. Philadelphia: Lippincoc Company, 1957. In: NYE, F. I.; BERALDO, F. M. **Emerging conceptual frameworks in family analysis**. New York: Praeger, 1981. 322p.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de família. In: BUB, L.I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-78.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S; SANTOS, M.R. dos (Org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p.11-24.

FADEL, C. B. . A prática do trabalho com famílias: uma proposta de atenção odontológica. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 18-21, 2005. Disponível em: http://www.uepg.br/revistaconexao/artigo_odontologia.htm. Acesso em 02/02/2007.

FAKHOURI, A. P. **Análise crítica da inclusão do Cirurgião Dentista no Programa de Saúde da Família**. 2002. Monografia (especialização) – Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. Bauru, 2002, 44p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1986.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, Epidemiologia e Sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

FREITAS, H. M. R.; JANISSEK, R. **Análise Léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para

exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000, 176 p.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1995. p. 91-118.

GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família). Data certa. In: ELSÉN, I; ALTHOFF, C.R.; MANFRINI, G.C. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.2, p.89-97, jul./dez. 2001.

GARCIA, C. M. Pesquisa sobre a formação de professores: O conhecimento sobre aprender a ensinar. **Revista Brasileira de Educação**. n.9, Set/Out/Nov/Dez, 1998, p. 51- 75.

GARCIA, J. C. Sociologia e Medicina: Bases sociológicas das Relações Médico-Paciente. In: NUNES, E.D. (Org.) **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez; 1989:, p. 49-43.

GELLES, R. J.; CORNELL, C. P. **Intimate violence in families**. Beverly Hills: Sage., 1985, p. 119-125.

GENTILE M. Os desafios do município saudável. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**, Brasília, v. 1, p.12-17, 1999.

GERSHWIN, M. W.; NILSEN, J. M. Healthy families. In: GILLIS, CL.; et al. **Toward a science of family nursing**. Califórnia: Addison – Wesley, 1989. p.79.

GILLIS, C. L.; et al. That is family nursing? In GILLIS, CL et al. **Toward a science to family nursing**. California: Addison-Wesley, 1989.

GOLDENBERG, M. **A Arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GONÇALVES, A. M. C. Um olhar sobre o trabalho do agente comunitário de saúde. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v6n1/Tribuna%202.pdf> . Acesso em 02 fev 2007.

GOYA, S.; SANT'ANNA, R. M. F.; SALES-PERES, S. H. de C.; BASTOS, J. R. de M. Material didático-pedagógico em saúde bucal para cursos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS): uma visão multidisciplinar. **Revista da ABENO**. São Paulo, v. 6, n.2, p.152-191, jul./dez., 2006.

GOYA, S. **Estudo do perfil epidemiológico dos adolescentes no município de Maringá – Paraná**. 2004, Monografia (Especialização) – Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas, Bauru, 2004. 231p.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. IN: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 1-25.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. 331 p.

IBGE – Cidades. **Censos Demográficos**. Disponível em www.ibge.gov.br . Acesso em: 20 jan. 2007.

KASS, L. 1981. **Definição de saúde**. Disponível em: pt.wikipedia.org/wiki/Saúde. Acesso em: 10 jan. 2006.

KRAEMER, A.; MAZUR, C.; CASSOU, F., DIAS, G. F. Diagnóstico em família de uma microárea da área de abrangência de uma unidade de saúde de um

município do estado do Paraná. **Odontologia.com.br**. 2004. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=484>. Acesso em: 10/02/2007.

KUNERT, I. R.; et al. Motivação em saúde bucal. **RGO**. Porto Alegre, v. 38, n. 6, p. 450-456, nov./dez. 1990.

LABURTHE-TOLRA, P.; WARNIER, J. P. **Etnologia e Antropologia**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 105-132.

LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. Estabelecendo prioridades no planejamento local: uma proposta para a estratégia saúde da família In: **I ENCATESPO** - Encontro Catarinense de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos, 2005, Joinville005

LEAVELL, S.; CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill. 1976.

LEEVEY, S.; LOOMBA, N. P. Health Care Administration: A Managerial Perspective. Philadelphia: Leppincott, 1973. Apud: TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em saúde. São Paulo: FSP/USP, 1998, 82p. (Série: Saúde & Cidadania).

LEONARD, B. Crescimento e desenvolvimento das famílias. In: ATKINSON, L.D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989, p.205.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**. Brasília, v. 1, n. 1, p. 3-8, jan/un, 1996.

LEVY-COPELLO, 1996. **Políticas públicas no Brasil**. Pedro Cavalcante. Disponível em:

[http://www.medsobral.ufc.br/especializacao_psf/psf/Políticas de Saude no Brasil.ppt](http://www.medsobral.ufc.br/especializacao_psf/psf/Políticas_de_Saude_no_Brasil.ppt). Acesso em: 10 jan. 2006.

LINTON, R. **O homem: uma introdução à antropologia**. 1976. 470p.

LIRA, G. V. Unidade 1 – Ecologia da doença. Disponível em: <http://www.medsobral.ufc.br/aulas/s3/dp/scat/Unidade%201%20-%20Ecologia%20da%20Doenca.ppt>. Acesso em: 12 fev. 2007.

LITMAN, T. J. The family as basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview. **Social Science and Medicine**. Oxford, v. 8, n. 9/10, p. 459-519, 1974.

LORETTO, N. R.; et al. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. **Revista da ABO Nacional**, v. 8, p. 45-9, 2000.

LOURENÇO, E. C. **A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no estado de Minas Gerais**. 2005. 89f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de odontologia de Piracicaba - UNICAMP, Piracicaba, 2005.

LUPTON, D. **The Imperative of Health. Public Health and the regulated body**. London: Sage. 1995.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição demográfica – Anos 80. In: SANTANA, J. P. (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário**. Brasília: OPAS, 1995. p. 138-154.

MAIA, D; ROCHA, S. Os programas saúde da família e agente comunitários de saúde e sua interface com a escola. Salto, 2002. Disponível em: <http://tvebrasil.com.br/salto/boletim/2002>. Acesso em 12 jan. 2007.

MANCIUX, M. A saúde da família. In: _____. **A saúde do mundo**. Genebra, p. 4, ago/set., 1975.

MARCON, S. S. **O processo Saúde-doença e a família**. Maringá: Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. Apostila do curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família. 2006.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde **Projeto para implantação do PSF em Maringá**. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, mimeo, 2000a.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde **Dados epidemiológicos**. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, mimeo, 2000b.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde **Relatório Anual de atividades em Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde, mimeo, 2002

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde **Plano Municipal De Saúde / Odontologia**. Mimeo. 2004

MARINGÁ. Convention & Visitors Bureau Disponível em: www.maringacvb.com.br/artigosVer.php?artigo_id=334&id=2. Acesso em 20 jan. 2007.

MARTINS, M. D.; et al. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**. Curitiba, v.2, p.132-36, 1999.

MARQUES, C. M. S. Processo saúde-doença. In: BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde (Org.). **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 103-113.

MATOS, P. E. S. **A inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde de Família: da Universidade aos Pólos de Capacitação**. 2003. 121f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Bauru, 2003.

MAUAD, N. M.; FERNANDES, B. M.; COSTA, T. J. N. M. da; SILVEIRA, S. P. A visita domiciliar: instrumento de diagnóstico da morte materna em Juiz de Fora. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v6n1/Pesquisa.pdf>. Acesso em 02/02/2006.

MAUKSCH, H. D. A social science basis for conceptualizing family health. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 8, n. 9/10, p. 521-528, 1974.

MEDEIROS, U. V.; WEYNE, S. de C. A doença cárie dentária no Brasil e no mundo. **UFES Rev. Odontol.**, v. 3, n. 1, p. 88-95, jan-jun. 2001.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M.F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 138-154.

MELO, M. M. **As diretrizes curriculares nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação**. 2004. 148p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES H. W. B. **Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde**. 1999. 175p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 1999. .

MILIO, N.; KATZ, M. Promoting health through public policy. **Journal of Health Politics Policy and Law**, v. 8, n.1, p.176-177, 1983.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco; 1993.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversal e Ética**. Brasília, 1997.

MORRIS, J. N. *Uses of epidemiology*. 3ª ed. Churchill Livingstone, Edimburgo. 1975. Apud: PAIM, J.S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. Ciências & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

NAIDOO, S.; WILLS, J. **Health Promotion, Foundations for Practice**. Londres: Baillière Tindall, 1994.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V.G. (Org.). **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2000. p. 341-51.

NARVAI, P. C. **Saúde Bucal: Assistência ou Atenção?** Oficina do Grupo de Trabalho "Odontologia em SILOS - Sistemas Locais de Saúde" da Rede CEDROS, 1992.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**: São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C. **Produção científica na área de odontologia preventiva e social**. 1997. 131p. Tese [Doutorado] - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF?** Jornal do site odonto, Ano II - Nº 36 - Segunda quinzena de abril de 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm> . Acesso em: acesso em 12/ fev. 2007.

NARVAI P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2ed. São Paulo: Santos; 2002.

NASCIMENTO, R. H. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sus.htm> . Acesso em 8/jan. 2006 .

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, ago., 1996.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação família saudável**. 1991. 313 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1991.

NOGUEIRA, M. J. C. Assistência de enfermagem à família. **Rev. Enf. Novas Dimens.**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 327-46, 1977.

NORDENFELT, L. **Health, science and ordinary language**. Sweden: Rodopi, 2001, 235 p.

NOVAES, H. M. D. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. IN: BOTAZZO, C; FREITAS, S. F. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal**: questões e perspectivas. São Paulo: UNESP, 1998, p. 141-158.

NYE, F.I.; BERALDO, F.M. **Emerging conceptual frameworks in family analysis**. New York: Praeger, 1981, 322p.

OLIVEIRA A. G. R. C.; SOUZA E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: SILVA, E. M.; ALVES, T. P. S.; OLIVEIRA, A. G. R.; REGO, M. D.; et al. (Org.). **Odontologia social**: textos selecionados. Natal: UFRN; 1998. 8: 114 - 21.

OLIVERIA, D. R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologias, práticas. São Paulo: Atlas, 1997. 294p.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS/OMS). BENENSON, A.S. **Manual para el control de las enfermedades transmisibles**. Washington DC: OPS, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE) (OPAS/ OMS). Escritório de Representação no Brasil. 1998. **A Saúde no Brasil**. nov., 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). 1997. Disponível em: www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=16&Area=Documentos Acesso em 02/01/2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Escritório Regional Europeu. **Definição de saúde**. Disponível em: pt.wikipedia.org/wiki/Saúde. Acesso em: 10 jan. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Educacion del personal de salud centrada en la comunidad**. 1987. 96 p. (OMS Serie de Informes Técnicos, 746).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4ª ed., São Paulo: Editora Santos, 1999. 66p.

PADILHA, W. W. N.; et al. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. João Pessoa, v. 5, n.1, p. 65-74, jan./abr., 2005.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, pp. 187-220. 1993. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 243-24, 1999.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. v. 9, p. 143-46.

PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. CEPS/ ISC, Salvador. 2002. In: PAIM, J.S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas**

epidemiológicas na gestão do SUS. Ciências & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM, J. S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS.** Ciências & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PRADO, D. **O que é família.** São Paulo: Brasiliense, 1985, 95p.

PRATT, L. **Family structure and effective health behaviour: the energized family.** Boston: Houghton Mifflin, 1976.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA I. M. T. B. Integração e educação em saúde: novas possibilidades para o modelo de saúde bucal nas escolas. **Rev Bras Saúde Escolar**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 23-31, 1996.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. 583p.

PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003, p. 117-139.

PERNA, P. O. O processo saúde-doença. In: PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Curso introdutório para as equipes de saúde da família.** 2000, mimeo.

PETRY, P.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. **ABOPREV promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas/ABOPREV, 1997.

PINTO, V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva.** São Paulo: Santos, 1989.

PINTO, V. G. Financiamento e organização. In: _____. (Org.) **Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva.**, São Paulo: Editora Santos. 1992. p. 109-169.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4 ed., São Paulo: Editora Santos, 2000.

PINTO, V. G., Epidemiologia das doenças bucais no Brasil., In: Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de saúde_(Org.). **Promoção de saúde Bucal**, São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.27-41.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal: Odontologia Preventiva e Social**, 4 ed. São Paulo: Editora Santos, 1994.

PINTO, V. G. Índice de cárie no Brasil e no mundo, **Revista Gaúcha de Odontologia.** Porto Alegre, v.44, p.8-12, 1996.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.4, n.20, 1986. p. 309-17.

[[Medline](#)] [[Lilacs](#)] [[SciELO](#)]

RIBEIRO, I. M. **Interação: a enfermagem assistindo a família da criança maltratada.** 1990. 290f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1990.

RODRIGUES, C. C.; LEITE, I. C. G. ; PAULA, M. V. Q. . Conhecimentos e atitudes em saúde bucal dos usuários do serviço público: o papel do profissional como agente de informação em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 8-16, 2004.

ROGERS, M. E. Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. New York: Wiley, 1983. In: GILLIS, C.L.; et al. **Toward a science to family nursing**. Califórnia: Addison-Wesley, 1989, p.79.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000. 238f. Tese (Doutorado). Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A.C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003, p.28-49.

ROSENHTAL, E. A Odontologia no Brasil - História. **Jornal da APCD**, São Paulo, Outubro, 1995 - Por Raul Muxfeldt, Via Internet - Alta Vista (Português), 27 de julho de 1998.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi. 1994.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 24.

SALES-PERES, S. H. de C. **Perfil epidemiológico de cárie dentária em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na Região Centro-Oeste de Estado de São Paulo**. 2001. 178f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2001.

SALES-PERES, S. H. de C.; BASTOS, J. R. de M. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades

fluoretadas e não fluoretadas, na Região Centro-Oeste de Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p.1261-88, set-out, 2002.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: CADRHU. **Capacitação e desenvolvimentos de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999.

SANT'ANNA, R. M. de F. **Análise do conhecimento em saúde bucal dos professores de ensino fundamental das escolas públicas de Bauru-SP**. 2007. 198f. Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **História das políticas de Saúde no Brasil**. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Centro de formação dos Trabalhadores de Saúde. Tapiri Vídeo Produções. 1992. Videocassete.

SÃO PAULO. **Educação em Saúde Planejando as Ações Educativas Teoria e Prática**. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS. São Paulo, 1997. 115p.

SÃO PAULO, Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Educação em Saúde: planejando as ações educativas. Teoria e prática. **Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo**. São Paulo: SES, 2001. 115p. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf. Acesso em 15 dez/2006.

SAPATA, M. P. M. **A Lógica atual de organização do Sistema de Saúde Público no Brasil**. Aula 01. Curso de Especialização em Saúde da Família, 2006.

SCHRAIBER, L. B. (Org.) **Programação em saúde, hoje**. São Paulo: Hucitec. 1990. In: PAIM, J.S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das**

práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciências & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

SENN, D. M.; ANTUNES, E. H. Abordagem da Família (a Criança, o Adolescente, o Adulto e o Idoso no Contexto da Família). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Condutas Médicas.** Brasília: Universidade de São Paulo. 2002. p. 6-4.

SEPA, L.; KARKKAINEN, S.; HAUSEN, H. Caries frequency in permanent teeth before and after discontinuation of water fluoridation in Kuopio, Finland. **Community Dent. Oral. Epidem.**, v. 26, n. 4, p. 256 – 262, aug., 1998.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde.** Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. 1323f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, J. O. **Educação e Saúde: palavras e atos.** Porto Alegre: Dacasa, 2001.

SILVA, A. L. T. **A saúde bucal coletiva sob a ótica de professores da rede estadual de ensino de São Paulo.** 2002. 111f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

SILVEIRA, G. T. **Escola promotora de saúde: quem sabe faz a hora!** 2000. 174f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

SILVEIRA FILHO A. D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática.** Disponível em: <http://www.saúde.gov.Br/bucal> . Acesso em: 12 mar. 2006.

SIMIONATO, M. A. W.; OLIVEIRA, R. G. **Funções e transformações da família ao longo da história.** 2003. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a07Simionato03.pdf> Acesso em: 12 set. 2006

SMEI TZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOUSA M. F. O PSF nos Grandes Centros Urbanos: o passado nos condena. In: _____. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec; 2002a. p. 23 - 33.

SOUSA M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec; 2002b. 219p.

SOUZA, R. P. de. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente.** Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 75-82.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de APS,** Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 10-14, 1999.

SOUZA, R. A. A.; BERGAMASHI JUNIOR, E. **Estudo da prevalência de cárie dentária e fluorose no município de Araçatuba – SP.** Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Paulista, 1999.

SOUZA, E. C. F; OLIVEIRA, A. G. R. C. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. **Odontologia preventiva e social:** textos selecionados. Natal: UFRN, 1997.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

SURITA, R. T. S. **Identificação do Programa Saúde da Família no município de Maringá**. Monografia (Especialização) Maringá: CESUMAR, 2000. 62p.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998. (Série: Saúde & Cidadania).

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.

TEMPORÃO, J. G. Bom exemplo: entrevista com o ministro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. n. 8, out./dez , 2005.

TIGRE, C.; et al. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. **Educ. Méd. Salud**, v. 24, n. 3, p. 306-320. 1990. In: PAIM, J.S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. Ciências & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

TOMITA, N. E.; et al. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. **Rev FOB**. Bauru, v. 9, n. 1/2. p. 63-69, jan./jun., 2001.

TORO, R. **Teoria da Biodança**: coletânea de textos. Fortaleza: ALAB, 1991.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez. p. 139-156. 1989.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

UNFER, B. **O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação.** 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual de São Paulo, Araçatuba.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) - proposição e programação.** Brasília – DF, 2000. Disponível em: www.saudebucalcoletiva.unb.br . Acesso em: 15 dez. 2006.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde:** o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil e nos anos 80. Rio de Janeiro, 1993. 122 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. 1993.

WAECHTER, E. H.; BLAKE, F. G. **Enfermagem pediátrica.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

WAGNER, A. B. P.; WAGNER, H. L.; TALBOT, Y. et. Al. Trabalhando com famílias em saúde da família. **Rev. Méd. Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 6-40, jan./dez. 1999.

WANDERLEY ,L. C. S.; ALMEIDA, T. F.; SEIXAS, D. M. R. O levantamento epidemiológico como etapa do diagnóstico da situação de saúde bucal no PSF: o exemplo de Joanes Centro-Oeste, Salvador – BA. **XIV CIOBA. 2004.** TLP 24. Disponível em: <http://www.cioba.org.br/anais2006.pdf>. Acesso 02 fev 2007.

WERNECK M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** 1994. 194p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense. Niterói. 1994. Apud: RONCALLI A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal:** universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000. 238f. Tese (Doutorado). Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

Suzana Goya

WESTPHAL, M .F.; ALMEIDA, E. S. (Org). **Gestão em serviços de Saúde**. São Paulo: Edusp, 2001.

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIEGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 1-26.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**. v. 22, p. 429-45. 1992.

[[Medline](#)]

WOORTMANN, K. **A família das mulheres**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987.



Abstract

Abstract

Abstract

Abstract
Abstract

Abstract

Abstract

Model of establishment of Oral Health Team in the Family Health Program (PSF) at the city of Maringá, Brazil

The Family Health Program (FHP) is not an additional strategy in the organization of services, but rather a substitute proposal for rearrangement of the basic health care model. This strategy aims to meet the principles of the Brazilian Public Health System (SUS), addressing health in a universal, holistic and equitable manner, including community participation. Moreover, it addresses the family and not only the individual, in its physical and social environment, within its community and actual family life, thereby facilitating the understanding on the health-disease process aiming at health education and consequently at self-care in general and oral health. The theoretical basis of PSF and the working context of the Oral Health Teams (ESB) favor the interaction with the family and community. The activities developed (epidemiological surveillance, home visits, pediatrics and orientation on health care and factors interfering with quality of life) are opportune for working with the family. Planning and scheduling activities adequate to the local reality may guide and improve the actions developed by the entire Family Health Team (ESF). This study aimed to characterize the establishment of ESB in PSF at the city of Maringá, Brazil, since planning of its organization, training, local planning, activities developed, up to home care. This report on the experience of the city and Team 33 of the Basic Health Unit (UBS) Iguaçu aims to guide the professionals (ESB) working with the PSF in the future, so that they may be aware of what is feasible and may be proposed and performed within a multiprofessional team. The report also intends to guide the dental professionals, who may present working proposals in the different activities of the ESF. In conclusion, clear goals and objectives are necessary for development of a multiprofessional work. Training is necessary for planning and interpersonal relationship, as well as on theoretical-practical methods to be adopted by professionals. Dentistry in an ESB has much to contribute with ESF to provide education, information, prevention and specific care to the communities.

Key Words: Family Health; FHP; Oral Health.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)