

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CARLOS LETACIO SILVEIRA LESSA DA SILVA

Do Programa Saúde da Família ao “Brasil sorridente”:
O caminho da integralidade em saúde bucal

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

CARLOS LETACIO SILVEIRA LESSA DA SILVA

Do Programa Saúde da Família ao “Brasil sorridente”:
O caminho da integralidade em saúde bucal

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra.

Rio de Janeiro
2009

CARLOS LETACIO SILVEIRA LESSA DA SILVA

Do Programa Saúde da Família ao “Brasil sorridente”:
O caminho da integralidade em saúde bucal

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Prof^a Dr^a Maria Isabel de Castro de Souza
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Àquela hora, tudo mudou na história da humanidade: com a
encarnação do filho do Altíssimo no seio da Virgem Maria,
começava a nossa salvação.
Diante de tão grande mistério, o anjo Gabriel pode proclamar: para Deus nada é
impossível.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus onipresente, melhor amigo, aquele que me carregou nos braços nos momentos mais difíceis da caminhada. A minha família minha esposa Adriana e meus filhos Ana Luiza e Rafael que amo, pela longa ausência e pela compreensão e paciência. Aos meus Pais e ao meu sobrinho Cássio pela amizade. Ao meu amigo Paulo Halfeld pela amizade. Ao meu orientador Dr. Carlos Serra, pela amizade, competência e confiança no meu trabalho. Ao Dr. Marcos Besserman pela descoberta da Saúde da família. As equipes de PSF do CSEGSF. As ACDs do CSEGSF. Aos meus amigos de mestrado, amigos porque me fizeram suportar a longa ausência da família sem esmorecer. Aos professores do Mestrado em Saúde da Família pela dedicação. A Aline da secretaria, obrigado pela amizade e competência. A equipe de profissionais do PSF e do CEO de Duque de Caxias. Ao Dr. Renato coordenador de Saúde Bucal de Duque de Caxias. A Dr^a Flávia pelo esforço empreendido para realização desta pesquisa. A Dr^a Else Gribel pela compreensão e amizade.

Aos esfarrapados do mundo e aos que nele se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam (Paulo Freire).

RESUMO

Este trabalho discorreu sobre a política nacional de saúde bucal “BRASIL SORRIDENTE” e sua base conceitual, construída historicamente, e analisou, na prática, sua aplicação nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) no Município de Duque de Caxias, enfatizando a integralidade como garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal. Com isto buscamos verificar se estes centros de especialização no Município de Duque de Caxias, considerado como excelência em Saúde Bucal, cumpriram a diretriz constitucional da integralidade, ampliando o acesso universal aos serviços de média complexidade e garantindo a continuidade dos cuidados na Saúde Bucal, através do sistema de referência e contra-referência. Nesse sentido, foram entrevistados os dentistas das Unidades Saúde da Família, os especialistas dos CEOs e Coordenador do Programa Saúde da Família. O resultado encontrado na pesquisa aponta o município de Duque de Caxias no processo de conquista da excelência, conseguindo ampliar o acesso Universal e a Integralidade, no que se refere ao acesso ao nível de média complexidade em saúde bucal. Analisamos também, os principais projetos e programas e normativas do Ministério da Saúde relacionados com as políticas de saúde bucal até os dias atuais, com a criação dos Centros de Especializações Odontológicas (CEOs) e recuperamos, sucintamente, o contexto histórico que envolveu a Saúde Bucal no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a inseriu no âmbito geral das políticas de saúde.

Palavras-chaves: “Brasil Sorridente”, Integralidade, Continuidade de Cuidados, Referência e Contra-Referência.

ABSTRACT

This work it described about the national politics of buccal health "Brazil Smiling" and his base conceitual, historically built, and it analysed, in practice, his application in the Centers of Dental Specialties (CDS) in the City of Duque de Caxias, when the completeness is emphasizing in the slant like guarantee of the continuity of the care in oral health. With this we look to check if these centers of specialty in the city of Duque de Caxias authority of stickler of discipline, thought how excellent in oral health, they carried out the directive cosntitucional of completeness, enlarging the universal access to the services of middle complexity and when the continuity of the cares was guaranteed in the oral health, through the system of reference and against – reference. In this sense, there were interviewed the dentists of the unities of health of the family, the specialists of the ceos and coordinator of the program health of the family. The result found in the inquiry points to the Duque de Caxias local authority of stickler of discipline in the process of conquest of the excelencia, managing to enlarge the universal access and the completeness, in what if refer to the access at the level of average complexity in Oral health. We analyse also, the main projects and programs and prescriptive of the Ministry of Health connected with the politics of Oral health related the current days, with the creation of the centers of dental specializations and we recover, smoothly, the historical context that wrapped the Oral health in the moviment of the sanitary Brazilian reform and that inserted in the general history of the politics of health.

Key-words: "Brazil Smiling," Completeness, Continuity of Care, Reference and Counter-Reference.

LISTA DE SIGLAS

AI5	Ato Institucional Numero Cinco
ACD	Auxiliar de Consutório Dentário
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CEO	Centro de Especialidade Odontologica
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
ESB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS NO BRASIL: DE 1994 A AGOSTO DE 2008	38
GRÁFICO 2	EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE BUCAL IMPLANTADAS NO BRASIL - 2001 - AGOSTO/2008	39
GRÁFICO 3	RECURSOS FEDERAIS INVESTIDOS EM SAÚDE BUCAL EM MILHÕES DE REAIS	40
GRÁFICO 4	META E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL IMPLANTADAS. BRASIL - 2001 - AGOSTO/2008	43
GRÁFICO 5	PACIENTES, PROCEDIMENTOS E REGISTRO DE ALTAS DO CEO DE IMBARIÊ NO PERÍODO DE FEVEREIRO A SETEMBRO DE 2008	56
GRÁFICO 6	PROPORÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES ODONTOLÓGICAS INDIVIDUAIS	56
GRÁFICO 7	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS	57

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITO – 2008	49
QUADRO 2	CATEGORIAS TEMAS PROPOSTOS PARA ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS	61
QUADRO 3	RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE ENDODONTIA	63
QUADRO 4	RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE PERIODONTIA	63
QUADRO 5	RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE CIRURGIA	63
QUADRO 6	RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE PRÓTESE	64
QUADRO 7	RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	64

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	FLUXO DE PACIENTES PARA OS OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO	62
----------	---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO - A SAÚDE BUCAL: DA REFORMA SANITÁRIA AO “BRASIL SORRIDENTE”	18
2.1	AS POLÍTICAS DE SAÚDE NOS ANOS 70 E 80: A REFORMA SANITÁRIA	18
2.2	ALMA ATA (1978)	20
2.3	AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE	21
2.3.1	A VII Conferência Nacional de Saúde (1980)	21
2.3.2	A Oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)	24
2.3.3	A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (ICNSB)	26
2.3.4	A Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB)	27
2.3.5	A Terceira Conferência Nacional de Saúde (III CNSB)	29
2.4	AS NORMAS OPERACIONAIS DOS ANOS 90 E 2000 (NOBS E NOAS)	30
2.4.1	As Normas Operacionais	30
2.4.1.1	Norma Operacional Básica	31
2.4.1.2	AS NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)	32
2.5	AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NOS ANOS 2000: A INTRODUÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA AGENDA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	34
2.6	INTEGRALIDADE, A CONTINUIDADE DO CUIDADO E A SAÚDE BUCAL: A CONCRETIZAÇÃO DE UM PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL	35
2.7	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONTINUIDADE DO CUIDADO	37
2.8	A POLÍTICA DE SAÚDE “BRASIL SORRIDENTE”	39
2.8.1	“Brasil Sorridente”: uma nova política de saúde bucal	40
2.8.2	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal	41
2.8.3	Os Centros de Especialidades Odontológicas	44
2.9	A Referência e a Contra referência	46
3	OBJETIVOS	49
3.1	OBJETIVO GERAL	49
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
4	METODOLOGIA	50
5	RESULTADOS	54
5.1	LOCAL DE ESTUDO	54
5.2	RESULTADOS DA PESQUISA	58
5.2.1	Análise das questões abertas	61
5.3	ENTREVISTA COM A DIRETORA TÉCNICA DA SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS	67

DISCUSSÃO	69
CONCLUSÕES	74
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE	82
ANEXOS	95
1 INTRODUÇÃO	

O Sistema Único de Saúde (SUS), atual sistema de saúde brasileiro, estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) e regulado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080 e nº 8142 de 1990, deve ser desenvolvido segundo as diretrizes previstas no art. 196 CF/88, descentralização, atenção integral e participação da comunidade, e obedecer aos princípios, entre outros, da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e da integralidade de assistência. Com base nestes princípios a Saúde bucal passou por uma reformulação conceitual e prática da sua filosofia orientadora, surgindo, assim, não só uma nova nomenclatura como também uma nova forma de pensar e agir na assistência.

Segundo Narvai nos anos 80 foi incorporado à expressão Saúde Bucal ao termo coletiva, não por razões fonéticas, mas para evitar rotular a saúde bucal à odontologia até então praticada, por ser excludente e assistencialista, impedindo a visão do indivíduo como um todo e da sua coletividade. Assim, a Saúde Bucal Coletiva buscava construir um referencial teórico para as ações a serem desenvolvidas que extrapolassem os limites meramente assistenciais. (NARVAI, 2002).

Dessa forma, podemos dizer que a partir da promulgação da Constituição e a entrada da odontologia no SUS, a Saúde Bucal Coletiva vem adquirindo importância crescente no cenário da saúde brasileira, não só pelo vulto e importância dos problemas odontológicos acumulados na população brasileira como também pela incorporação dos cuidados odontológicos ao Programa de Saúde da Família, que contribuiu para uma mudança de paradigma na odontologia.

O final dos anos 80 e a década de 90 foram de fundamental importância para

a Saúde Bucal Coletiva. Na I Conferência Nacional de Saúde Bucal(1986) foram discutidos temas importantes como a inserção do profissional odontólogo no SUS, a realização de um censo odontológico, bem como o financiamento para a Saúde Bucal Coletiva.

Após a concretização do censo odontológico de 1986, que só aconteceu no ano de 1988, tornou-se explícita a magnitude dos problemas odontológicos identificados na população. Este retrato da saúde bucal brasileira possibilitou a elaboração de uma política pública capaz de dar conta das reais necessidades da população.

Após as discussões da II Conferência Nacional de Saúde Bucal(1993), a odontologia começou a ser vista como relevante e como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. Este entendimento, na prática, foi consolidado pela incorporação da Equipe de Saúde Bucal, no ano 2000, ao Programa de Saúde da Família, que hoje é reconhecidamente uma política de Estado. Portanto, a garantia do acesso à atenção básica, que responde por cerca de 70% dos problemas de saúde da população, e a complementação dos cuidados, através do acesso aos Centros de Especialidades Odontológicas, contribuirão para a consolidação da Integralidade na atenção e o cuidado ao usuário.

A partir da entrada do odontólogo no PSF, as demandas reprimidas existentes urgiam pela criação de um nível de complexidade que pudesse resolver às reais necessidades de média complexidade em saúde bucal identificadas na atenção primária naquele momento. Para este fim foi criado no ano de 2004 os CEOs, que são os responsáveis pela referência de média complexidade para a rede de unidades básicas já existente e Equipes de Saúde Bucal incorporadas ao PSF.

Analisamos o município de Duque de Caxias e verificamos se estão cumprindo a Integralidade como diretriz constitucional, ampliando o acesso universal aos serviços de média complexidade e garantindo a continuidade dos cuidados na Saúde Bucal, através do sistema de referência e contra-referência.

A saúde bucal sempre foi negligenciada nas políticas públicas de saúde, o último censo odontológico, SB 2000, mostra com clareza os efeitos deletérios para a saúde da boca, com conseqüências marcantes para a saúde da população, dessa forma o interesse na realização desta pesquisa deve-se ao fato das políticas do Estado Brasileiro, estarem priorizando a saúde bucal, através de diretrizes, incentivos financeiros e premiações, de forma a propiciar aos municípios investirem

na saúde dos seus usuários com a melhoria da qualidade de vida geral.

Sendo assim o que justifica a realização desta pesquisa é o estudo de uma experiência bem sucedida em organização dos serviços em saúde bucal em uma área de grandes dificuldades e problemas de coordenação e organização, que é o sistema de referência e contra-referência, permitindo aferir o grau de resolução deste município na continuidade do cuidado em saúde bucal.

A estrutura da dissertação esta disposta da seguinte forma:

No primeiro capítulo a introdução do trabalho.

No segundo capítulo temos a descrição dos objetivos da dissertação que tiveram como apoio a política nacional de saúde bucal “Brasil Sorridente” e sua base conceitual construída historicamente, e eixo principal analisar, na prática, sua aplicação nos Centros de Especialidades Odontológicas no Município de Duque de Caxias, considerado como excelência em Saúde Bucal, enfatizando a integralidade, entendida neste trabalho como garantia do direito à continuidade do cuidado.

No terceiro capítulo discorremos sobre as políticas públicas de saúde dos anos 70e 80, proporcionando uma revisão do Movimento da Reforma Sanitária até as políticas dos anos 2000, quando efetivamente a odontologia entrou nas políticas públicas de saúde.

No quarto capítulo apresentamos os conceitos centrais da metodologia teórica que norteia nosso estudo, que foi a Pesquisa na organização, gestão e avaliação dos serviços básicos de saúde(ESB) em articulação aos serviços de média complexidade(CEO). Estudo de Caso com finalidade exploratória, de uma experiência bem sucedida.

No quinto capítulo a pesquisa faz uma apresentação do sistema de referencia e contra referencia e as suas dificuldades dentro do Sistema Único de Saúde. Enfatiza ainda a dificuldade da regionalização em função das desigualdades socioeconômicas no Brasil principalmente em função da atomização dos municípios brasileiros.

Nos capítulos seguintes apresentamos os resultados, a discussão e a conclusão do trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NOS ANOS 70 E 80: A REFORMA SANITÁRIA

O Estado Brasileiro tem enfrentado politicamente a questão da saúde através de intervenções marcadas pela compreensão histórica do processo saúde-doença. Assim, as políticas formuladas acabavam por privilegiar o modelo biomédico na década de 70, acentuando, dessa forma, essa tendência e, a ela, se agregavam ou se evidenciavam novas características que comporiam o perfil das Políticas de Saúde predominantes até os anos 80, como: os serviços se organizam de forma a fortalecer o setor privado através da compra de serviços pelo INAMPS; oferta desigual de serviços com concentração em algumas regiões e fragmentação das ações de saúde entre vários sub-setores e instituições, com o conseqüente desperdício de recursos e baixa qualidade dos serviços, resultando em uma grave crise do setor de saúde, tanto financeiro quanto na resolutividade dos problemas coletivos e individuais da população, aliada as crises financeiras e econômicas que acabaram por gerar uma grande insatisfação social (ESCOREL e LIMA, 1992).

A partir dos anos 80 mudanças significativas ocorridas no cenário político brasileiro como a abertura política caracterizada naquele momento pela anistia aos exilados políticos, a queda do Ato Institucional nº 5 (AI-5)¹, a volta dos exilados políticos, entre outras, demonstravam a possibilidade de que o País poderia voltar a ser livre e mais justo socialmente.

A ditadura implantada após o Golpe de 1964 deu início a um movimento político entre os profissionais da área da saúde e no meio universitário, que consideravam as medidas autoritárias incompatíveis com a saúde (RADIS, 2003).

Segundo Arouca (2003) o Movimento Sanitário ou Movimento da Reforma Sanitária que surgiu nos anos 70, fruto dos ideais de luta de estudantes universitários, docentes ligados aos departamentos de medicina social, pesquisadores, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, etc.,

¹ O AI-5, editado em, 13 de dezembro de 1968, durante o governo do general Costa e Silva, produziu um conjunto de ações arbitrárias de efeitos duradouros. Definiu o momento de maior radicalização do regime, dando poder de exceção aos governantes para punir arbitrariamente os que fossem considerados inimigos do regime.

denunciando a real situação sanitária da população e defendendo a ampliação do acesso a todos os brasileiros à saúde, incorporou as experiências de medicina comunitária, dos movimentos populares e avançou na proposta municipalista.

Este movimento político e social gestado na área da saúde, teve, seu ápice no início da década de 80, tendo como bandeira “Saúde como direito de todos e dever do Estado” e como intenção inicial “derrubar a ditadura para depois melhorar a saúde” (RADIS, 2003, p. 9), fortaleceu-se na medida em que os governos municipais e estaduais, antes nomeados pelo presidente da república, passaram a ser eleitos por voto direto e a discutir junto com o Movimento os problemas de saúde existentes na sua população. De acordo com Silva (2007, p. 7) “O movimento sanitário também se fortaleceu na medida em que foram incorporados as aspirações dos governos estaduais e municipais”.

O movimento sanitário entendia que a ditadura era incompatível com a saúde e, dessa forma, visava reconquistar os direitos sociais e políticos para que então pudesse mudar o sistema de saúde o modelo de atenção à saúde. Este movimento político, teve a participação de outros atores sociais como técnicos, docentes dos departamentos de medicina social da Universidade de São Paulo (USP), Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP), Universidade de Campinas (Unicamp) e do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), estudantes, associações de moradores, alguns sindicatos, especialistas, pensadores. “Eles eram minoritários, mas eram portadores de mensagens, estudos e propostas de transformação do setor saúde numa visão de grande sistema” (AROUCA, 2002, p.6). Ganharam forças com o avanço do chamado movimento municipalista que, entre 77 e 82, conseguiu realizar diversos encontros entre os municípios do nordeste e sudeste, representando, assim, um importante espaço de denúncias da crise no setor de saúde, publicadas em uma carta à nação intitulada “Muda Saúde” (RADIS, 2003).

Essa carta, redigida no IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde (1985), propunha um conjunto de diretrizes que deveriam orientar a política de saúde do futuro governo Tancredo Neves, tendo como base principal às políticas sociais e econômicas, não como eixo da retomada econômica e sim como desenvolvimento Social, sendo que a Política de Saúde deveria estar centrada no Estado como um dever e como um direito social de cada cidadão.

Segundo Noronha e Lecovitz (1994 *apud* SERRA, 1998, p. 3) as políticas de saúde pública nos primeiros anos da década de 1980 foram trabalhadas no sentido de que as ações e serviços dessem conta da cobertura assistencial da população, porém, com a Nova República, ocorreu uma concentração das políticas focadas na descentralização política-administrativa bem como nas propostas de reorganização jurídico institucional e universalização dos direitos de acesso aos serviços de saúde pública.

Durante esse período, é oportuno destacar que o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1981, reunindo um conjunto de propostas racionalizadoras para enfrentar o corte dos gastos em saúde, propôs em 1982 o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social – O Plano do CONASP, que prescreveu a regionalização e a hierarquização como estratégias de reorganização do sistema público. O Plano também estabelecia que a “(...) rede básica de serviços de saúde deveria ter sua clientela vinculada ao domicílio e com sistemas de referência e contra-referência bem determinados”. A operacionalização dessas propostas ficou a cargo da política de Ações Integradas de Saúde (AIS) (SERRA, 2003, p. 53).

Apesar das dificuldades que a reforma encontrava na concepção das propostas de um sistema de saúde que pudesse dar conta das necessidades da população, havia todo um movimento no sentido de que fossem concebidas políticas com caráter de regionalidade e hierarquização, bem como a concepção de uma rede básica que pudesse vincular esse cliente a um sistema de referência e contra referência, demonstrando a preocupação com a integralidade e o cuidado ao usuário do sistema. Ainda para este autor, o plano CONASP resgatou algumas idéias do movimento da reforma sanitária a respeito da descentralização, universalização e integralidade.

Neste trabalho a integralidade é entendida como direito de acesso a todos os níveis de complexidade, articuladas por um sistema de referência e contra-referência bem definido, de forma a garantir a continuidade do cuidado.

2.2 ALMA ATA (1978)

No cenário internacional, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em Alma-Ata, na União Soviética em 1978, teve como foco de discussão as desigualdades sociais, suas conseqüências para a saúde dos

países pobres e soluções que pudessem tornar o panorama diferente no ano 2000. “O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000” (ALMA-ATA, 1978, p. 1).

Discutiu-se, também, um novo conceito de saúde onde a simples ausência da doença física não seria capaz de explicar a saúde de uma determinada coletividade, sendo que o médico, deixaria de ser o único responsável pela saúde “complexa” de sua população. Assim, ele teria outros setores e atores, para dividir essa missão de difícil realização, envolvendo, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações, entre outros (ALMA-ATA, 1978).

O conceito ampliado de saúde/doença, uma das proposições do movimento sanitário influenciado por Alma Ata, está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura, etc. Por isso a saúde não pode ser discutida como política do Ministério da Saúde, por se tratar de um processo mais amplo e complexo, mas como Política de Saúde formulada pelo Estado, em resposta às demandas da sociedade, pressupondo uma cuidadosa reflexão sobre o caráter social desse processo saúde-doença e do conceito desse binômio.

Essa reflexão é importante porque, se a relação saúde/doença não for enfrentada como um processo, teremos uma visão parcial e, portanto, limitada no seu poder explicativo, das condições que determinam as formas individuais e coletivas de adoecer e morrer. A saúde não é exclusividade do Ministério da Saúde, devendo ser discutida por outros setores, que são também responsáveis pela saúde de seus cidadãos (RADIS, 2006).

2.3 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

2.3.1 A VII Conferência Nacional de Saúde (1980)

Na década de 80, a Saúde Bucal começou a ser discutida mais intensamente

no interior do movimento sanitário odontológico, que tomava vulto e visibilidade no processo da reforma sanitária, e este fato ficou explicitado nas VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde, e na I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Segundo Serra (1998), as críticas da classe ao modelo hegemônico de atenção à saúde desencadearam uma grande mobilização em prol de mudanças no setor.

Nesse cenário de intensa movimentação no Brasil e em outros países, a Odontologia começou a assumir concretamente uma posição nesse processo de mudança, fazendo-se presente na VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS) realizada em março de 1980, quando, pela primeira vez, se discutiu nacionalmente a Saúde Bucal como parte integrante e indissociável da saúde do indivíduo.

O grupo de debates encarregado de analisar e oferecer sugestões quanto à participação da odontologia nos serviços básicos de saúde considerou importante deixar registrado que se constitui esta a primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde em que se dá destaque e se enseja de forma específica a discussão sobre a contribuição da odontologia num programa nacional de saúde (ANAIS DA VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, p. 175).

Nessa Conferência, um amplo debate relacionado à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) foi realizado com intuito de se discutir uma política para a atenção primária consoante ao que se havia debatido em Alma-Ata. O PREV-SAÚDE foi resultado de uma proposta de entendimentos entre os Ministérios da Previdência Planejamento e Assistência Social (MPAS) e Ministério da Saúde (MS), visando imprimir maior eficiência e eficácia ao setor saúde e apontava para a mudança de modelo de saúde.

Tratava-se, portanto, de um programa voltado para as necessidades básicas de saúde e definia-se como “o conjunto de serviços dirigidos às pessoas, a comunidade e a melhoria do ambiente, necessário à proteção e promoção da saúde, a prevenção das doenças, ao tratamento das doenças e traumatismos mais comuns, e a reabilitação básica de suas conseqüências” (VII CNS, 1980, p. 21). Segundo o PREV-SAÚDE, a saúde bucal era uma das cinco atividades que deveriam compor uma unidade básica de saúde.

No sub-tema nº 7 da VII CNS – “Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde”, foi discutido e apresentado um diagnóstico da situação da saúde bucal no Brasil, que apontava para ineficiência, ineficácia, má distribuição dos serviços de saúde, baixa cobertura por se tratar de políticas excludentes, principalmente, no que

se relacionava a programas de abrangência para adolescente e adultos, a alta complexidade nas tecnologias do setor, por não primar por promoção, prevenção e recuperação à saúde e ao enfoque curativo mercantilista e monopolista com recursos humanos despreparados para as reais necessidades epidemiológicas da população brasileira (VII CNS, 1980).

Nessa Conferência de 1980, no sub-tema nº 11 da VII CNS – “Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde”, que tratava da questão da Integralidade no sistema de saúde, a preocupação dominante era a possibilidade de se criar um sistema resolutivo que pudesse dar conta das necessidades de saúde na atenção básica, porém, pouco se aprofundou em relação aos outros níveis de complexidade do sistema. Havia, entretanto, a intenção de criar um sistema capaz de contemplar um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação à saúde, dando continuidade e garantindo aos indivíduos o atendimento e o tratamento das doenças, prestando uma atenção integral (VII CNS, 1980).

Uma das recomendações sugeridas no relatório final desse grupo foi à criação de um núcleo técnico no MS com a responsabilidade de equacionar os problemas na odontologia e de planejar e normatizar as ações no nível nacional. Em 1982 foi criada no Ministério da Saúde o Grupo Técnico Odontologia (GT-ODONTO) - (Unidade de Sistema de Odontologia) -, subordinado à Secretaria de Programas Especiais de Saúde, com a finalidade de definir e orientar as ações no MS no campo da odontologia. O GT-ODONTO elaborou um documento reproduzindo as propostas da VII CNS de 1980, porém, as recomendações dessa conferência não foram levadas adiante, sendo somente efetivada a proposta relativa a fluoretação das águas de abastecimento. “A prevenção maciça far-se-ia pela generalização da fluoretação de águas de abastecimento público para cidades que disponham desses serviços” (ANAIS da VII CNS, 1980, p. 177), porém a Lei Federal nº 6.050/1974, regulamentada pelo Decreto nº 76.872/1974 já determinava a fluoretação das águas de abastecimento no Brasil.

A dicotomia curativo-preventiva sempre esteve presente nas atribuições da Previdência-Ministério da Saúde para atenção à saúde. As ações coletivas do MS restringiam-se aos programas de fluoretação das águas de abastecimento público. Este modelo assistencial não foi modificado e o seu gerenciamento, fortemente centralizado, tornou-se, cada vez mais, incontrolável. A falta de um instrumento público para coordenação e fiscalização dos programas muito contribuiu para que isto acontecesse (SERRA, 1998, p. 28).

Apesar das discussões sobre as políticas de saúde pública estarem progredindo para um modelo assistencial que conseguiria dar conta da saúde individual e coletiva da sua população, a falta de instrumentos e mecanismos da administração pública que pudessem fiscalizar, orientar e coordenar as ações destas políticas contribuíram para que as mesmas continuassem existindo somente através das portarias e decretos e leis(SILVA, 2007).

Pode ser atribuído o mérito à VII CNS de trazer para a discussão nacional a Saúde Bucal como parte indissociável da saúde. Este fato constituiu-se num momento de grande afirmação e conquista para a saúde bucal, pois até aquela data não era reconhecida como suficientemente importante para constar de uma política pública de saúde. Em relação a esta visão o grupo de trabalho de odontologia fez a seguinte observação (VII CNS,1980).

À Saúde Bucal tem-se atribuído um cunho ou caráter de especialidade dentro das ciências médicas e que isto, automática e desavisadamente, tem induzido a se crer que é muito difícil, quando não impeditiva, sua participação nos programas de saúde pública (ANAIS VII CNS, 1980, p. 175).

Entendeu o grupo de discussão que apesar da profissão odontológica ter evoluído a partir da medicina não deveria ficar segregada da participação de um programa de atenção primária em saúde e, tampouco, constituir grupos de discussão e elaboração de programas isolados. Ressaltou-se ainda que a odontologia tem um papel definido a cumprir dentro de um programa dessa natureza(VII CNS,1980).

2.3.2 A Oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)

Em 1986, porém, na Oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), a Saúde Bucal, novamente, voltou a se dissociar da saúde como um todo, passando a discutir questões da odontologia à parte das demais necessidades de saúde da coletividade, no sentido amplo da saúde pública. “O ser humano é composto por uma diversidade de fatores que influenciam a sua vida” (RADIS, 2006, p. 9) e, por este motivo, não podemos discutir saúde isoladamente, pois ela faz parte de uma rede complexa bio-psico-social que deve ser discutida e entendida na sua mais

complexa forma possível para que possamos entendê-la de uma maneira mais integral (RADIS, 2006).

As discussões sobre as mudanças no modelo de atenção à saúde se aprofundaram na VIII CNS, cujo objetivo foi fornecer as diretrizes para a reformulação do sistema nacional de saúde e alimentar o intenso debate até a aprovação da Constituição de 1988. Ressalte-se que, do ponto de vista de concepção, conseguimos um sistema de saúde bastante avançado, contrapondo-se, inclusive, ao modelo hegemônico colocado pela área econômica. A VIII CNS consolidou as diretrizes do movimento da reforma sanitária, aprovando, de modo definitivo, a descentralização, o fortalecimento do papel do Município e a participação da sociedade civil organizada nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (SERRA, 1998).

A VIII CNS constituiu-se num amplo processo de debate, iniciado nas pré-conferências estaduais e municipais e culminando com a participação de grande parte do setor saúde e de representações da sociedade civil, o que deu àquela Conferência uma grande legitimidade, no sentido de apresentar os anseios dos profissionais da saúde na reformulação da Carta Magna no que se refere à saúde, e que viria a acontecer no ano de 1988.

Assim como na VII CNS, os profissionais da odontologia estiveram presentes na VIII CNS, discutindo as pretensões da classe com relação às políticas públicas de saúde bucal, porém com uma diferença marcante: a realização de uma Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que seria realizada concomitantemente com a VIII CNS, o que dava à categoria uma autonomia maior para discutir as políticas de saúde bucal pela sua própria ótica (SERRA, 1998).

Contudo cabe destacar que naquele momento talvez fosse mais necessária a inserção dos odontólogos nas discussões ocorridas na VIII CNS de forma a consolidar a posição do dentista como um profissional de saúde pública, demonstrando a sua real importância na discussão e elaboração de políticas públicas de saúde (SILVA, 2007).

Dessa forma, deve-se considerar que o espaço conquistado nas VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde pelos odontólogos apontado por Serra (1998) e reafirmado no relatório final da I CNSB, de que a saúde bucal seria parte da saúde geral, integrante e inseparável da mesma, se consolidou na prática, como política pública de saúde nos anos 2000, quando o odontólogo, através da portaria 1444 de

dezembro daquele ano, alcançou sua inserção no Programa Saúde da Família (PSF). Entretanto, esta implantação ocorreu de forma separada, através de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) e não pela da entrada desse profissional como parte integrante da equipe Saúde da Família, onde existem financiamentos, políticas e estratégias diferentes para sua implantação e funcionamento (SILVA, 2007).

2.3.3 A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (ICNSB)

Na I CNSB (1986) um importante passo foi dado no sentido de impactar à saúde como um todo e a saúde bucal em particular, quando se destacou a importância da realização de um diagnóstico em saúde bucal no Brasil, tendo em vista que nos países da Europa e os Nórdicos, para uma simples comparação, se mantém uma base de dados de prevalência de cárie desde as primeiras décadas do século passado (RONCALLI, 1998).

Ainda no ano de 1986, tendo como título “A Primeira Grande Experiência: Levantamento Epidemiológico Em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986” (RONCALLI, 1998, p. 32), foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS). A política de saúde bucal nunca, até 1986, havia realizado um levantamento epidemiológico apresentando dados fidedignos, para que fosse possível elaborar uma política pública que apresentasse as reais necessidades da população brasileira, além do desenvolvimento de ações de caráter preventivo, educativo e curativo.

Tratava-se da primeira experiência de grande envergadura levada a cabo pelo poder público, uma ousadia que se seguiu ao estabelecimento de um levantamento epidemiológico, de nível nacional, realizado pela saúde pública brasileira (ZANETTI, 1993). O levantamento epidemiológico só ficou pronto em 1988 e foi tornado público pela Divisão Nacional de Saúde Bucal.

Após a promulgação da constituição de 1988 até 1990 discutiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua regulamentação, que só veio a acontecer em setembro e novembro de 1990, através da Lei 8080 e Lei 8142, respectivamente. A chamada Lei Orgânica da Saúde dispôs sobre as condições para a garantia de acesso universal aos bens e serviços de saúde, além de consagrar as diretrizes da descentralização com ênfase para os municípios, a integralidade da assistência e a

participação da comunidade (LEI Nº 8080, 1990).

Dessa forma os municípios deveriam estar desenvolvendo ações de alcance coletivo sem deixar de dar a devida importância às ações de alcance individual, abrangendo de forma integral as medidas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de forma a possibilitar o atendimento às necessidades básicas do indivíduo e da comunidade.

2.3.4 A II Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB)

Em 1993, entre os dias 25 e 27 de setembro, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Bucal (IICNSB), ressaltando na sua introdução, que a saúde é bem mais do que a simples ausência da doença, que ela está ligada à estrutura socioeconômica do País.

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e esta relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação (II CNSB, 1993, p. 6).

Entretanto o relatório final dessa conferência, ao fazer referência à falência do sistema público, apresentou os indicadores de saúde de morbidade bucal existentes, explicitando os elevados índices de mutilações de cáries dentárias, doenças periodontais, câncer bucal, má oclusão e anomalias congênitas que colocam o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal no mundo.

Contudo, o relatório supra citado não faz menção aos bebês nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer por associação à doença periodontal (CASTRO *et al.*, 2005), doença cardiovascular associada à doença periodontal (COELHO *et al.*, 2005), lesões de cárie que evoluem para abscessos, celulites e anginas de Ludwig, trombose do seio cavernoso (NEVILLE, 1995), que consomem milhares de reais aos cofres públicos e são associadas ao desequilíbrio sócio econômico, e seriam justificativas plausíveis da necessidade de um Odontólogo participando da elaboração de políticas públicas de saúde.

Um dos focos de discussão da II CNSB foi à saúde bucal como direito de cidadania, conclamando a necessidade de a população participar mais das decisões das políticas públicas, pois as mesmas estão ligadas diretamente ao seu bem estar, e ao desenvolvimento equânime do país, passando a idéia de que a educação e a informação são instrumentos transformadores de uma sociedade (II CNSB, 1993). O

outro diz respeito à omissão da classe odontológica com relação às políticas públicas de saúde, principalmente com o que se refere a fluoretação das águas de abastecimento.

Para tanto é necessário educar e informar os indivíduos visando à transformação da sociedade no sentido da valorização positiva da vida e da saúde. Estimular a desmonopolização do saber, a discussão dos direitos universais do homem e a implementação de políticas justas e igualitárias de proteção social (II CNSB, 1993, p. 8).

O relatório final dessa conferência, baseado na discussão sobre Saúde Bucal e o Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizou que as políticas públicas de saúde bucal deveriam apontar para um novo modelo que pudesse favorecer a mudança das práticas odontológicas e apontou para a falta da perspectiva de mudanças, tendo em vista a dificuldade de se entender a cárie como uma doença infecto-contagiosa e, por isto, não existirem políticas no sentido de conter essa epidemia mundial. O relatório sinalizou também para a inexistência de planejamento de um outro levantamento epidemiológico, que desde o ano 1986 não era realizado em nível nacional, e que a falta de cobertura dos serviços públicos estavam contribuindo para tal situação (II CNSB, 1993).

A efetiva inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde teria a proposta de desmistificar modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levavam em consideração a realidade concreta.

A II CNSB também relatou que vários fatores ainda estariam dificultando a reforma sanitária brasileira e a efetiva inserção do odontólogo no Sistema Único de Saúde, tendo em vista que as políticas e programas verticais existentes não levavam em consideração a real situação da saúde bucal da população. Outros fatores também estariam dificultando, entre eles a falta de articulação entre os três níveis de governo, o que dificultava a criação de políticas que poderiam interferir no processo saúde-doença, bem como a ausência de uma política clara que contemplasse a posição do odontólogo e da saúde bucal dentro dos princípios que norteiam o SUS (II CNSB, 1993).

Dois pontos importantes voltaram à discussão nessa conferência: o financiamento do setor e os recursos humanos. Com relação ao financiamento destacou-se a falta de uma dotação específica que pudesse dar ao setor confiança para planejar e organizar políticas na área de saúde bucal. No que se refere aos recursos humanos, apontou-se para a reprodução das práticas liberais nos serviços

públicos de saúde, destacando que tal situação se devia ao fato desses profissionais estar sendo formados nas Universidades para a prática liberal, e não para as práticas públicas que tem o foco no coletivo e não no individual (II CNSB, 1993).

Destacou-se, ainda, a necessidade de que houvesse uma integração entre os segmentos de serviço, docência e pesquisa, para a criação de estratégias que pudessem causar uma mudança no modelo de ensino odontológico e na transformação da sua prática, buscando o avanço e a capacitação dos serviços em saúde bucal, o ajustamento da formação de recursos humanos e a produção de conhecimento em conformidade com as realidades e necessidades da população (II CNSB, 1993).

2.3.5 A III Conferência Nacional de Saúde (III CNSB)

Após a conclusão do levantamento epidemiológico Saúde Bucal 2000, ficou explícito que havia uma grande dívida social existente com milhares de desdentados no País. Foi neste clima que aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Bucal (III CNSB) no ano de 2004, cujo tema “Saúde bucal, acesso e qualidade, superando a exclusão social” foi debatido através de quatro eixos temáticos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

A III CNSB destacou a educação como eixo modificador e como instrumento de transformação social, mostrando o grande potencial, capaz de proporcionar a formação do homem como ser capaz de alavancar processos críticos de mudanças no conjunto de lutas sociais, transformando a si próprio e a sociedade. Dessa forma, a III Conferência entendeu que tendo a educação em saúde como base existiria a possibilidade de alteração das práticas da participação social, possibilitando um maior envolvimento da sociedade na construção das políticas públicas de saúde.

O relatório final destacava ainda a integralidade como forma de Universalização das ações em saúde bucal.

Efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população em nível nacional, estadual e municipal, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legal e pelo efetivo controle social (III CNSB, 2004, p. 10) (grifos

nossos).

A Integralidade como eixo do cuidado constitui-se como um fator importante de educação em saúde para a sociedade, pois informa a clientela sobre os diversos níveis de acesso e a responsabilidade que cabe a cada um deles dentro do SUS, incluindo os direitos e deveres que o cidadão comum tem para com o sistema de saúde, favorecendo, assim, sua otimização e o aumento do grau da resolutividade em cada nível de complexidade. A integralidade, entendida dessa maneira, induz a passagem pelos diversos níveis da atenção à saúde sempre ancorada pela atenção primária de saúde, responsável pela continuidade do cuidado e manutenção da saúde (SAITO, 2008).

A III CNSB reiterou alguns pontos que já haviam sido debatidos nas I e II CNSB, como a formação da mão de obra para o trabalho em saúde bucal e o financiamento da saúde bucal.

Somente em 1996, dez anos após a realização do primeiro levantamento epidemiológico de base nacional, foi conduzida a primeira etapa do levantamento epidemiológico em saúde bucal pela Coordenação de Saúde Bucal (COSAB) do Ministério da Saúde. Na verdade, a intenção era que houvesse uma segunda etapa, incluindo a população adulta e outras doenças que seriam investigadas, o que acabou não acontecendo (RONCALLI, 1998).

3.4 AS NORMAS OPERACIONAIS DOS ANOS 90 E 2000 (NOBS E NOAS)

2.4.1 As Normas Operacionais

Após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, o MS editou várias portarias com o intuito de organizar o SUS e reorientar o modelo de atenção e as práticas de saúde existentes, de forma a conformá-las com as diretrizes e princípios gerais do sistema.

A reforma ocorrida no sistema de saúde brasileiro a partir da promulgação da Constituição Brasileira de 1988 (CF/88), que culminou com a Lei orgânica nº 8080 e nº 89142 de 1990 e o SUS, foi classificada como do tipo *big bang*, tendo em vista

que mudanças de cunho substancial ocorreram no modo de funcionamento do sistema, porém, para que pudesse tornar-se exeqüível, o SUS passou por mudanças incrementais. Para que isto acontecesse foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) nos anos de 1991 (NOB SUS 01/91); 1993 (NOB SUS 01/93) e em 1996 (NOB SUS 01/96) e as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) em 2001 (NOAS SUS 01/2001) e em 2002 (NOAS SUS 01/2002), com o propósito de tecer o arcabouço do nosso sistema.

Essas medidas tornaram-se indispensáveis, na avaliação do Ministério da Saúde, tendo em vista os diversos problemas operacionais que se interpunham, dificultando o seu efetivo funcionamento, como problemas relacionados à definição das funções dos entes governamentais (federal, estadual e municipal), ao financiamento das ações, à mudança do modelo de atenção hegemônico vigente, entre outros, que acabavam dificultando a descentralização efetiva da saúde, bem como a efetivação de um dos princípios básicos do SUS, a integralidade das ações (VIANA e DAL POZ, 2005).

Considera-se que as mudanças no modelo que ocorreram por conta dos programas PACS criado em 1991 e do PSF, a partir de 1994, provocaram alterações nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, na forma de organização e prestação de serviços, bem como no processo de descentralização. Alguns autores denominam as mudanças decorrentes do PACS/PSF como um processo de “reforma incremental” do SUS (VIANA e DAL POZ, 2005, p. 229).

2.4.1.1 Norma Operacional Básica

A edição da NOB-SUS 01/96 permitiu o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio das formas de gestão propostas, caracterizando as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, e deu um passo importante permitindo a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma ascendente. A PPI é um processo de elaboração de atividades importante essencial para a reorganização do modelo de atenção, e permitindo aos municípios organizarem sua assistência a nível ambulatorial e hospitalar trazendo as responsabilidades com estados e União, de acordo com a

aprovação dos conselhos municipais, conselhos estaduais e das Comissões interinstitucionais bipartites e tripartite.

A NOB SUS 96 criou duas condições de gestão municipal: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, bem como determinava as funções que cabiam ao Ministério da Saúde de acordo com quatro papéis básicos: 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 normalizações e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

A NOB-SUS 01/96 estabeleceu, também, em relação ao financiamento federal do SUS, as Transferências Regulares e Automáticas Fundo a Fundo e a Remuneração por Serviços Produzidos, bem como a forma de remuneração com base populacional, a per capita, que permitiu uma maior mobilidade aos municípios que não possuíam rede própria (MS, 1996).

Com a publicação da NOB-SUS 01/96 ocorre à redefinição das funções e competências das três esferas de governo e criou-se os incentivos financeiros, para a implantação do PACS e do PSF. Houve uma preocupação nítida com a atenção básica, que deixou de ser remunerada por procedimentos e passou a ser financiada por meio de transferências automáticas *per capita*. Isso induziu a assunção de novas responsabilidades pelos municípios na organização dos serviços de atenção básica, dessa forma dando um passo importante na política nacional de atenção básica permitindo que os municípios pudessem organizar sua atenção básica bem como financiá-la, permitindo aos pequenos municípios que ainda não possuíam o seu Sistema de Saúde próprio organizá-lo de forma coerente e exequível (VIANA et al., 2002).

2.4.1.2 As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)

A edição da NOAS-SUS 01/01 teve como principal objetivo promover uma alocação de recursos mais equânime e estabelecer uma maior integralidade nas ações e serviços em saúde. Ela propôs a criação de condições de acesso da

população a outros níveis de atenção à saúde, definindo como estratégias a regionalização e a descentralização dos serviços, bem como o estabelecimento de competências mínimas a serem desenvolvidas pela rede de atenção básica e ofertadas por todos os municípios a todo o conjunto da população como forma de organização da porta de entrada no sistema.

“A NOAS buscou promover a articulação dos serviços básicos à rede de serviços de maior complexidade, apontando-a como principal porta de entrada ao sistema” (HEIMANN e MENDONÇA, 2005, p. 493).

Segundo Canesqui e Oliveira (2002), a NOAS 01/01 propõe tornar a alocação de recursos mais equânime para o acesso aos serviços de saúde a todos os níveis. Ela reafirmou o comando único em cada esfera, destaca que o administrador local deveria assumir a gerência das ações e serviços em seu território sendo os administradores estaduais responsáveis pela formulação de políticas, planejamento, controle e avaliação.

Nesse sentido, a NOAS prevê a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) coordenado pelas secretarias de saúde estaduais e a parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, de forma a promover um processo de planejamento integrado. Dentro desta política existe uma proposta de ampliação da atenção básica e de garantia de acesso a outros níveis de complexidade do sistema.

A NOAS 01/01 procurou enfrentar a idéia de uma certa organização das redes, destacando a necessidade de regionalização da atenção à saúde. Como um avanço do processo de descentralização em curso nos últimos anos no setor. Também amplia a relação do elenco de procedimentos à atenção básica, produzindo maior diversificação de incentivos (GARCIA, 2006, p. 44).

Para a atenção básica à saúde, estipulou-se um conjunto de responsabilidades essenciais que deveriam ser priorizadas pelos gestores municipais habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Sete áreas deveriam ser contempladas:

A saúde bucal; Controle da tuberculose, hipertensão, diabetes Mellittus, eliminação da hanseníase; saúde da criança e saúde da mulher.

2.5 AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NOS ANOS 2000: A INTRODUÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA AGENDA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em meados da década de 1990 foram apresentadas algumas propostas para a reorganização da atenção primária em saúde, através do Programa de Agentes Comunitários em Saúde e do Programa de Saúde da Família, que visavam reorientar as práticas em saúde e o modelo até então vigente. Curiosamente, estes programas não contemplavam o odontólogo em suas equipes. Cabe destacar que a ausência desses profissionais nas equipes significava a perpetuação de uma dívida com a sociedade, isto é, a de resolver os problemas de saúde bucal acumulados durante muitos anos.

No final da década de 1990, assumiu a pasta nacional da Coordenação de Saúde Bucal, uma técnica da área, Dr^a Sônia Dantas, que tinha uma forte intenção de dar visibilidade a saúde bucal. Após intensas discussões, debates e lutas travadas junto a um movimento politizado de odontólogos sanitaristas, uma articulação com o então Secretário de Políticas de Saúde permitiu a inserção do odontólogo nas equipes de PSF (GARCIA, 2003).

Entretanto, sem um mapa da saúde bucal da população brasileira - o último censo odontológico foi realizado em 1986 - e o perfil dos problemas odontológicos da população brasileira, que talvez já fossem outros, tornava-se difícil a elaboração de políticas nessa área, mas, naquele momento, considerava-se prioritário assegurar um lugar na agenda nacional, mesmo que ainda não fosse de destaque. Dessa forma, buscou-se, antes, um apoio financeiro, concedido através da Portaria Ministerial nº 1444, publicada em 28 de dezembro de 2000, que estabelecia incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal e inclusão do odontólogo no PSF, a fim de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas. Esta medida impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção nesse campo, valendo-se da inclusão do odontólogo no Programa da Saúde da Família (MS, 2000).

Segundo Garcia (2006), caracterizava-se aquele momento como o da abertura de uma “janela de oportunidades”, que permitiria, finalmente, um lugar de destaque da saúde bucal na agenda do Ministério da Saúde.

O esforço de determinados atores para inserção da odontologia nas políticas nacionais da atenção básica, que poderia ser vista como corporativista, contemplava o entendimento de que não se pode perceber a saúde do indivíduo como algo que possa ser dividido, sem prejuízo da mesma, sinalizando, desta forma, a necessidade não só do odontólogo, mas também de outros profissionais de saúde na elaboração e execução das políticas públicas de saúde visando o cidadão como um todo.

Após conseguir a inserção da saúde bucal na saúde da família, foi estabelecido um plano de reorganização das ações em saúde bucal, regulamentado pela Portaria Ministerial 267, de 06 de março de 2001, que estabeleceu estratégias para a reorganização das práticas em saúde bucal na atenção básica, determinando um rol de atribuições e procedimentos a serem realizados pelos profissionais odontólogos, técnicos e auxiliares, voltados para ações de promoção, prevenção ou assistência. Atribuía, ainda, responsabilidades institucionais diferenciadas para os gestores das três esferas de governo, no sentido de viabilização e execução das novas práticas.

2.6 INTEGRALIDADE, A CONTINUIDADE DO CUIDADO E A SAÚDE BUCAL: A CONCRETIZAÇÃO DE UM PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL

A Saúde como um direito de cidadania foi consagrado na Constituição Federal de 1988 através do seu art. 196, onde o Estado se propõe garanti-lo mediante políticas sociais e econômicas, que visem o acesso universal e igualitário às políticas de saúde, com o intuito de prevenir as doenças e os agravos, bem como promover, proteger e recuperar a saúde no caso de sua ausência.

Essa saúde será garantida através do acesso às ações e serviços públicos em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de forma descentralizada, com atendimento integral e participação comunitária (CF/1988).

Na primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília (...) estará garantida a atenção odontológica em todos os níveis, com priorização à atenção primária, entendida esta como estratégia de organização dos serviços e não como forma de exclusão dos outros níveis de atenção (...) (SERRA *et al*, 2005, p. 12).

A integralidade vem sendo trabalhada com diversos sentidos a partir do SUS, porém a Integralidade garantida pelo sistema de referência e contra-referência,

tendo a continuidade do cuidado como eixo estruturante, representa um grande passo para a resolução da Universalidade que é o princípio fundamental do nosso sistema de saúde.

O PSF, como estratégia, adotada pelo Ministério da Saúde é capaz de resgatar os princípios do SUS, reordenar e reestruturar a porta de entrada do sistema, para que a partir desse arranjo possa induzir um maior grau de organização e resolução aos diversos níveis de atenção do sistema de saúde.

Contudo, para que seja alcançada a Universalidade plena às unidades de Saúde da Família devem estar articuladas com os diversos níveis de complexidade do sistema, e isto só poderá ser alcançado mediante um sistema de referência e contra-referência que esteja bem estruturado, pautado na garantia da continuidade de cuidado, para resolver as necessidades de saúde do usuário (SERRA, 2003).

Dessa forma é necessário que o indivíduo seja visto como um ser humano com suas multiplicidades e não como uma doença, onde o sistema de referência e contra-referência seja o elo entre o usuário e os demais níveis de atenção, permitindo que ele possa percorrer, de acordo com suas necessidades, todo o sistema e voltar sempre a ponto de origem, ou seja, a atenção básica.

De acordo com Serra:

A diretriz de integralidade englobaria cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; a interferência nas condições gerais de vida da população... (SERRA, 2003, p. 12).

Nesse sentido cabe destacar que a Integralidade está intimamente relacionada com os instrumentos de referência e contra-referência e articulada com um sistema regionalizado e hierarquizado conforme determina a legislação, porém tendo sempre a continuidade do cuidado como eixo orientador, garantindo ao usuário, o acesso universal e equânime, tanto na atenção básica como, nos níveis secundários e terciários conforme as necessidades de cada indivíduo.

O art. 7º que trata das ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde, e de como eles seriam desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição federal, dá a Integralidade a seguinte interpretação:

Integralidade da 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 (grifo nosso).

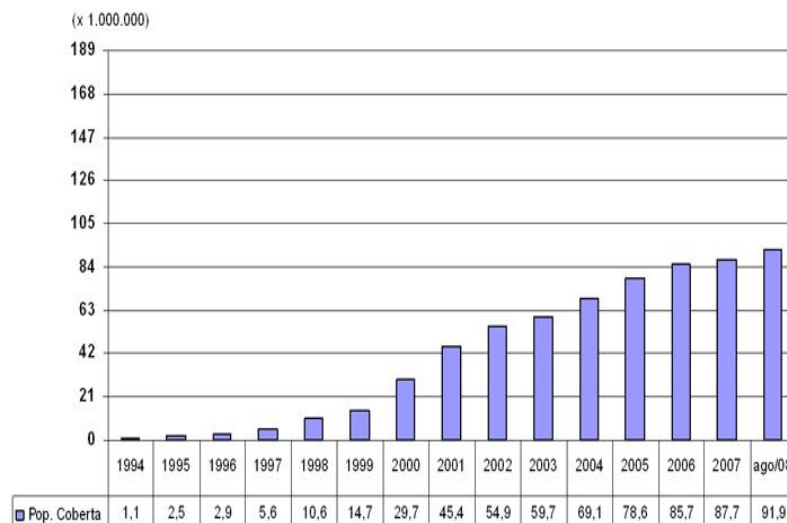
2.7 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem a intenção de reorganizar as práticas da atenção à saúde, em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência que é orientado para a cura de doenças. Ele prevê um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação à saúde, dando enfoque ao processo de trabalho voltado para as famílias, valorizando a multidisciplinaridade, a intersetorialidade, a integralidade das ações e o controle social, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

A "Saúde da Família", vista como uma estratégia que visa estruturar os sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, pois busca estabelecer maior racionalidade na utilização dos níveis secundários e terciários e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família. Nesse sentido, Garcia (2006, p. 46) considera que o PSF sintetiza a nova forma de ação do MS "na sua função institucional, dentro dos mecanismos de gestão do SUS e na sua condução de macro diretrizes relativas ao formato de modelo assistencial".

Conforme Heimann e Mendonça (2005), a eleição do PSF como política nacional estruturada, visando a reorganização do SUS e o aprofundamento da municipalização, ocorrida em 1994, deve ser entendida como uma resposta às demandas dos gestores das diversas esferas de governo quanto à necessidade de transformação do modelo hegemônico de atenção à saúde centrado na doença e na assistência individual e à dicotomia da assistência em relação à prevenção e cura.

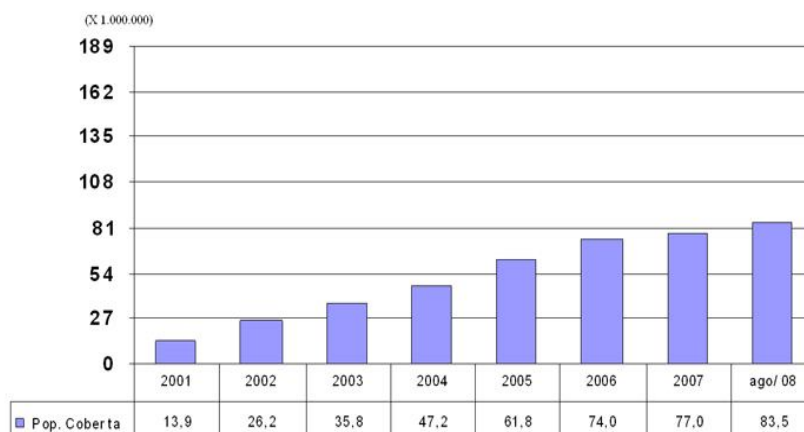
Hoje, conforme mostra o gráfico 1, o PSF cobre em todo o território nacional 91,9 milhões de brasileiros (MS, 2008) e em dezembro de 2008 havia 29.300 ESF implantadas em 5.235 municípios. Em relação à Saúde Bucal, neste mesmo período, havia 17.807 Equipes de Saúde Bucal do PSF implantadas em 4.597 municípios.



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

GRÁFICO 1: EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS BRASIL: DE 1994 A AGOSTO DE 2008.

As equipes de Saúde Bucal implantadas, nos municípios brasileiros em 2001 cobriam cerca de 13,9 milhões em dezembro de 2001, evoluindo para 83,5 milhões de pessoas em agosto de 2008, o que equivale a um aumento percentual de aproximadamente 600% em um período de 08 anos, conforme gráfico 2, chegando próxima da cobertura do PSF de 91,9 milhões, alcançando, assim, uma significativa evolução histórica em termos de políticas de Saúde Bucal .



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

GRÁFICO 2: EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE BUCAL IMPLANTADAS BRASIL - 2001 - AGOSTO/2008.

2.8 A POLÍTICA DE SAÚDE “BRASIL SORRIDENTE”

Garcia (2003) enfatiza que após a eleição para a Presidência da República em 2002 a Odontologia passou a ganhar, cada vez mais, destaque nas políticas do Ministério da Saúde. Nesse contexto favorável, um grupo de pessoas envolvidas nos processos de lutas e conquistas relativas à reforma sanitária brasileira elaborou um documento contendo ações e estratégias consoantes às políticas de saúde bucal. “Esse documento, intitulado” O Fome Zero e Boca Cheia (de dentes) “relacionava a saúde bucal ao Programa Fome Zero”.

Como desdobramento dessa discussão o governo lançou o projeto “Brasil Sorridente”, cujo objetivo é contemplar a prática a universalização e a atenção integral em saúde bucal, desenvolvendo para este fim ações de promoção, prevenção, tratamento e a reabilitação dos agravos em saúde bucal além de em conformidade com a Política Nacional, dar ênfase à descentralização das ações. Com o lançamento do Projeto Brasil Sorridente, a expectativa geral, segundo Montenegro (2005, p. 29) era “de um aumento ainda maior da população coberta por cuidados odontológicos”.

Após a publicação das portarias nº 1444, de 28 de dezembro de 2000 e a nº 267, de 06 de março de 2001, foram, enfim, criados parâmetros para que pudesse haver uma descentralização da saúde bucal de forma mais universal, equânime e integral, mudando, dessa maneira, o enfoque da visão mercantilista e monopolista da odontologia (MS, 2000).

O Brasil Sorridente recebeu em 2006, investimentos de mais de R\$ 1,3bilhão. Em 2003, foram investidos cerca de R\$90 milhões em incentivos para a saúde bucal no saúde da Família, superando em R\$30 milhões os investimentos do ano anterior. Ainda em 2004, o relatório do Tribunal de Contas da União apontou um crescimento de 45% nos atendimentos realizados com um investimento de R\$230 milhões. Em 2005, os recursos chegaram a mais de R\$ 400 milhões.

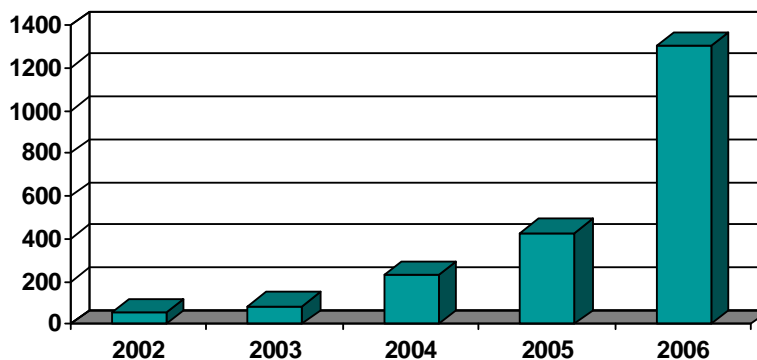


GRÁFICO 3: RECURSOS FEDERAIS INVESTIDOS EM SAÚDE BUCAL EM MILHÕES DE REAIS

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie_tecnica_11_port.pdf>

2.8.1 “Brasil Sorridente”: uma nova política de saúde bucal

O Brasil Sorridente é o nome da política de saúde bucal do governo federal, que engloba diversas ações visando à melhoria da saúde da população. No âmbito da assistência, apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimento nos níveis secundários e terciários de modo a buscar a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal (MS, 2004).

Os Brasil Sorridente, lançado pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004 para ampliar o acesso ao tratamento odontológico, apresenta como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) (IDEM, 2004).

Existe uma característica de mudança de modelo de atendimento, com uma postura de reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis, tendo a continuidade do cuidado como eixo de reorientação do modelo, contemplando, assim, a integralidade das ações em saúde bucal, respondendo a uma concepção de saúde não somente centrada na assistência aos doentes, mas na promoção a

saúde, intervindo nos fatores que a colocam em risco (IDEM, 2004).

O documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal contém os eixos orientadores da política nacional de saúde bucal, e determina as diretrizes no sentido de descentralizar a saúde bucal bem como traçar um modelo de atendimento a ser estruturado, respeitando-se as particularidades de cada região., “Para que o projeto tome vulto, o grupo busca aproximação com a política considerada principal meta do governo, o Programa Fome Zero”(SANDIN, 2006, p. 28).

2.8.2 Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

Trata-se de um documento que aborda as diretrizes da Saúde bucal, consoante as políticas de saúde do Ministério da Saúde. Tem como fundamentação básica as Conferências Nacionais de Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde Bucal, bem como os encontros sobre saúde coletiva e os diversos congressos sobre o assunto, e visa apresentar propostas e recomendações no sentido de orientar as políticas públicas e as práticas em saúde bucal (MS, 2004).

As diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado, respondendo a uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004).

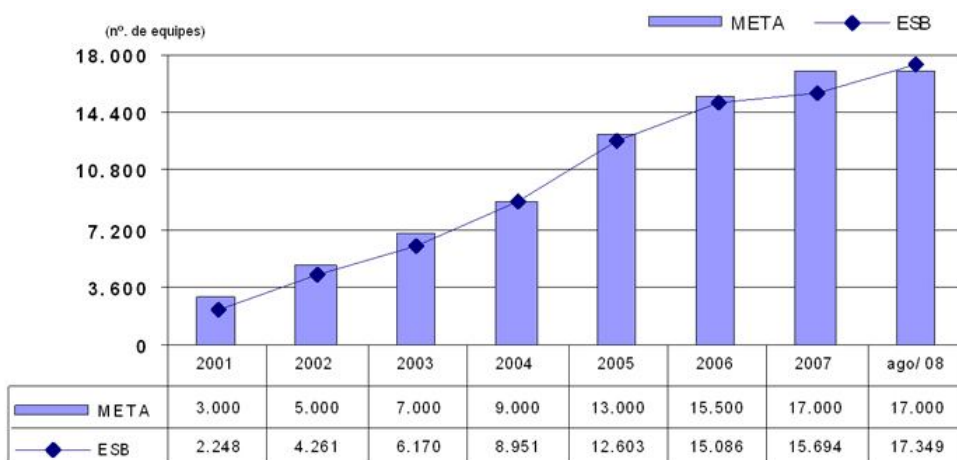
O documento apresenta alguns pressupostos norteadores das políticas de saúde bucal como: a garantia da qualificação da atenção básica; uma rede de atenção bem articulada que garanta a integralidade de ações; a incorporação da Saúde da Família como uma estratégia de reorientação das práticas; a definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal. Apresenta ainda como objetivo a proposta de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para atender às demandas existentes, as necessidades da população e aos princípios do SUS (IDEM, 2004).

As ações são trabalhadas no sentido de desenvolver estratégias direcionadas à promoção de saúde bucal inserida num conceito amplo de saúde, que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico. O documento recomenda

também ações no sentido de ampliar a oferta em atenção básica, bem como ações incluem a prevenção e controle do câncer bucal; a implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento; a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica; a inclusão da reabilitação protética na atenção básica; a ampliação do acesso para os grupos de crianças, adolescentes, adultos idosos e gestantes. Assim, esta política traz em seu bojo uma inclusão de ações com vistas à integralidade e universalidade até então só presenciada no Programa de Saúde da Família (IDEM, 2004).

Essas propostas da ampliação e qualificação da Atenção Básica têm a intenção de ratificar as recomendações da NOAS-SUS 01/01, bem como aumentar o rol de procedimentos previsto naquela Norma.

Nesse sentido, a ampliação do número de equipes de Saúde Bucal, visando concretizar as estratégias contidas nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, como pode ser observada no gráfico 4, até o mês de agosto, havia superado a meta prevista pelo Ministério da Saúde para o ano de 2008.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
 SICHES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

GRÁFICO 4: META E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL IMPLANTADAS. BRASIL - 2001 - AGOSTO/2008

Com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal a população-alvo das ações deixou de ser focada em grupos prioritários e passou a ter uma estratégia mais abrangente, de forma a universalizar o acesso de todas as faixas etárias. Assim, temos:

- Grupo de 0 a 5 anos: organizar o ingresso deste grupo etário aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolvendo atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações,

identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas para esses grupos sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

- Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos): a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. As diretrizes enfatizam a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.
- Grupo de Gestantes: Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, o desenvolvimento de ações educativo-preventivas com gestantes qualifica sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Entretanto, devem-se realizar ações coletivas sem detrimento de garantia do atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica.
- Grupo de adultos: os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo, integrando, sempre que possível, a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.
- Grupo de idosos: a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos (as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso (a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento.

2.8.3 Os Centros de Especialidades Odontológicas

O Ministério da Saúde criou uma estratégia em saúde bucal dentro do Projeto “Brasil Sorridente” que visa à reestruturação da Odontologia em nível nacional, com ênfase na regionalização. Essa estratégia tem ações que objetivam melhorar o acesso e garantir atenção odontológica em serviços de média complexidade, pois há uma grande demanda reprimida em função da maior cobertura das unidades em atenção básica. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal.

Nesse sentido, foram instituídos critérios, normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pela portaria nº 1570/GM, de 29 de julho de 2004, que estabelece condições para a identificação e habilitação dos CEOs.

De acordo com fontes Ministério da Saúde estes Centros servirão como referência de média complexidade para as redes de unidades básicas já existentes e às Equipes de Saúde Bucal incorporadas ao PSF. Os Centros de Especialidades Odontológicas credenciados passarão a receber recursos do Ministério da saúde, de acordo com o que está definido pela Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006, Portaria nº 600/GM de mesma data e Portaria nº 1572/GM de 29 de julho de 2004 que estabelece o pagamento de próteses dentárias em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.

A implantação de Centros de especialidades funcionará por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, sendo que o Ministério da Saúde fará o repasse de uma parte dos recursos e estados e municípios contribuirão cada um com outra parcela (contra partida). Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificadas como Clínica Especializada, ou Ambulatório de Especialidades.

Os CEOs são identificados como unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, e que devem ofertar serviços de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, incluindo procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, minimamente, 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.

Os repasses são feitos de acordo com as Portarias nº 599/GM de 23 de março de 2006 que definiu critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e a Portaria nº 600/GM de mesma data que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, de acordo com o seu tipo: para os CEOs tipo I, isto é, aqueles com três cadeiras odontológicas, serão destinados mensalmente R\$ 6,6mil para custeio, além de R\$ 40 mil em parcela única, correspondentes a custos com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de equipamentos. Para os CEOs tipo II, com quatro ou mais cadeiras, os valores mensais serão de R\$ 8,8 mil e R\$ 50 mil, respectivamente, e, finalmente para os CEOs tipo III possuem mínimo de 7 cadeiras, recurso de implantação atingirão R\$ 80 mil reais e recurso de custeio no valor de R\$ 15.400,00.

Além da implantação de CEOs, há também a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis. De acordo com o estabelecido pela Portaria nº 1572/GM de 29 de julho de 2004 que estabelece o pagamento de próteses dentárias para Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD, será por produção no valor de R\$ 30,00 por cada prótese total confeccionada. No caso das próteses parciais removíveis o valor pago será de R\$ 40,00 por unidade. Estes recursos serão repassados diretamente do Ministério da Saúde para os municípios ou estados que possuem laboratórios credenciados não comprometendo seus recursos próprios de saúde já existentes, ou seja, esses recursos são considerados extra teto.

2.9 A Referência e a Contra referência

A regionalização no SUS traz como proposta a integralidade do acesso, a redução das desigualdades e a qualificação da gestão descentralizada do SUS. A forma de organização regionalizada não constitui uma inovação, mas sua implementação no nosso sistema apresenta especificidades sem paralelo, por se tratar de um país com profundas desigualdades sócioeconômicas regionais.

A União tem negociado junto às esferas de governo estaduais e municipais estratégias de implementação do SUS pactuadas e traduzidas em Normas Operacionais, que conseguiram promover grandes avanços na descentralização da saúde. Porém com a perspectiva de fragmentação do SUS, identificado a partir da constituição de 88 em relação aos municípios brasileiros, onde mais de 70% possuem menos de 20.000 hab, constatou-se numerosas situações onde existe dificuldade na condução da política de saúde tanto do ponto de vista gerencial técnico como financeiro.

... mas não impediram a conformação de sistemas municipais atomizados e com resolutividade insuficiente. Mais de 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20.000 hab, não garantindo economia de escala para a implantação de sistemas de saúde resolutivos (BRASIL, 2001).

Com a regionalização criou-se a necessidade de organização dos sistemas municipais e de estruturar seus sistemas de saúde de forma a propiciar a seus munícipes, condições de obter uma saúde integral, de acordo com a definição de integralidade constante na Constituição Federal de 1988:

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 (CF, art. 7º, inciso II).

Dessa forma hoje um dos grandes nós críticos do sistema é a referência e a contra-referência, porém há de se concordar que também é um dos pontos de fundamental importância para viabilização e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é a partir da sua estruturação e dos seus níveis de complexidade com suas responsabilidades que o encaminhamento dos pacientes e a integralidade da atenção torna-se possível. Como afirmam Franco e Magalhães Jr. (2004, p. 1) “A assistência á saúde, nos níveis de especialidade, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral, são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde” (FRANCO e MAGALHÃES JR., 2004).

A estruturação das responsabilidades e atribuições de cada esfera de competência faz-se necessário na medida que encaminhar clientes a outros níveis de complexidade sem esgotar possibilidades diagnósticas, sem elementos necessários a respeito do quadro de doença, desvenda um certo equívoco na atenção a saúde. Deveríamos estar pensando em um grau de resolubilidade máxima em cada nível do sistema, tendo em vista que a condução do cliente sem esgotar possibilidades técnicas e recursos que estão disponíveis torna o sistema ineficiente e estrangula os níveis de maior complexidade.

A atenção Primária de Saúde (APS) é o nível, onde o grau de resolução dos problemas deveria ser de aproximadamente 80%, sendo assim deveríamos concentrar esforços no sentido de melhorar a qualidade das equipes que trabalham neste nível bem como dar um suporte de média complexidade permitindo a estas equipes alcançarem este grau maior de resolubilidade. O contrário significa sobrecarregar os níveis do sistema e criar nós desnecessários na rede de assistência. *Contudo, para que haja tal resolubilidade, o nível secundário de atenção tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos pela APS* (SERRA e RODRIGUES, 2007).

Essa perspectiva de sistema integrado de saúde tem como representação uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas, onde a determinação dos níveis de complexidade, para a adequação e expansão da rede primária, deverá se fundamentar no grau de diferenciação das atividades desenvolvidas em cada um dos níveis estabelecidos: primário, secundário e terciário. Dessa forma a capacidade operativa dos municípios com menos de 20.000 mil hab., tem influenciado diretamente na capacidade de funcionamento do sistema, na medida em que sobrecarregam outros municípios e assim o sistema de saúde como um todo.

No entanto, o Sistema de Saúde brasileiro, que a partir da década de 80 passou a enfatizar os princípios de regionalização em suas políticas, encontra-se em um grau de organização ainda precário, incapaz de garantir a continuidade da assistência, o que gera duplicação de trabalho e custos, além de transtornos para os usuários (JULIANI e CIAMPONE, 1999, p. 325).

Na odontologia o Projeto Brasil Sorridente entendeu tal necessidade e criou uma estratégia que tem a proposta de constituir uma rede de apoio as Equipes de Saúde Bucal na atenção primária, de forma a dar continuidade e resolubilidade aos

problemas encontrados nesse nível e, assim, os CEOs se constituem unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção primária onde ofertam serviços de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município e tendo como objetivo melhorar o acesso e garantir atenção odontológica em serviços de média complexidade.

Um dos pontos de estrangulamento tradicionalmente conhecido no Sistema de Saúde é o atendimento de urgência e emergências de hospitais no país. Ocorre que 80% dos problemas de saúde podem ser solucionados na atenção primária. Por isso desenvolvendo ações de prevenção e promoção a saúde a saúde da família vem provocando uma silenciosa revolução (TEMPORÃO, 2008).

A complexidade dos serviços odontológicos está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado, bem como a relação com outros fatores, para tal, busca-se a otimização do atendimento ao usuário, articulando a ação, diagnóstico e terapêutica que impliquem diferentes conhecimentos e formas de reabilitação oral. Baseia-se na garantia de critérios de acesso identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, em função da análise de risco e das necessidades do usuário com efetivação de protocolos de referência e contra referência, resolução da urgência e emergência, provendo o acesso às reais necessidades do usuário.

Assim, devemos entender a referência e a contra referência como parte de um quebra cabeça; o que nos impulsiona a dizer que o uso racional dos níveis de complexidade torna o SUS produtivo e desfaz os nós que entram o sistema, pois encaixa as peças, facilitando a integralidade no que diz respeito ao acesso dos usuários e a continuidade do cuidado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar os processos desenvolvidos pelo Município de Duque de Caxias para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e encaminhamento dos pacientes cadastrados e acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família para estas unidades de média complexidade, visando a continuidade do cuidado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais diretrizes e normativas nacionais e municipais que nortearam a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas;
- Identificar e analisar o sistema de referência e contra-referência em Saúde Bucal;

Identificar as possíveis mudanças das relações entre os profissionais das equipes PSF e do CEO em relação à concretização da continuidade do cuidado na Saúde

4 METODOLOGIA

A pesquisa é um estudo de caso, com finalidade exploratória, de uma experiência bem sucedida. A pesquisa foi realizada no Município de Duque de Caxias, escolhido por ser o detentor do prêmio máximo do Programa Brasil Sorridente 2006, do governo federal. Coube o prêmio à cidade que mais se destacou na Saúde Bucal em todo o ano de 2006. De acordo com Tobar e Yalour (2004, p.75) o estudo de caso “como se aplica a poucas unidades de análise, a riqueza não está na extensão, mas na profundidade desse tipo de pesquisa”. Para análise dos dados brutos utilizou-se recursos estatísticos simples, sendo que as questões abertas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (1999 apud MINAYO, 1996).

A análise do conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza o rigor no método como maneira de não se perder na diversidade ou heterogeneidade do seu objeto. Dessa forma procuramos buscar no estudo uma forma que possibilitar ao leitor utilizar os dados levantados como um guia para os estudos dos centros de especialidades odontológicas e assim possa viabilizar a implantação de uma política de saúde bucal que possa dar subsídios a outros municípios (ROCHA E DEUSDARÁ, 2005).

Na verdade, a principal pretensão da Análise de Conteúdo é vislumbrada na possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do *verdadeiro* significado. Nesse sentido, é importante reafirmar aqui a certeza de que haveria um sentido a ser resgatado em algum lugar, e de que o texto seria seu esconderijo. Ao analista, encaminhado pela ciência, caberia descobri-lo (ROCHA E DEUSDARÁ, 2005).

Através dos questionários buscou-se compreender e analisar a organização do sistema de referência e contra-referência no Município de Duque de Caxias através da percepção dos profissionais odontólogos, investigando o sentido implícito da Integralidade como argumentação de um saber que esta por trás da superfície textual das respostas apresentadas pelos profissionais do Programa de Saúde da Família e dos Centros de Especialidades Odontológicas, na tentativa de conferir maior objetividade à discussão e reflexão dos fenômenos subordinados à concepção da saúde integral ofertada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Os questionários utilizados semi-estruturados com perguntas fechadas e abertas dão ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão

sem se prender à pergunta formulada, mas, ao mesmo tempo, mantendo-o focado no tema em que se busca resposta aos objetivos do estudo, permitindo não só o aprofundamento das questões relativas aos recursos utilizados pelo Município para consolidar o sistema de referência e contra-referência em Saúde Bucal como consentir a expressão livre dos profissionais sobre o problema do estudo. Dessa forma interpretamos os sentidos das palavras, baseado na dedução, na inferência e no raciocínio. Esse esforço de interpretação de raciocínio, rigoroso na objetividade e profícuo na subjetividade, é prova da ânsia de perceber o oculto e o não dito, nos discursos conquistados através dos questionários.

O Trabalho foi apresentado ao Coordenador de Saúde Bucal do Município de Duque de Caxias através de uma reunião organizada pela Coordenação da Saúde da Família. A Coordenação de Saúde Bucal autorizou a realização da mesma após apreciação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética. Em função daquele município não possuir Comitê de Ética a pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá.

- O desenvolvimento do estudo baseou-se:

- 1) Na coleta de dados secundários:

Portarias do Ministério da Saúde relativas à inclusão da saúde bucal no PSF;

Portarias que tratam da reorganização do sistema de atenção básica;

Documentos relativos ao projeto Brasil Sorridente;

Normas de implantação e documentos relativos aos fluxos de pacientes no Município de Duque de Caxias;

Protocolos de referência e contra referência de Caxias;

Dissertações, teses, periódicos e livros relacionados ao tema;

Documentos do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) selecionado para o estudo em Duque de Caxias.

- 2) Na coleta de dados primários, através de entrevistas, com aplicação de questionários semi-estruturados:

- a) a profissionais odontólogos das equipes de Saúde Bucal das Unidades PSF e do Centro de Especializações Odontológicas de referência no Município de Duque de Caxias;

b) com os dentistas especialistas lotados na unidade de referência de especialidades (CEO), localizado no terceiro Distrito do Município de Duque de Caxias, Imbariê, sendo sua área de abrangência os terceiros e quartos distritos do município de Duque de Caxias;

c) com os dentistas de 10 (dez) Unidades de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal nos 3º e 4º distritos, assim selecionados: 4(quatro) Unidades no Bairro de Jardim Anhangá, 3(três) no de Parque Eldorado, 2(dois) em Codora e 1(um) em Taquara e

d) com a Diretora Técnica de Saúde Bucal do Município.

O CEO Imbariê foi escolhido tendo em vista ser uma unidade do tipo II, possuindo 4(quatro) cadeiras ou mais para atendimento de especialidades, mais uma sala para exames radiológicos cobrindo todas as especialidades. As unidades de saúde bucal foram escolhidas dentro da área de abrangência do terceiro e quarto distrito, tendo em vista a precária estrutura de comunicação entre as unidades de PSF bem como considerando as dificuldades que a região da zona rural de Duque de Caxias apresentam em função da grande extensão territorial daquele município, dessa forma dificultando o acesso as unidades para coleta de dados para confecção da pesquisa.

Duque de Caxias é uma cidade componente da Região Metropolitana, do Estado do rio de Janeiro, limita-se ao Norte com Petrópolis ; ao Leste com a Baía da Guanabara e Magé; ao Sul com a cidade do Rio de Janeiro e ao Oeste com São João de Meriti, Belford Roxo e Nova Iguaçu. Possui uma área de 464573 km² e uma população de 855.010 habitantes, distribuída conforme mostra a tabela 1.

Distritos	População
1º - Duque de Caxias	401.854
2º - Campos Elíseos	265.053
3º - Imbariê	136.803
4º - Xerém	51.300
Total	855.010

TABELA 1: POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITOS – 2008.

Fonte: IBGE-2007.

Economicamente, apresenta um grande crescimento nos últimos anos, sendo a indústria e o comércio as principais atividades. Há cerca de 809 indústrias e 10 mil estabelecimentos comerciais instalados no município. Segundo o IBGE, o município de Duque de Caxias registra o sexto maior PIB (Produto Interno Bruto 1999 - 2002) no ranking nacional e o segundo maior do estado do Rio de Janeiro.

O Município de Duque de Caxias é composto por quatro distritos: Duque de Caxias (distrito sede), Campos Elíseos, Imbariê e Xerém. É basicamente urbano, e segundo os dados do IBGE para 1998, essa localidade possuía uma taxa de urbanização de 99,38%, a população rural concentrava-se nos distritos de Imbariê e Xerém.

O Terceiro Distrito, Imbariê, situado à nordeste do município com cerca de 64 Km², é ocupado por grandes áreas rurais, abrange os seguintes bairros: Imbariê (sede), Parada Angélica, parte de Sta. Cruz da Serra, parte de Sto. Antônio, parte do Meio da Serra, Parada Morabí, Jardim Anhangá, Cidade Parque Paulista, Bairro Branco, Santa Lúcia e Taquara. É coberto pelas Unidades de Saúde da Família em Codora I, II e III; Imbariê; Jardim Anhangá I, II, III, e IV; Nova Campina I, II, III, e IV; Parada Angélica I, II e III; Parque Eldorado I, II e III; Parque Paulista I e II; Santa Lúcia I e II e Taquara I e II.

O Quarto e último Distrito, Xerém, a noroeste, possui características predominantemente rurais. É o maior dos distritos, ocupando uma área de cerca de 239 Km², compreendendo os seguintes bairros: Xerém (sede), Mantiquira, Capivarí, Amapá, parte da Cidade dos Meninos, parte da Chácara Rio-Petrópolis, parte do Parque Eldorado, Lamarão, parte de Sto. Antônio, e parte do Meio da Serra. É coberto pelas unidades de saúde da família de Jardim Olimpo; Santo Antônio e Santa Rosa.

5 RESULTADOS

5.1 LOCAL DE ESTUDO

A saúde constitui um direito social básico para a cidadania da população brasileira, se seus cidadãos forem saudáveis, significa dizer que as condições gerais de vida da população associada ao modelo de saúde e desenvolvimento do país trabalham em harmonia, contemplando a inclusão social diminuindo as iniquidades entre as pessoas e combatendo a pobreza e as diferenças sociais que são os maiores responsáveis pela ausência da saúde na população.

A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associada ao modelo de desenvolvimento vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 5).

Nesse sentido, o Sistema único de Saúde (SUS) também se constitui como Projeto Social quando, em consonância com os princípios básicos da constituição, trabalha no sentido de universalizar o acesso da população ao sistema de saúde, ampliando a acessibilidade, tornando possível o ingresso em outros níveis de complexidade do sistema de saúde. Dessa forma, também o Município de Duque de Caxias vem trabalhando com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população daquele município, investindo no desenvolvimento socioeconômico, ampliando o nível de empregos, escolas e acesso à saúde com isso buscando dar dignidade e respeito aos munícipes.

Duque de Caxias é uma cidade que está caminhando a passos largos em direção a um futuro promissor. Estamos investindo pesado em saúde, educação e no desenvolvimento socioeconômico. Queremos que o povo encontre na cidade tudo o que precisa para viver melhor, como uma escola de qualidade, atendimento médico digno, emprego e, acima de tudo, respeito e dignidade (REIS, W., 2007, p. 1).

A gestão de Duque de Caxias tem demonstrado a intenção de investir em saúde, hoje o município de Duque de Caxias coordena o Consórcio Intermunicipal

de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) e, através da parceria com diversas entidades, procura implementar soluções para a melhoria da qualidade de vida da população dos municípios que compõem o consórcio.

Com relação, ainda, à política de saúde bucal o município fez um grande investimento. No ano de 2005 o PSF era composto por 32 equipes, sendo que somente duas destas equipes eram contempladas por Equipes de Saúde Bucal; já no ano seguinte estavam sendo constituídas 68 equipes de saúde da família, sendo todas elas compostas por equipes de saúde bucal.

O programa de saúde bucal implementado pela Prefeitura de Duque de Caxias inclui dois hospitais de nível terciário com duas grandes emergências que dão suporte a cirurgia buco maxilo facial, sendo uma pela parceria com o Hospital estadual Adão Pereira Nunes e com o Hospital Municipal de Duque de Caxias. Hoje o município é referência em Buco Maxilo Facial na Baixada Fluminense, possuindo ainda duas unidades de média complexidade que são os Centros de Especialidades Odontológicas, 68 equipes de saúde bucal, bem como dois projetos em odontologia que são o Reintegrando pelo Sorriso e Resocializando. Estes projetos são responsáveis por levar a odontologia a quem, por diversas razões, possui dificuldade de acesso às unidades fixas. O município coordena ainda na baixada fluminense uma câmara técnica de odontologia buscando parcerias e procurando oferecer melhores serviços à população.

Com relação à odontologia, após implementação das 68 equipes o município teve um aumento na demanda reprimida em função da ausência de dentistas na rede de Caxias, o que ocasionou uma maior procura por parte dos usuários a rede com necessidades especializadas.

Dessa maneira com o intuito de melhorar as condições de vida dos usuários do sistema de saúde de Duque de Caxias a Coordenação de saúde bucal implementou inicialmente dois CEOs, com o objetivo de criar acesso à média complexidade regularizando o atendimento a demanda criada em função da ampliação das equipes de saúde bucal no PSF.

O primeiro centro de especialização foi criado em 27 de outubro de 2005 já realizou no seu primeiro ano de funcionamento, em torno de 10000 mil atendimentos com cerca de 24000 intervenções, o CEO oferece ainda tratamento ortodôntico, onde foram efetuados aproximadamente 1500 aparelhos fixos e removíveis.

O segundo, o CEO Imbariê foi inaugurado no terceiro distrito em agosto de

2006 e disponibilizou vagas para todos os usuários do sistema de saúde de Duque de Caxias, que foram selecionados e triados para atendimento naquela unidade. Hoje quase dois anos após a inauguração desse CEO foram efetuados entre 21/02/2008 a 21/09/2008, aproximadamente 25000 procedimentos em 17274 pacientes com um numero de altas de 1855 pacientes.

No Gráfico 5, relativo ao primeiro e o segundo quadrimestre de 2008 no Município de Duque de Caxias pode-se observar o numero de procedimentos, pacientes em tratamento e altas. No primeiro quadrimestre havia um numero maior de procedimentos com uma menor cobertura de pacientes da unidade ocorrendo o inverso no segundo quadrimestre caracterizando o melhor controle e organização da demanda do CEO em Imbariê, mantendo-se estabilizadas as altas.

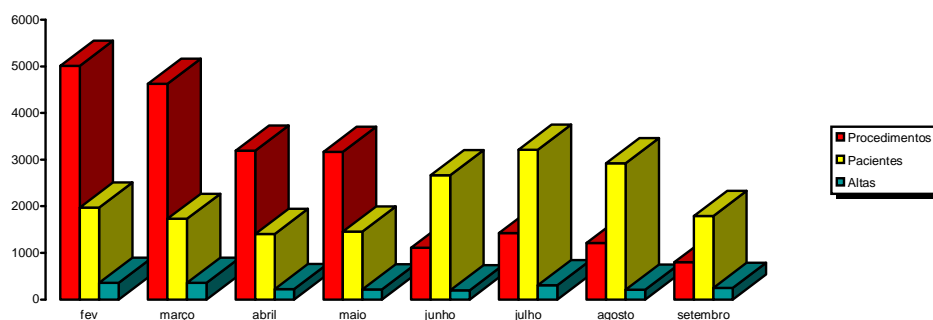


GRÁFICO 5: PACIENTES, PROCEDIMENTOS E REGISTRO DE ALTAS DO CEO DE IMBARIÊ NO PERÍODO DE FEVEREIRO A SETEMBRO DE 2008

Fonte: Secretaria Municipal de Duque de Caxias, 2008.

O gráfico 6 mostra a evolução da proporção dos procedimentos especializados em relação aos individuais, no município de Duque de Caxias. Aponta para um crescimento do número de procedimentos especializados oferecidos em razão do aumento da cobertura da atenção básica criando uma demanda com necessidades especializadas que se encontrava suprimida em função da quase ausência da média complexidade.

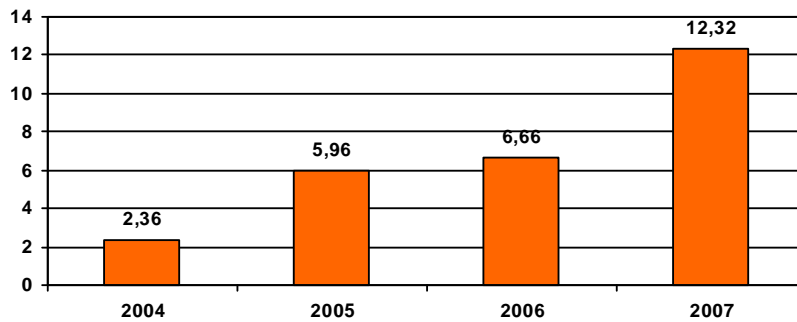


GRÁFICO 6: PROPORÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES ODONTOLÓGICAS INDIVIDUAIS

Fonte: DATASUS 2008.

O gráfico 7 mostra a evolução das Equipes de Saúde Bucal no município de Duque de Caxias, que elevou a cobertura populacional de 1,73% em 2004 (quatorze mil setecentos e noventa e uma pessoas) para 33,90% no ano de 2008 (duzentas e oitenta e nove mil e oitocentas pessoas), ficando abaixo da média nacional que é de 40,9%, porém mostrando uma excelente evolução na cobertura da população.

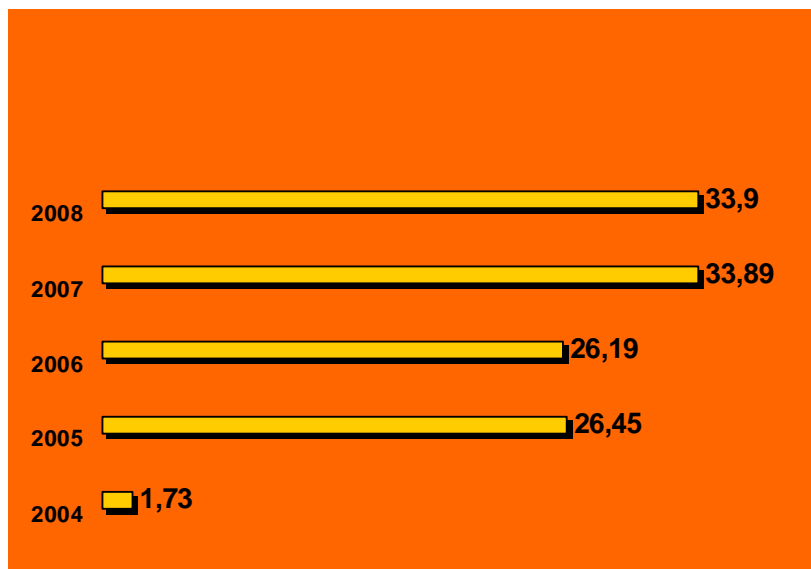


GRÁFICO 7: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

Fonte: Ministério da Saúde (SIAB), 2008.

A Estratégia da Saúde da Família estruturada com a inclusão das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal coloca para o profissional odontólogo um novo processo de trabalho, introduzindo uma abordagem mais eficaz na execução do seu trabalho.

As ações e as estratégias para promoção, prevenção aos agravos e a assistência ao usuário são organizadas pelas equipes através de levantamentos epidemiológicos e determinação das áreas de risco, tornando possível ao profissional a criação de estratégias de acordo com as necessidades locais.

A realização do diagnóstico epidemiológico, bem como o planejamento e a programação em saúde bucal, ampliam a responsabilidade sanitária desses profissionais em relação à população adscrita sob sua responsabilidade. A organização das práticas na Atenção Básica e o conseqüente aumento da demanda por serviços de saúde bucal implicou no estabelecimento da referência para exames e consultas especializadas de média complexidade em saúde bucal, garantindo, dessa forma, a continuidade de cuidados.

5.2 RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados da pesquisa, de acordo com a metodologia adotada, em relação às questões fechadas constantes dos questionários aplicados nas entrevistas com os profissionais das ESB e com os especialistas do CEO, estão relacionadas abaixo de acordo com as freqüências registradas, na seguinte ordem:

1. Em relação ao perfil dos 10 profissionais odontólogos das equipes de Saúde Bucal das Unidades Saúde da Família, selecionadas nos 3º e 4º distritos do Município de Duque de Caxias encontramos os seguintes resultados:

- Quanto ao tempo que ocupam o cargo nas ESB 06 (60%) estão entre 03 anos e 03 meses e 06 meses; 03 (30%) entre 02 anos e 04 meses e 02 anos e 07 meses e 01 (10%) há menos de 02 anos;
- Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), 04 (40%) está a 03 anos; 03 (30%) há menos de 03 anos e meio; 01 (10%) há 04 anos; 01 (10%) há 15 anos;
- A pesquisa constatou que todos os 10 entrevistados (100%) receberam treinamento específico para ocupar o cargo de odontólogo da ESB e foram

contratados temporariamente pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

- A média de idade dos entrevistados é de 35,1 anos, sendo que somente 03 (30%) têm idade superior a 40 anos. A média dos outros 07 (70%) é de 29,2 anos.

- Entre os 10 profissionais de Saúde Bucal do PSF, 08 (80%) são do sexo feminino e 02 (20%) do sexo masculino.

1.1 Em relação às questões fechadas sobre organização e regulação de referência e contra-referência (RCR) em Saúde Bucal:

- Em relação à oferta de exames e consultas especializadas para as populações adscritas e cadastradas pelas ESB, 09 (90%) dos profissionais afirmaram serem suficientes e apenas 01 (10%) questionou a oferta;

- Todos (100%) dos entrevistados conhecem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e encaminham para lá os casos mais complexos;

1.2 Em relação ao que tange à rede de serviços de maior complexidade:

- No que diz respeito a protocolos clínicos, 07 (70%) disseram que os protocolos existem e são utilizados, enquanto 03 (30%) negaram sua existência;

- Quanto às referências estabelecidas para os cadastrados pelas equipes de Saúde Bucal, todos (100%) conhecem e confirmam a existência de regulação para consultas e exames especializados;

- 08 (80%) profissionais confirmaram a existência de monitoramento dos pacientes encaminhados e 02 (20%) disseram que esse mecanismo não existe;

- Todos os entrevistados (100%) afirmaram que os dentistas especialistas do CEO Imbariê preenchem os formulários de contra-referência;

- Entretanto, somente 07 (70%) conseguem contato com os profissionais especialistas, enquanto 20% negaram e 01 (10%) afirmou que nem sempre isto acontece;

- Para os casos de urgência, 06 (60%) disseram que não há planejamento envolvendo as ESF e o CEO para resolver esses casos e 04 (40%) afirmaram a existência de plano;

- Quanto à supervisão para as ESB, 09 (90%) profissionais das ESB confirmaram terem sempre este apoio e apenas 01 (10%) negou essa prática;

- O tempo médio para retorno dos pacientes para a continuidade do tratamento odontológico dos pacientes encaminhados ao centro de especializações, segundo os profissionais entrevistados, varia entre 15 dias (10%); 01 mês (20%); 02 meses (30%); 03 meses (10%) e 04 meses (30%).

2 Em relação ao perfil dos 06 profissionais especialistas lotados no CEO Imbariê, a pesquisa encontrou os seguintes resultados:

- Quanto às especialidades, os profissionais do CEO estão assim distribuídos: 01 clínico geral (pacientes especiais), 01 buco-maxilo-facial, 02 endodontistas, 01 periodontista e 01 odontopediatra;

- Dos profissionais especialistas entrevistados 04 (66,7%) são do sexo feminino, e 02 (33,3%) do sexo masculino; desses 03 (50%) ocupam o cargo há dois anos; 01 (16,7%) há 01 ano; e 02 (33,3%) há seis meses.

- Em relação ao tempo serviço no SUS: 02 (33,3%) estão trabalhando há 2 anos; 01 (16,7%) há 06 meses; 01 (16,7%) há 04 anos; 01 (16,7%) há 05 anos e 01 (16,6%) há 06 anos.

- Somente 01(16,7%) entre os especialistas do CEO recebeu treinamento específico para o desempenho das suas funções e nenhum deles (100%) é funcionário de carreira, sendo que 04 (66,7%) responderam que foram contratados pelo regime CLT em caráter temporário.

- Em relação ao tempo de formatura há uma variação entre os 05 entrevistados que responderam a questão: 01 (16,6%) há 03 anos, 01 (16,6%) há 05 anos, 01 (16,7%) há 06 anos, 01 (16,7%) há 09 anos e 01 (16,7%) há 15 anos. A média é de sete anos e seis meses, mas se calcularmos a média de tempo de formatura sem o de 15 anos teremos: 5, 75 anos. A idade dos especialistas varia entre 28 e 37 anos, sendo a média de idade de 32 anos e seis meses.

2.1 Em relação à organização e regulação de referência e contra-referência a pesquisa encontrou os seguintes resultados:

- Os entrevistados do CEO Imbariê foram unânimes (100%) em afirmar que existem e são utilizados formulários de contra-referência; que todos os pacientes encaminhados pelos profissionais do PSF chegam com protocolos; que existe regulação de vagas para exames e consultas no Centro de Especialidades. Também ficou claro que todos os especialistas (100%) conhecem o Programa Saúde da Família (PSF) e seus aspectos principais de operacionalidade.

- Entre os especialistas do CEO entrevistados, 05 (83,3%) afirmaram que há falta de insumos e apenas 01 (16,7%) disse não faltar;
- 04 profissionais do CEO (66,8%) disseram que os equipamentos têm manutenção em torno de 3 em 3 meses; 01 (16,6%) somente quando quebram e 01 (16,6%) que a manutenção é mensal.
- A oferta de serviços especializados para suprir a demanda do PSF é suficiente para 04 (66,7%) dos dentistas entrevistados e para os outros dois (33,3%) insuficiente.
- Em relação à existência de protocolos clínicos para a organização das filas de espera houve divergência entre os entrevistados: 03 (50%) acham que existe enquanto para os outros 03 (50%) não.

5.2.1 Análise das questões abertas

De acordo com a metodologia adotada pelo trabalho, as questões abertas dos questionários aplicados nas entrevistas foram analisadas segundo a técnica preconizada por Laurence Bardin. Dessa maneira, para a análise de conteúdo foram pré-selecionadas algumas categorias temáticas, que pudessem contemplar os objetivos do trabalho. Na aplicação dessa técnica também foram incorporados, de um modo complementar, os resultados das questões fechadas.

O quadro 1 mostra os três eixos de análise – categorias temas - com seus respectivos sub-temas.

1) O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERENCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
a - o relacionamento pessoal e os documentos formais como matriz dos encaminhamentos
b - avaliação do sistema
c - referência
d - contra-referência
2) POSSIBILIDADES DE ENCAMINHAMENTO
e - exames complementares ao diagnóstico e tratamento
f- atendimentos complexos e especializados
3) FATORES ESTRUTURAIS DO SISTEMA LOCAL
g - demanda e agendamento
h - organização dos serviços
i- comunicação entre os serviços nos níveis de atenção
j - expectativas do serviço

QUADRO 1: CATEGORIAS TEMAS PROPOSTOS PARA ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Para a descrição dos eixos temáticos procuramos identificar tanto nas falas

dos entrevistados (questões abertas) como na temática que orientou as questões fechadas os sub-temas a eles relacionados.

1 O Funcionamento do Sistema de Referência e Contra-referência.

a) Relacionamento pessoal e documentos formais como matriz dos encaminhamentos, segundo os profissionais dos CEOS e das ESB.

Não existe na estrutura dos 3º e 4º distritos do Município de Duque de Caxias a prática da informalidade no que se refere à referência e a contra-referência entre o grupo que dá suporte a estrutura da saúde bucal.

As estruturas formais como a regulação estabelecida junto à coordenação de saúde bucal, bem como os treinamentos realizados com as equipes de saúde da família das unidades selecionadas foram determinantes para o sucesso e a agilidade no encaminhamento dos clientes para referências obedecendo aos fluxos formais. Embora os dentistas especialistas não tenham sido todos treinados para a ocupação dos cargos, conforme ocorreu com os do PSF, não há interferência na contra-referência.

Com as estruturas bem definidas, inclusive através de formulário bem elaborados (ANEXO) as informações necessárias ao bom desenvolvimento da referência são transmitidas aos profissionais, que assim podem desenvolver seus trabalhos da melhor maneira possível. A contra-referência, efetivamente encaminhada à unidade de origem com os dados necessários, é garantia para a continuação do tratamento e manutenção da saúde é efetivamente.

Os protocolos (ANEXO) preconizados e adotados, na prática, pelas unidades são aqueles propostos pelo Ministério da Saúde de acordo com o Caderno 17 de Saúde Pública. As recomendações contidas no Caderno são implementadas literalmente pelos profissionais.

A figura 1 mostra resumidamente o fluxo de referência e contra referência. Nas equipes de PSF quando existe a necessidade de odontologia especializada é feito o encaminhamento as equipes de Jd Gramacho que atende aos 3 e 4 distritos e Codora que atende aos 1 e 2 distritos que repassa as equipes de supervisão responsável junto com a coordenação pela Central de regulação que após repassa a unidade de referência para marcação e após a devida marcação retorna ate a equipe de PSF.



FIGURA 1: FLUXO DE PACIENTES PARA OS OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Imbariê é referência para os 3º e 4º distritos e possui as seguintes especialidades: Periodontia, Endodontia, Odontopediatria, Cirurgia e Atendimento a pacientes com necessidades Especiais.

A pesquisa levantou algumas restrições e observações constantes nos protocolos das especialidades, que devem ser seguidas pelos dentistas das ESB antes de encaminhar seus pacientes para as especialidades do CEO Imbariê e que podem ser resumidas e evidenciadas abaixo:

Preferencialmente dentes permanentes
Não encaminhar dente quando houver necessidade de tratamento protético posteriormente
Remover todo tecido cariado e, se possível, fazer o acesso
Não encaminhar 3º molar
Não encaminhar retratamento endodôntico
Quando possível, tentar capeamento
Fazer adequação do meio bucal antes de encaminhar

QUADRO 2: RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE ENDODONTIA

Fazer adequação do meio bucal previamente
Fazer raspagem supra gengival previamente
Fazer avaliação criteriosa dos casos de mobilidade dentária
O controle e monitoramento do paciente, depois da alta do CEO, deverá ser feito no PSF

QUADRO 3: RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE PERIODONTIA

Evitar mandar cirurgias simples
Evitar mandar raízes residuais
Fazer anamnese prévia do paciente para saber se está apto a ser submetido ao procedimento
A remoção da sutura será realizada no PSF

QUADRO 4: RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE CIRURGIA

Realizamos prótese total e parcial superior e inferior
Realizar tratamento completo do paciente antes de encaminhá-lo
Toda prótese do município é feita no CEO – Centro (devido demanda realiza-se multirão)

QUADRO 5: RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE PRÓTESE

Encaminhar somente os casos mais complexos
Evitar encaminhar pacientes que, apesar de especiais, podem ser tratados no PSF a fim de facilitar a locomoção.
Existe convênio com Hospital de Nilópolis para casos com necessidade de sedação ou anestesia Geral (ver como encaminhar)

QUADRO 6: RESTRIÇÕES E OBSERVAÇÕES CONSTANTES NO PRONTUÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A ESPECIALIDADE DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

b) Avaliação do Sistema de Referência e Contra-Referência pelos profissionais do CEO, das USF e Coordenação Técnica.

O CEO de Imbariê foi inaugurado em agosto de 2006 e de acordo com o Coordenador de Saúde bucal do Município de Duque de Caxias, o objetivo era

cadastrar a maior numero de pessoas, tendo em vista a demanda reprimida existente no município. Após o início do funcionamento da unidade foram realizadas triagem para selecionar pacientes para atendimento no CEO. A partir da organização da demanda, as ofertas de consultas foram planejadas para garantir as vagas necessárias aos usuários oriundos das unidades da atenção básica e do PSF, conforme portaria 1597/GM. Foi organizada uma central de regulação através da Secretaria de Saúde, via Coordenação de Saúde Bucal, no intuito de centralizar e organizar a oferta de vagas da unidade.

Segundo a diretora técnica do CEO de Imbariê havia uma demanda maior tendo em vista a falta de critérios para marcação das consultas, permitindo, dessa forma, a existência de uma fila de espera para os pacientes que eram referidos, porém, a partir do equacionamento das vagas esse problema foi sanado.

Os critérios para avaliação do sistema de referência e contra-referência foram: a existência de nós no sistema que pudessem impedir o equacionamento das vagas para a referência; a existência de um sistema de regulação para controlar a existência de vagas; a constituição de equipe de supervisão para dar suporte técnico às equipes de PSF/CEO; o conhecimento dos profissionais das ESB quanto aos CEOs e dos profissionais do CEO quanto ao programa de saúde da família; a forma de encaminhamento dos usuários com os formulários de referência devidamente preenchidos; a manutenção dos equipamentos e a existência ou não de insumos para o desempenho das atividades especializadas.

Com relação ao sistema de referência e contra-referência em odontologia a maioria dos profissionais (90%) afirmou que existe oferta de vagas suficiente para atender a demanda de usuários existentes na rede oriundos das unidades básicas e do PSF, porém enfatizaram que existia um problema de ordem operacional antes da entrada da atual diretora técnica, solucionado após a mudança, e com o equacionamento desses problemas as vagas passaram a ser suficientes para suprir as necessidades existentes. Pode-se destacar também na fala dos entrevistados que a ausência dos usuários às primeiras consultas marcadas na unidade, ainda se constitui um grande problema gerencial.

No que diz respeito ao sistema de regulação, operacionalizado pela Coordenação de Saúde Bucal ressaltaram que funciona de forma organizada, sendo os formulários de referência encaminhados à central de regulação que os repassa à unidade especializada, onde são analisados e encaminhados para marcação da

consulta. Em seguida repassam para as unidades de PSF a data e o horário da consulta com tempo hábil para que os pacientes possam ser contatados pelas unidades de origem.

Os profissionais realçaram que os formulários chegam ao CEO devidamente preenchidos. Quanto à manutenção dos equipamentos, 16,6% dos profissionais especialistas afirmaram que a manutenção só é realizada quando estes quebravam, enquanto os outros 83,4% disseram que a manutenção é periódica. Ainda com relação ao suporte operacional a grande maioria desses profissionais (83,3%) disse faltar material eventualmente, o que não impede, entretanto, o bom funcionamento da unidade.

c) Avaliação do Sistema de Referência pelos profissionais das ESB das unidades do PSF

Os critérios estabelecidos para avaliação do sistema de referência foram: o encaminhamento dos pacientes as unidades de referência (CEO) e existência de protocolos para este encaminhamento; o conhecimento por parte dos profissionais das ESB sobre as referências estabelecidas para encaminhamento dos seus pacientes para as necessidades especializadas e o critério para programação das ofertas das consultas para as vagas especializadas.

Com relação ao encaminhamento dos pacientes 100% dos profissionais disseram que fazem o encaminhamento dos pacientes para a referência, bem como têm conhecimento das referências estabelecidas para as suas unidades de atendimento. A maioria (90%) desses profissionais disse ter conhecimento dos protocolos clínicos utilizados para o encaminhamento dos clientes para as unidades de referência. Apenas um profissional de uma USF (10%) desconhece a existência de protocolos. Com relação ao tempo de fila de espera, a maioria dos profissionais elencou as especialidades de prótese e ortodontia como as de maiores tempos de espera.

d) O Sistema de Contra-referência visto pelos profissionais do CEO Imbariê

Os critérios utilizados para avaliação das contra-referências foram às especialidades ofertadas aos usuários do sistema; a existência de protocolos para organização das filas no sistema de referência; os tipos de especialidades que apresentam maior tempo de espera; os critérios utilizados para oferta de consultas aos pacientes da rede e do PSF e a conduta dos profissionais para fazer a contra-referência dos usuários após o término do tratamento especializado.

Os profissionais foram unânimes em dizer que não existem filas de espera para acessar o sistema de referência (CEO) que faz a cobertura das USF dos 1º e 2º distritos, contudo, existe uma média de 30 a 60 dias para a primeira consulta. O encaminhamento dos formulários pelas ESB é para a central de regulação, que os repassa para a unidade especializada, que realiza a marcação retornando, a seguir, as datas para a central, que informa as unidades PSF. Os profissionais do CEO também afirmaram que ainda não existem protocolos para organizar as filas de espera, pois, neste momento, a unidade faz um controle da demanda, não havendo, assim, necessidade de tal protocolo. Segundo os profissionais das especialidades, as consultas com maior tempo de espera são endodontia, periodontia e cirurgia oral menor. Nas Contra-referências são registradas e especificadas as informações sobre os atendimentos realizados pela especialidade, além do diagnóstico, o tratamento realizado e as com orientações para os profissionais das unidades de origem.

5.3 ENTREVISTA COM A DIRETORA TÉCNICA DA SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

A entrevista de que trata este item foi realizada com a Diretora técnica da Coordenação de Saúde Bucal, Dr^a Flávia Alves da Costa. A primeira parte refere-se à organização e regulação de referência e contra-referência.

Com relação à organização e o planejamento das consultas especializadas, disse que não existia uma garantia para os usuários do PSF, pois havia uma demanda maior reprimida em função da falta de critérios para marcação das consultas, porém ao assumir o cargo, foi realizada uma otimização das vagas existentes com a consequente organização das filas de espera existentes, solucionando os problemas das vagas.

Quanto às referências estabelecidas e à central de regulação disse ter acontecido um treinamento com os profissionais do PSF para que os mesmos conhecessem os protocolos de encaminhamento para as referências, bem como tomassem conhecimento das referências estabelecidas e dos mecanismos de regulação. Disse ainda não existir regulação para os exames especializados,

apontando como dificuldade para esta regulação, o encaminhamento de pacientes sem necessidades especializadas para os CEOs, como também a resistência dos profissionais dos CEOs em aumentar o aporte para sua demanda.

Em relação ao tempo de espera para marcação de consultas disse que para maioria das especialidades ela estava em torno de 3 a 4 semanas, porém para prótese e ortodontia o tempo era maior.

Com relação à gestão clínica relatou que os encaminhamentos são feitos com base em protocolos e que os mesmos são os preconizados pelo Ministério da Saúde “Caderno de Atenção Básica” e que o ultimo treinamento sobre os protocolos foi realizado em novembro de 2007, porém, ainda não houve avaliação da utilização dos mesmos.

Quando perguntada sobre o apoio técnico às equipes do PSF, com a finalidade de sanar os problemas levantados anteriormente disse que existe um Grupo de Apoio Técnico Operacional (NATO), que dá suporte às equipes de SB do PSF, porém existe uma dificuldade de comunicação entre as unidades, pois o território de Duque de Caxias é muito grande, dificultando a locomoção e não existe telefonia nas unidades. Contudo, o NATO tem tentado superar essas dificuldades com reuniões periódicas e rádios (NEXTEL) dos próprios profissionais.

Quanto à logística de medicamentos, insumos e materiais usados nas consultas, disse haver um planejamento local, porém não existe ainda em nível de Secretaria de Saúde.

DISCUSSÃO

Somente no ano de 2000, dez anos após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, cria-se o incentivo à entrada da odontologia na equipe de saúde da família, por meio da portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000. Este talvez tenha sido um momento ímpar na história da saúde bucal no Brasil. A publicação da portaria n.º 1444 e, logo após, a NOAS, em suas versões 01/01 e 01/02, demarcam a incorporação da saúde bucal na estratégia de descentralização dos serviços de saúde conduzida pelo MS(SILVA, 2007).

A entrada da saúde bucal na agenda do Ministério da Saúde e a incursão de novos incrementos financeiros estabelecidos ao longo da década de 2000, principalmente após a elaboração das diretrizes nacionais da saúde bucal, levaram vários gestores municipais a mobilizar-se e a seus municípios para oferecer aos usuários do SUS uma saúde de forma Integral com qualidade, reforçando a integralidade como base do acesso aos diversos níveis de complexidade, tendo fortalecido seus municípios com uma política consistente de reorientação do modelo tendo a atenção básica fundamentada como porta de entrada do sistema de saúde.

O governo de Duque de Caxias, a partir do ano de 2005 adotou uma posição no sentido de implementar políticas de saúde pública dando destaque às ações relacionadas à saúde bucal, colocando em prática um orçamento significativo para que pudesse ser oferecida uma estrutura em odontologia que viesse ao encontro das propostas da Coordenação da saúde bucal.

Com um orçamento mais consistente e políticas federais e municipais que favoreceram o desenvolvimento da odontologia em Duque de Caxias, 68 equipes de saúde bucal e dois centros de especialidades odontológicas foram implementados dando ao município uma nova qualidade em saúde bucal.

No ano de 2006 o município de Duque de Caxias ganhou o prêmio Brasil Sorridente, oferecido aos municípios que tiveram destaque no segmento da saúde bucal, este trabalho então procurou buscar respostas que indicassem a qualidade impetrada pelo prêmio que lhe fora conferido e assim pudesse compartilhar o caminho encontrado por Duque de Caxias em qualidade de saúde a outros municípios que buscam a elevação da qualidade da sua saúde no Sistema Único de Saúde.

As perguntas, objeto desta pesquisa, relacionadas ao sistema de

referência e contra-referência, bem como aquelas que dizem respeito às mudanças nas relações entre os profissionais das equipes dos CEOs e do PSF apontam para uma estrutura organizada, que visa dar continuidade ao cuidado em saúde bucal.

A gestão de Duque de Caxias pelo que se pode observar através das respostas vem trabalhando no sentido de dar um padrão de organização aos profissionais das unidades, no intuito de que estes possam estar oferecendo uma melhor qualidade no atendimento em suas equipes, visando a satisfação do usuário. Podemos dizer que houve um certo êxito, no sentido de eliminar as filas e o tempo de espera para acesso à média complexidade em saúde bucal.

A estruturação da saúde bucal com a implantação das ESF como porta de entrada do sistema e os CEOs, tem conferido aquele município qualidade no atendimento, permitindo a continuidade nos cuidados em saúde bucal no que se relaciona a referência e contra-referência de média complexidade.

Os profissionais entrevistados demonstraram uma intenção de mudar a forma de atendimento, buscando dar qualidade e continuidade ao atendimento. “A continuidade é importante para buscar a saúde completa do paciente” (entrevistado numero 1). A mudança na postura do profissional fez com que também pudesse ocorrer mudança na forma de agir do usuário com a sua saúde.

“A continuidade é importante para que as pessoas possam incorporar informações e entenderem a importância da saúde da sua boca” (entrevistado numero 2). A conscientização dos profissionais promoveu junto à comunidade uma vontade de obter mudanças que vão beneficiar todos aqueles que vivem e convivem juntos. “É importante para a manutenção da saúde bucal do paciente bem como a saúde de toda a comunidade, no sentido que a comunidade entenda a responsabilidade dela junto com o dentista para a manutenção da sua saúde” (entrevistado numero 3).

Um ponto importante a destacar na pesquisa refere-se à estrutura relacionada com a referência e a contra referência. Coube a gestão da Saúde Bucal proporcionar aos profissionais da atenção básica treinamento específico com base nas diretrizes do Ministério da Saúde. A grande maioria dos profissionais entrevistados nas ESF afirma que receberam treinamento específico para função o que contribui para organizar e maximizar os atendimentos no sistema de saúde, com um melhor equacionamento das vagas ofertadas no sistema de referência.

A capacitação dos profissionais da saúde é de suma importância para a

reorganização do sistema, tendo em vista que atividades burocráticas necessárias ao preenchimento de formulários, estatísticas, avaliação clínica do paciente, devem estar suficientemente treinadas para evitar desgastes desnecessários e avaliações incorretas o que acarretaram conseqüentes perdas de vagas e nós no sistema de saúde.

Dessa forma atestamos na pesquisa que os entrevistados do CEO foram unânimes em afirmar que existem e são utilizados formulários de contra-referência, e que todos os pacientes encaminhados pelos profissionais do PSF chegam com protocolos preenchidos, como também 100% dos profissionais do CEO conhecem o PSF.

Com relação ainda a importância da Universalidade, fica evidente a dificuldade deste princípio básico principalmente com o que se relaciona à cobertura da população, pois quando não existe organização da porta de entrada do sistema torna-se difícil à reestruturação do outros níveis, causando um nó no sistema de referência e contra-referência.

Através de dados levantados por esta pesquisa, o Município de Duque de Caxias tinha no ano de 2007 uma cobertura de 289.800 pessoas de uma população de 855.063 com um percentual de 33,9% (dados levantados no Siab de agosto de 2008). O que talvez seja hoje o grande desafio daquele município é a reorganização de toda atenção básica, com a implementação de 100% de cobertura e assim a reorientação do modelo da atenção em saúde.

Outro ponto que caracteriza uma enorme dificuldade para organização do sistema em relação à estratégia da saúde da família, se relaciona com os profissionais que nela atuam, apesar do avanço observado na política de saúde ficam evidentes as dificuldades existentes na relação dos Recursos Humanos. Na odontologia do município de Duque de Caxias podemos observar que a contratação dos profissionais foi feita através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), de forma flexibilizada e temporária, uma configuração de fragilização da estratégia de saúde da família, pois as relações de vínculo com a comunidade, que se caracterizam como um dos eixos norteadores do PSF, se enfraquecem, na medida em que existe uma rotatividade grande de profissionais, fato este ratificado pelos dados da pesquisa que indicam que os profissionais odontólogos do município estão no cargo entre 3,6(três e seis meses) a 2(dois anos).

Ainda em relação à esta rotatividade do profissional, outro dado da

pesquisa que contribui para a implicação e, conseqüentemente, na dificuldade de criar vínculo com a comunidade, relaciona-se com a média de idade dos profissionais que atuam na estratégia. Segundo dados da pesquisa a média de idade dos profissionais é de 35,1 anos e mais de 70% estão formados a menos de 15 anos, conforme perfil levantado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz em 2004 (Nerhus/Fiocruz), em conjunto com o Ministério da Saúde, caracterizando o perfil do profissional do PSF. A pesquisa, de âmbito nacional, aponta o perfil do profissional do PSF, destacando as formas de contratação e a idade dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família enfatizando que as formas de contratação temporária e por prestação de serviços no PSF predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato fragilizando assim às possibilidades de vínculo com a comunidade.

Os resultados da pesquisa nacional confirmam que 60% dos médicos têm menos de 40 anos e 15 anos de formados o que corrobora com o fato de existir alta rotatividade ratificada pela baixa faixa etária dos profissionais. A pesquisa foi realizada com profissionais médicos e enfermeiros, porém os odontólogos tem apresentado o mesmo perfil de rotatividade das equipes de saúde da família em função das relações contratuais de trabalho.

As estruturas organizacionais atuais necessitam de uma maior agilidade por parte de administração, exigindo uma maior profissionalização dos gestores para que os fatores estruturais possam estar de acordo com as necessidades locais. Em Duque de Caxias observamos um planejamento local, porém não detectamos Planejamento em nível de Secretaria de Saúde, fato este que pode estar influenciando no tempo de espera das consultas, pois existe a ausência de manutenção periódica para os equipamentos, acarretando quebras e prejuízo para o usuário no que se refere à espera por consultas.

A oferta de serviços especializados é um grande ponto de estrangulamento do Sistema Único de Saúde. Quando os profissionais do CEO de Duque de Caxias foram perguntados sobre a oferta de serviços especializados 66,7% disseram ser suficiente para atender a demanda do PSF e outros 33,3% disseram que não, contudo 90% dos profissionais do PSF disseram existir oferta suficientes para os usuários e apenas 10% disseram não haver fila de espera. O que corrobora com o

tempo de espera para as consultas varia de 15 dias a 4 meses. Demonstrando que existe oferta de vagas para os usuários do SUS.

A grande dificuldade em relação à garantia de vaga para exames e consultas no sistema de saúde é quando o usuário precisa de um procedimento especializado e não existe profissionais especializados ou oferta de vagas para a execução do mesmo. Nesse aspecto, a pesquisa, entrevistou os profissionais e verificou nas planilhas apresentadas com a produção do CEO não identificando problemas com relação à oferta de vagas, pelo contrário, o resultado do trabalho comprova que nas unidades do PSF estudadas e no CEO que lhes dá cobertura especializada, o princípio da integralidade está sendo gradativamente consolidado, pois a demanda encontra-se organizada de forma a dar continuidade ao tratamento que se iniciou nas unidades de atenção básica.

E, assim, finalmente, pode-se dizer que o município de Duque de Caxias vem desenvolvendo um esforço, com êxito, na elaboração das políticas de saúde bucal e que apesar de apresentar muitos problemas, encontra-se no caminho da excelência no que se refere à integralidade em saúde bucal, o que seria muito bom para o município, porém, melhor ainda para o usuário do sistema, que estaria recebendo uma saúde integral e de melhor qualidade.

CONCLUSÕES

Este trabalho analisou o município de Duque de Caxias buscando entender o título conferido a ele de “excelência em saúde bucal”. As diretrizes nacionais para a descentralização da saúde bucal na década de 2000 apontam para uma inflexão ao modelo de saúde bucal centrado na família, principalmente, após a publicação da portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000, mostrando uma tendência no sentido de implementar e dar maior centralidade às políticas nacionais cujo objetivo era melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira, através da ampliação do acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Com relação as principais diretrizes e normativas nacionais e municipais que nortearam a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas podemos afirmar que a portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000(MS), a NOAS SUS 01/01 de 26 de janeiro de 2001, a portaria 267 de 6 de março de 2001(MS), a portaria 1570/GM, de 29 de julho de 2004, a portaria, nº 1571/GM, 29 de julho de 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de janeiro de 2004 e a política de Estado Brasil Sorridente lançado pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004 são os responsáveis pela ampliação do acesso ao tratamento odontológico, determinando a implantação das equipes de saúde bucal e do CEO, promovendo uma alocação de recursos mais equânime e estabelecendo uma maior integralidade nas ações e serviços em saúde bucal.

Estas diretrizes e normativas apresentam, também, linhas de ação como a viabilização da adição de flúor as águas de abastecimento público, reorganizam a Atenção Básica e ampliam as necessidades especializadas (CEO) e criam os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. São, dessa maneira, os principais documentos responsáveis pela reestruturação da odontologia que orientaram as políticas de saúde bucal no Brasil e em Duque de Caxias.

Com essa política, o município de Duque de Caxias investiu na atenção básica, dando ênfase ao setor onde à maioria dos problemas de saúde da população são resolvidos, com essa estratégia conseguiu dar maior estrutura organização e visibilidade a saúde bucal do seu município.

Com aumento da oferta de serviços básicos outros problemas em Saúde Bucal começaram a surgir no município de Duque de Caxias, mostrando a necessidade de ampliação da oferta e da necessidade de consultas especializadas. Com o lançamento do “Brasil Sorridente” o município implementou a organização de dois CEOs para as demandas especializadas e criou uma central de regulação de vagas, para organizar o sistema de referência e contra referência, através da Secretaria Municipal de saúde junto a Coordenação de Saúde Bucal.

Apesar de todo esforço do município para regular seu sistema de referência e contra referência com intuito de oferecer uma saúde integral a sua comunidade, visando a continuidade do cuidado, alguns problemas foram encontrados na sua forma de organização.

Quanto ao sistema de referência e contra-referência alguns obstáculos foram encontrados no município de Duque de Caxias. Dos profissionais que foram entrevistados na atenção básica, 10% de um total de 10 entrevistados responderam que existem problemas na oferta de consultas, 33,3% dos entrevistados na atenção especializada de um total de 6 entrevistados corroboraram com essa afirmação; 30% dos profissionais da atenção básica negaram a existência de protocolos clínicos, o que compromete o funcionamento do sistema em função da organização dos procedimentos de atendimento. 60%, 6 entrevistados, contestaram a existência de planejamento envolvendo as ESB e os CEOs para resolver os problemas de emergência o que aumenta ainda mais os problemas existentes de saúde bucal do município, acarretando gastos desnecessários ao SUS, e 20% disseram não existir monitoramento dos pacientes encaminhados ao CEO, o que afeta a continuidade do cuidado em saúde.

Desta forma cabe afirmar que ocorreu uma grande evolução na cobertura da referência e contra referência em Saúde Bucal no município de Duque de Caxias porém devemos pontuar que existem problemas que devem ser sanados para que a qualidade que vem se acentuando na melhora da oferta dos serviços possa dar seguimento à política implementada pelo município.

As possíveis mudanças das relações entre os profissionais das equipes do PSF e do CEO estão bem marcadas, podemos afirmar que os profissionais na sua grande maioria conhecem os protocolos e as referências estabelecidas, e que os

profissionais especialistas do CEO conhecem o PSF e seus aspectos principais de operacionalidade e ainda afirmar que os dentistas preenchem os formulários de contra-referência, mostrando que existe um empenho por parte dos profissionais e um investimento do município na capacitação desses profissionais, visando o planejamento e estruturação da Saúde Bucal do município.

Ainda com relação aos profissionais a pesquisa aponta mudanças na forma do atendimento mostrando que a integralidade das ações aponta para a continuidade do cuidado em saúde bucal. Os entrevistados foram unânimes em dizer que conhecem os formulários utilizados para referências, que todos os usuários encaminhados pelo PSF chegam para atendimento com os protocolos preenchidos e que todos os profissionais especializados conhecem o PSF e fazem a contra-referência para os mesmos.

Sendo assim podemos afirmar que mudanças importantes nos profissionais foram atestadas na pesquisa de forma a consolidar a política de saúde bucal do município.

A pesquisa mostrou, que o município mereceu o premio “Brasil Sorridente” tendo em vista que o esforço empreendido para criar uma mudança na odontologia permitindo a Duque de Caxias alcançar a cobertura de 33,9% da população no ano de 2008 segundo dados do SIAB. Muitos problemas ainda existem e devem ser sanados. A precarização trabalhista e a Universalidade são focos importantes a serem abordados que devem ser priorizados visando alcançar uma melhor qualidade de saúde para seus municípios.

Enfatizar ainda que esse crescimento apesar de ainda insuficiente, possibilitou ao município organizar seu sistema de referências de forma a permitir que ofertas e demandas estejam equilibradas e que o usuário possa ter garantido o seu direito da continuidade do cuidado a sua saúde, e ressaltar que o município deva buscar a excelência na cobertura visando o aumento da cobertura, sem perder o foco nas necessidades de saúde do usuário e a correspondência no equilíbrio da oferta e demanda da sua população e assim alcançar a Universalidade com Integralidade em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

BARTOLE, Monique da Costa Sandin. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: Uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal.** 2006 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

BOTAZZO, Carlos. **Sobre bucalidade:** notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência e Saúde Coletiva.* 11(1): 7-17, 2006.

BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sergio Fernandes Torres. **Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas.** São Paulo: Editora da Universidade do Sagrado Coração – Unesp, 1998.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições Para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 16 fevereiro 2007.

BRASIL, 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 de saúde e da outras providências.** Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em: 17 fevereiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de saúde Bucal.** Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 10 fevereiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1570/GM, de 29 de julho de 2004. **Estabelece as condições para a identificação e habilitação dos CEOs.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1570_29_07_04.pdf>. Acesso em: 10 fevereiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1571/GM, 29 de julho de 2004. **Esta portaria determina as condições para implantação dos Centros de Odontologia Especializada bem como formas de avaliação dos mesmos no sentido do estabelecimento dos financiamentos.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1571_29_07_04.pdf>. Acesso em: 10 fevereiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006, **aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. (MS, 2006). Disponível em: <<http://www.retsus.epsvj.fiocruz.br/upload/documento/PORTARIA648-2006.doc>>. Acesso em: 10 fevereiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM 03 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**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria673_29_07_04.pdf>. Acesso em: 10 fevereiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**, 2005. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/pamap.htm>>. Acesso em: 20 janeiro 2007.

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 nos municípios por meio do programa saúde da família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Trata da regulamentação da portaria no 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000. Aprova as normas e diretrizes de inclusão de saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família e explicita o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal compreendida na atenção básica, estabelecido por intermédio da NOB/SUS 96 e NOAS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 mar. 2001. Seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 1986, Brasília. Relatório Final. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/saude_final_I_conferencia_nacional_saude_bucal.htm>. Acesso em: 15 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 1993, Brasília. Relatório Final. Brasília. Ministério da Saúde. 1993. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/CNSB_2004_Relat%F3rio%20Final.PDF>. Acesso em: 15 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 2004, Brasília. Relatório Final. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc>. Acesso em: 15 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125&janela=2>. Acesso em: 03 fevereiro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Brasil Sorridente**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125&janela=2>. Acesso em: 25 janeiro 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/01**. 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. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de saúde Bucal**. Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2004.

DEUSDARÁ, Bruno; ROCHA, Bruno. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória**. Alea: Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, Julho-Dezembro 2005, p. 305-322.

DUQUE DE CAXIAS. Secretaria de Saúde. **Coordenação de Saúde Bucal**. Disponível em: <<http://www.duquedecaxias.rj.gov.br/web/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acesso em: 20 janeiro 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES Jr., Helvécio Miranda. **Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das linhas do Cuidado**. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2 ed.; São Paulo, SP, 2004.

GARCIA, Danielle do Valle. **A construção da política nacional de saúde bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação**. 2006. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UERJ. Rio de Janeiro, 2006.

HEIMANN, Luiza Sterman; MENDONÇA, Maria Helena. **A trajetória da Atenção**

básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família: Uma busca de identidade. In: LIMA, N, S; GERSCMAN, S; EDLER, F, C.. Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2005. p. 481-502.

IYDA, M. **Saúde bucal:** uma prática social, p. 127-139. In C Botazzo & SFT Freitas (Orgs.). Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Edusc, 1998.

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde:** a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

LEVCOVITZ, E., NORONHA, J.C. **AIS – SUDS – SUS:** Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. (Org.). A Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dimará, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1996.

MONTENEGRO, Luiz Albérico Araújo. **A saúde bucal no Brasil do século XXI:** Uma análise exploratória das políticas implementadas. 2005. 42 f. Monografia (Especialização em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

NARVAI, P. C.. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva:** Editora Livraria Santo. 2 ed., 2002.

PINTO, Vitor Gomes. **Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 23, n. 6, 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 09 Agosto 2006.

RADIS, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 16, dez. 2003.

RADIS, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 48, ago. 2006.

SERRA, Carlos Gonçalves, **A Saúde Bucal como Política de Saúde.** Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. 204f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 1998.

SERRA, Carlos Gonçalves, **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS:** uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção do sistema de referência e regionalização assistência no Estado do Rio de Janeiro. 2003. 204f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). IMS-UERJ. Rio de Janeiro, 2003.

SERRA, Carlos Gonçalves, RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Avaliação da Referência e Contra Referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** Abrasco, Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Carlos Letácio Silveira Lessa, **As Diretrizes Nacionais Para a Descentralização da Saúde Bucal no Brasil: Discorrendo Sobre as Políticas dos anos 2000**. 2007. 48f. Monografia (Especialização em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2005.

TEMPORÃO, Jose Gomes. **O nó da saúde está na emergência dos hospitais**. Brasília. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2008.

TOBAR, F; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; HEIMANN, Luiza Stermann; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim; RODRIGUES, Sergio da Hora. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luíza D'Ávila, Organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime - Cealag, 2002, 632p.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família**. Physis, Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 225-264, 2005.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde Tardio: o caso das políticas de Saúde Bucal no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família(PSF) – proposição e programação**. Brasília, fevereiro de 2000. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva.unb.br>>. Acesso em: 15 março 2007.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti; LIMA, Marina A. Umbelina de. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo**. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, Londrina, n. 13, p. 18-35, jul. 1996.

APÊNDICES

Universidade Estácio de Sá
Mestrado de Saúde da Família
Pesquisa: Do Programa Saúde da Família ao “Brasil
Sorridente”: O Caminho da Integralidade em Saúde Bucal.
PROFISSIONAIS DO CEO

Local (Município)

1) IDENTIFICAÇÃO:

Nome do entrevistado:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	Tempo de trabalho no SUS:
Houve treinamento específico para a função?	() Sim ; () não;
É funcionário de carreira do município?	() Sim ; () não;
Em caso de negativa da pergunta anterior qual a forma de contratação?	
Especialidade:	
Tempo de formado	Instituição formadora:
Idade:	Sexo: Masculino() Feminino ().
Data da entrevista:	Entrevistador:

2) ORGANIZAÇÃO E REGULAÇÃO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA (RCR):

2.1 Você conhece Programa de Saúde da Família (PSF)?

() Sim; () não.

2.1.2 Em caso positivo, o que sabe sobre o PSF?

2.2 Existe oferta de consultas e exames especializados para suprir as necessidades dos pacientes do Programa de Saúde da Família (PSF)?

() Sim; () não.

2.2.1 Existe protocolo clínico para organização das filas de espera?

() Sim; () não.

2.2.2 Em caso positivo, como é esse monitoramento?

2.3 Quais consultas e exames especializados são ofertados para os pacientes do PSF?

Consulta/exame	
Periodontia	
Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros	
Endodontia	
Portadores de necessidades especiais	
Diagnostico de câncer bucal com ênfase em câncer de boca	

Outras _____

2.4 Há regulação das referências para o acesso aos exames especializados encaminhados pelas USF ou as consultas são ofertadas diretamente às Unidades e a demanda é espontânea?

2.5 Caso positivo, qual é o órgão responsável pela regulação?

2.6 Os pacientes encaminhados para as especialidades chegam com protocolos de referência preenchidos?

() Sim; () não () Alguns

2.7 Quais são os três tipos de consultas especializadas que apresentam maior tempo médio de espera?

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

2.8 Quais são os critérios utilizados para oferta de consultas para os pacientes da Rede e do PSF?

2.9 Existe formulário de contra-referência ?

() Sim; () não.

2.10 Em caso positivo, o que deve constar nele?

2.11 Como é a conduta utilizada para as contra-referências?

2.12 qual a sua opinião sobre o papel dos profissionais dos CEOs dentro do Sistema de Referências e Contra Referências?

2.13 Qual a sua opinião com relação à continuidade do cuidado em saúde bucal?

2.14 Os equipamentos dos CEOs recebem manutenção constante?

Quando quebram; 3-3 meses; 6-6 meses..

2.15 Faltam insumos para o desempenho das atividades especializadas?

Sim; não.

2.16 Quais?

2.17 Qual o tempo, em média, de espera pelos materiais necessários?

Universidade Estácio de Sá
Mestrado de Saúde da Família
Pesquisa: Do Programa Saúde da Família ao “Brasil
Sorridente” O Caminho da Integralidade em Saúde Bucal.
PROFISSIONAL DO PSF

Local (Município)

1 1) IDENTIFICAÇÃO:

Nome do entrevistado:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	Tempo de trabalho no SUS:
Houve treinamento específico para a função?	() Sim ; () não;
É funcionário de carreira do município?	() Sim ; () não;
Em caso de negativa da pergunta anterior qual a forma de contratação:	
Profissão	
Tempo de formado:	Instituição de formação:
Idade:	Sexo: Masculino() Feminino ().
Data da entrevista:	Entrevistador:

2 2) ORGANIZAÇÃO E REGULAÇÃO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA (RCR):

2.1 Existem ofertas suficientes para as demandas de consultas e exames especializados para os pacientes do Programa de Saúde da Família (PSF)?

() Sim; () não.

2.2 Você conhece os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)?

() Sim; () não.

2.3 Na sua opinião qual o papel dos CEOs para o PSF?

2.4 Para onde são encaminhados os pacientes da sua unidade (PSF), quando existe a necessidade de consulta ou exame especializado?

() CEOs; () REDE.

2.5 Existe protocolo clínico para consultas em odontologia?

() Sim; () não.

2.6 Existe protocolo clínico para o encaminhamento dos pacientes da atenção básica para as especialidades?

() Sim; () não.

2.6.1 Em caso positivo, o que deve constar do protocolo de encaminhamento para as especialidades?

2.7 Você tem conhecimento das referências estabelecidas?

() Sim; () não.

2.8 Quais são as unidades de referência para as seguintes consultas e exames especializados para os pacientes do PSF? Especifique a unidade por tipo de encaminhamento.

Consulta/exame	Unidade
Periodontia	
Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros	
Endodontia	
Portadores de necessidades especiais	
Diagnostico de câncer com ênfase em câncer de boca	

2.9 Além destes exames, quais as outras situações que os pacientes devem ser encaminhados?

2.10 Quais são os critérios utilizados para programação da oferta de consultas e exames especializados na sua Unidade?

2.11 Há regulação das referências para o acesso às consultas especializadas encaminhadas pelas USF?

Sim ; não.

2.12 Há regulação das referências para o acesso aos exames especializados encaminhados pelas USF?

Sim ; não.

2.13 Caso positivo, qual é o órgão responsável pela regulação?

2.14 Aponte os três principais problemas que dificultam a regulação das referências para consultas e exames?

1 -

2 -

3 -

2.15 Existe monitoramento dos pacientes que foram referidos?

Sim; não.

2.15.1 Em caso positivo, como é feito o monitoramento ?

2.16 Os profissionais responsáveis pelas consultas especializadas fazem contra-referência?

Sempre; quase sempre; às vezes; nunca.

2.16.1 Qual a sua opinião sobre a importância da articulação entre os profissionais da ESB e os CEOs para a evolução das soluções dos problemas em saúde bucal ?

2.16.2 Existe contato entre os profissionais das Equipes de Saúde Bucal com os profissionais dos Centros de especialidades Odontológicas?

() Sim; () não.

2.16.3 Em caso positivo, existe discussão de conduta do caso do paciente?

2.16.3 Existe um planejamento elaborado pelas ESB e CEO para encaminhamento dos caso mais urgentes ?

() Sim; () não.

2.17 Qual a conduta da unidade (Equipe de Saúde Bucal) após o retorno do paciente referenciado?

2.18 Como é a sua opinião sobre o papel dos profissionais do PSF com relação a Integralidade?

2.19 Qual a sua opinião de como deveria ser à continuidade do cuidado em saúde bucal ?

2.20 Você tem apoio de alguma equipe de supervisão para esclarecer dúvidas quanto aos encaminhamentos?

() Sim; () não.

2.21 Qual o tempo de retorno dos pacientes encaminhados aos CEO de acordo com as especialidades?

2.22 Qual a especialidade que exige maior tempo de espera?

Universidade Estácio de Sá
Mestrado de Saúde da Família
Pesquisa: Do Programa Saúde da Família ao “Brasil Sorridente”:
O Caminho da Integralidade em Saúde Bucal.
COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL

Local (Município)

1) IDENTIFICAÇÃO:

Nome do entrevistado:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	Tempo de trabalho no SUS:
Houve treinamento específico para a função?	() Sim ; () não;
É funcionário de carreira do município?	() Sim ; () não;
Profissão	
Tempo de formado	
Idade:	Sexo: Masculino() Feminino ().
Data da entrevista:	Entrevistador:

2) ORGANIZAÇÃO E REGULAÇÃO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA (RCR):

2.1 A oferta de consultas e exames especializados é planejada para garantir a demanda dos pacientes da ESB?

() Sim; () não.

2.2 Quais foram os critérios utilizados para o dimensionamento (programação) da oferta de consultas e exames especializados (por ex: perfil da demanda)?

2.3 Os profissionais Do PSF (ESB) têm conhecimento das referências estabelecidas?

() Sim; () não.

2.4 Há regulação das referências para o acesso às consultas especializadas encaminhadas pelas USF?

() Sim ; () não.

2.6 Caso positivo, qual é o órgão responsável pela regulação?

2.7 Aponte os principais problemas que dificultam a regulação das referências para consultas e exames?

2.8 Existe monitoramento das filas de espera?

() Sim; () não.

2.9 Quais são os três tipos de consultas especializadas que apresentam maior tempo médio de espera?

3) GESTÃO CLÍNICA

3.1 O encaminhamento para consultas especializadas é feito com base em protocolos?

() Sim; () não.

3.3 Quais protocolos estão sendo utilizados?

3.4 Houve treinamento dos profissionais de SF no uso dos protocolos?

() Sim; () não.

3.5 Quando ocorreu o último treinamento?

Data: _____ (mês/ano)

3.6 Houve avaliação da utilização dos protocolos?

() Sim; () não.

3.7 Caso positivo, como se pode resumir seus resultados?

3.8 Existe monitoramento dos encaminhamentos feitos pelo PSF?

() Sim; () não.

3.9 Existe avaliação deste monitoramento dos encaminhamentos feitos pelo PSF?

() Sim; () não.

3.10 A avaliação está documentada? (caso haja avaliação, favor anexar cópia)

() Sim; () não.

3.11 Há apoio técnico de profissionais especializados para os profissionais de saúde da família?

() Sim; () não.

3.13 Descreva de forma sucinta as principais características do apoio técnico ou supervisão.

4) RECURSOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO:

4.1 Quais são os recursos de informática e de comunicação disponíveis para as USF?

- () Computador ligado em rede;
- () Computador **não** ligado em rede;
- () Telefone;
- () Rádio (ou tipo Nextel);

4.2 Quais USF contam com computador e telefone/rádio (ambos)?

4.3 Quais são os meios utilizados para as referências e contra-referências?

- guia em papel;
- telefone/rádio;
- guia por rede de computadores.

5. LOGÍSTICA

5.1 Há planejamento da oferta de medicamentos, insumo e de materiais usados em consultas ou exames (kits de exames) especializados?

- Sim; não.

5.2 Para quais dos itens abaixo há controle de estoque (marque com X):

Item	Controle
Medicamentos	
Insumos	
Kits de exames	

5.3 Tem havido falta de algum medicamento ou insumo ou kits de exames?

- Sim; não.

5.4 Em caso positivo, quais itens têm faltado?

Item	Tempo

5.5 Há manutenção e calibração regular dos equipamentos utilizados nas USF?

- Sim; não.

5.6 Há algum problema de abastecimento relacionado com o transporte dos itens?

- Sim; não.

5.7 Caso positivo, é possível resumir o problema?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

3 NOME DO ENTREVISTADO: _____ IDADE: _____

RG: _____

Projeto: "BRASIL SORRIDENTE", DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: O CAMINHO DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE BUCAL.

Responsável: Carlos Letácio Silveira Lessa da Silva

Eu, _____, abaixo

assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: Estudar o sistema de referência entre as Equipes de saúde bucal e os Ceos tendo como foco a continuidade do cuidado em saúde bucal.
2. Benefícios que possam ser obtidos: Subsidiar os sistemas de saúde com as informações obtidas no município de Duque de Caxias.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o carácter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador(a) pelos telefones (71) 87420864.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante.

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

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](#)