



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
MESTRADO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE**

**A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE
CIDADES DA PRIMEIRA MACROREGIONAL DE SAÚDE DA
PARAÍBA**

DANILSON FERREIRA DA CRUZ

Ana Maria Gondim Valença

Liliane dos Santos Machado

**João Pessoa
2010**

**A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE
CIDADES DA PRIMEIRA MACROREGIONAL DE SAÚDE DA
PARAÍBA**

DANILSON FERREIRA DA CRUZ

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Modelos de Decisão e Saúde da
Universidade Federal da Paraíba
como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre.

Orientadoras:
Ana Maria Gondim Valença
Liliane dos Santos Machado

**João Pessoa
2010**

C957o Cruz, Danilson Ferreira da.

A organização do cuidado em saúde bucal de cidades da primeira macroregional de saúde da Paraíba / Danilson Ferreira da Cruz. - - João Pessoa: [s.n.], 2010.

115f. : il.

Orientadoras: Ana Maria Gondim Valença e Liliane dos Santos Machado.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN/CCS.

1.Saúde pública. 2.Saúde bucal. 3.Avaliação em Saúde. 4.Serviços de saúde.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

DANILSON FERREIRA DA CRUZ

**A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE
CIDADES DA PRIMEIRA MACROREGIONAL DE SAÚDE DA
PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Modelos de Decisão e Saúde da
Universidade Federal da Paraíba
como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre.

Dissertação aprovada em : ____/____/____

Prof^a. Ana Maria Gondim Valença

Doutora em Odontologia (Odontologia Social) pela UFF (Orientadora – UFPB)

Prof^a. Liliane dos Santos Machado

Doutora em Engenharia pela USP (Orientadora – UFPB)

Prof. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP (Examinador – UFPB)

Prof. Ulisses Umbelino dos Anjos

Doutor em Estatística pela USP (Examinador – UFPB)

Prof^a. Maria Cristina Calvo

Doutora em Engenharia de Produção pela UFSC (Examinadora Externa – UFSC)

**João Pessoa
2010**

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Pedro Augusto (Pedrinho). Sua idade se confunde com minha própria trajetória neste mestrado. São dois anos. Penso que saberás entender as ausências. Te amo!

AGRADECIMENTOS

Tenho que agradecer a muitas pessoas. Faço a opção por não mencionar os nomes, pois teria que adiar minha defesa. Foram muitos os que contribuíram com esta construção. Aos estimuladores obrigado. Aos desestimuladores, obrigado, também. Entendo que estas duas interfaces são matéria-prima, mesmo que dialética (ainda bem), para qualquer construção. Mas, fico a vontade para falar de dois nomes, mesmo que me contradiga quando dissera que não tocaria em nomes. Obrigado Ana, obrigado Liliane.

RESUMO

O presente estudo investigou a organização do cuidado em saúde bucal dos municípios de Bayeux, Cabedelo, Guarabira, João Pessoa, Mamanguape, Santa Rita e Sapé, pertencentes à 1ª. Macroregional de Saúde da Paraíba. Este estudo foi de natureza exploratória descritiva, utilizando a abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra buscou representar a Primeira Macroregião de saúde, por ser esta a mais populosa no estado (1.726.022 habitantes). Por se tratar de um recorte de um projeto maior, optou-se, por conveniência, em trabalhar com os sete municípios mais populosos e com melhor acessibilidade, tornando-se, assim, a amostra deste estudo. Este recorte representou 62,61% da população da macroregional. Os dados foram coletados a partir de duas frentes: dos sistemas de informação: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS); Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), além das entrevistas com usuários, trabalhadores e gestores do SUS nos municípios da amostra. Para tanto, o instrumento de coleta de dados utilizado foi constituído de dois roteiros de entrevistas semi-estruturados. Os dados obtidos com as entrevistas foram analisados pela técnica de análise de conteúdo Bardin (2002), que se baseia em operações de desmembramentos do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Foi realizada também análise descritiva por meio de gráficos e tabelas dos indicadores de atenção à saúde bucal e sua associação discursiva com os indicadores socioeconômicos; financiamento e ofertas de serviços. Como resultados verificou-se que os municípios que apresentaram melhores indicadores socioeconômicos foram os que mais investiram no financiamento em saúde; identificou-se, ainda, que aqueles usuários que conseguiram acessar o sistema através da Atenção Básica e prosseguir quando necessitou ser referenciado para outro nível de complexidade, sendo este elemento indispensável para uma Linha de Cuidado, os achados deste estudo apontaram que nem sempre há uma preocupação efetiva com a garantia desta continuidade pelos municípios; as cidades com melhores indicadores da Atenção Básica (acesso, cobertura na ESF, ação coletiva de escovação), são os mais desprovidos de ofertas secundárias. Concluiu-se que os achados deste estudo podem ser utilizados para auxiliar gestores das cidades da 1ª Macroregional de Saúde da Paraíba na reorientação ou manutenção das políticas de saúde bucal ora vigente, de forma socialmente orientada conforme as necessidades de saúde dos sujeitos individuais e coletivos através da utilização dos dados secundários disponíveis publicamente e da subjetividade dos atores sociais que constituem o SUS (gestores, trabalhadores e usuários).

PALAVRAS CHAVES: Avaliação em saúde; Saúde bucal; Serviços de saúde.

ABSTRACT

The present study investigated the organization of oral health care in the municipalities of Bayeux, Cabedelo, Guarabira, João Pessoa, Mamanguape, Santa Rita and Sapé, belonging to the Paraíba's 1st Macro-regional of Health. This was an exploratory descriptive study which had quantitative and qualitative approaches. The sample aimed at representing the First Macro-region of Health, since it is the most populous one in the state (1,726,022 inhabitants). Due to this study be part of a larger project, it was opted, for convenience, to work on the seven most populous cities and with the best accessibility, which composed the study sample. It represented 62.61% of the macro-regional's population. Data were gathered from two fronts: information systems: Primary Care Information System (PCIS); Ambulatory Information System of the Unified Health System (AIS / UHS); Public Budget in Health Information System (PBHIS), besides the interviews applied to users, workers and managers of the UHS from the municipalities that composed the sample. For this, the instrument for data collection consisted of two semi-structured interview scripts. Data obtained from the interviews were analyzed through the content analysis technique proposed by Bardin (2002), which is based on operations of dismemberment of the text into units or, in other words, on finding out the different units of meaning that constitute the communication and then doing their reunification into classes or categories. Descriptive analysis was also performed by means of graphs and tables of the indicators of oral health care and discursive association with socioeconomic indicators, funding and service supplies. From the results it was verified that municipalities showing the best socioeconomic indicators were the ones that most invested in health funding. Users who access the system through Primary Care are followed to another complexity level when they need to be referenced, which is indispensable for a Care Line, but the findings of this study indicated that there is not always a real concern with the guarantee of that continuity by the municipalities. The cities presenting the best indicators of Primary Care (access, coverage by the Family Health Team, collective action of brushing), are the most devoid of secondary offerings. It's concluded that the findings of this study might be used to assist managers from the municipalities of the Paraíba's 1st Macro-regional of Health in redirecting or maintaining the current oral health policies, in a socially oriented way according to the health needs of individual and collective subjects through the use of publically available secondary data and of the subjectivity of the social actors who constitute the UHS (managers, workers and users).

KEY-WORDS: Health evaluation; Oral health; Health services.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1:** Caracterização da Evolução dos Modelos Alternativos.
- QUADRO 2:** Características da Saúde Bucal no Brasil frente às influências Norte-americana e Européia.
- QUADRO 3:** Evolução de estudos no campo da análise do cuidado em saúde bucal realizados no Brasil na última década.
- QUADRO 4:** Distribuição das Macroregiões de Saúde e respectiva Gerências Regionais de Saúde.
- QUADRO 5:** Distribuição dos Núcleos Regionais de Saúde, Macroregiões e quantitativo de municípios.
- QUADRO 6:** Distribuição dos sete municípios mais populosos da 1ª Macroregião e quantitativos populacionais segundo estimativas do IBGE em 2008.
- QUADRO 7:** Sujeitos e quantitativos de entrevistas por municípios.
- QUADRO 8:** Distribuição da população alfabetizada; do IDH e do IES dos municípios estudados com destaque em azul para os de situação mais favorável e em amarelo para os de situação menos favorável.
- QUADRO 9:** Distribuição da população coberta pelas ESF; do Nº de ESF; do Nº de ESB; e do Nº de CEO dos municípios estudados com destaque em azul para os de situação mais favorável e em amarelo para os de situação menos favorável.
- QUADRO 10:** Distribuição da despesa geral em saúde; da despesa com recursos próprios em saúde; e do percentual de recursos aplicados em saúde pelos municípios estudados com destaque em azul para os de situação mais favorável e em amarelo para os de situação menos favorável.
- QUADRO 11:** Caracterização da amostra de Gestores e Trabalhadores do Serviço Público Odontológico que responderam ao roteiro de questões quantitativas.
- QUADRO 12:** Caracterização da amostra de Usuários do Serviço Público Odontológico que responderam ao roteiro de questões quantitativas.
- QUADRO 13:** Distribuição das respostas de Gestores e Trabalhadores do Serviço Público Odontológico ao roteiro de questões quantitativas.
- QUADRO 14:** Distribuição das respostas de Usuários do Serviço Público Odontológico ao roteiro de questões quantitativas.
- QUADRO 15:** Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Idéias-Centrais (IC), segundo a percepção dos usuários do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre a conduta adotada quando se esgota as ofertas da Atenção Básica.
- QUADRO 16:** Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Idéias-Centrais (IC), segundo a percepção dos trabalhadores e gestores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre o funcionamento do sistema de referência para média e alta complexidade.
- QUADRO 17:** Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Idéias-Centrais (IC), segundo a percepção dos usuários do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre cuidado em saúde bucal.
- QUADRO 18:** Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Idéias-Centrais (IC), segundo a percepção dos gestores e trabalhadores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre cuidado em saúde bucal.
- QUADRO 19:** Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Idéias-Centrais (IC), segundo a percepção dos usuários do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre satisfação diante dos serviços de saúde bucal disponibilizados.
- QUADRO 20:** Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Idéias-Centrais (IC), segundo a percepção dos gestores e trabalhadores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre satisfação diante dos serviços de saúde bucal oferecidos.
- QUADRO 21:** Apresentação da Matriz de Avaliação da Organização de Linha do Cuidado em Saúde Bucal.
- QUADRO 22:** Elementos para Tomada de Decisão na constituição de Linha de Cuidado em Saúde Bucal.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1:** Esquema organizacional da atenção em saúde bucal a partir das áreas de trabalho, da demanda espontânea e de grupos prioritários.
- FIGURA 2:** Esquema estruturado dos passos para análise categorial de conteúdo.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1:** População por município estimada em 2008 e 2009.
- TABELA 2:** Quantitativo da amostra de Gestores e Trabalhadores e de Usuários do Serviço Público Odontológico que responderam ao roteiro de entrevista.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1:** Média mensal de pessoas participantes de Ação Coletiva de Escovação Supervisionada, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).
- GRÁFICO 2:** Cobertura populacional de Primeira Consulta Odontológica Programática, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).
- GRÁFICO 3:** Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).
- GRÁFICO 4:** Proporção de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Motivação.....	16
1.2	Relevância.....	16
1.3	Objetivos.....	17
1.4	Contribuição.....	18
1.5	Estrutura do trabalho.....	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	A trajetória dos Modelos de Atenção à Saúde	20
2.2	A organização do cuidado em saúde bucal: Uma análise a partir dos Modelos de Atenção à Saúde Bucal.....	25
2.3	A atual Política de Saúde Bucal no Brasil e na Paraíba.....	31
2.4	Linha do Cuidado.....	35
2.5	A utilização da informação em saúde e em saúde bucal.....	39
2.6	Trabalhos Correlatos.....	43
3	METODOLOGIA	46
3.1	Caracterização da área de estudo.....	47
3.2	Obtenção da amostra.....	50
3.3	Coleta de dados (etapa quantitativa).....	50
3.4	Coleta de dados (etapa qualitativa).....	54
3.5	Análise dos dados.....	55
3.6	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	58
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
4.1	Resultados da coleta realizada nas plataformas oficiais de informação em saúde.....	60
4.2	Resultados da coleta realizada a partir das entrevistas (Análise Quantitativa).....	74
4.3	Resultados da coleta realizada a partir das entrevistas (Análise Qualitativa).....	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFERÊNCIAS.....	100
	Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista 1.....	112
	Apêndice 2 – Roteiro de Entrevista 2.....	113
	Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
	Anexo 1 – Certidão de Comitê de Ética em Pesquisa.....	115

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro passou por muitas mudanças. A principal foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com o objetivo de possibilitar acesso mais democrático às ações e serviços de saúde; esse novo sistema é norteado pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1988). Entretanto, este processo de mudança surge a partir da reflexão da necessidade de ruptura de modelos de saúde que ao longo dos anos produziram limitadas intervenções na qualidade de vida das pessoas, além da institucionalização da saúde enquanto uma política de estado. Este movimento implica na forma em que o Estado atua na priorização de políticas de saúde, financiamento, entre outras. O SUS é o resultado do esforço e da construção de muitos sujeitos. O sinal de que se mantém a pujança do movimento da Reforma Sanitária é a idéia de que o SUS é uma obra inacabada, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e ideologia. Sua agenda de construção guarda, do mesmo modo, os conflitos primários que lhe deram vida como modelo contra hegemônico ante interesses corporativos e mercantilistas, palco de lutas onde a participação da sociedade foi e continua sendo fundamental.

No âmbito da saúde bucal, o SUS trouxe para a Odontologia brasileira o desafio da reformulação de suas práticas para que os princípios do SUS sejam assegurados. As mudanças que aconteceram nas três últimas décadas do século XX foram significantes, principalmente no que diz respeito à eficiência, à qualidade e à capacidade de oferta de técnicas mais sofisticadas e práticas para solução dos problemas bucais da população. Entretanto, mesmo com todo esse avanço e o fato da Odontologia ser uma atividade antiga no Brasil, visto que se iniciou no final do século XIX, o Brasil chegou ao vigésimo primeiro milênio com uma política de saúde bucal deficiente e com grande parte da população sem acesso aos cuidados clínicos e preventivos essenciais (PINTO, 2000).

Até 1998, 12,5% da população urbana e 32% da rural nunca haviam recebido nenhum tipo de tratamento odontológico (OLIVEIRA, 2005). Porém, o fato dos demais usuários já terem ido ao dentista, não significa dizer que os mesmos estão sendo atendidos/cuidados nas suas necessidades de saúde.

Algumas melhorias foram conseguidas na saúde bucal da população brasileira mediante a fluoretação das águas de abastecimento, iniciada nos anos 50. Em 1974 houve a regulamentação do Decreto Federal nº 76.872 que tornou lei obrigatória a fluoretação de águas para os municípios que possuíam estação de tratamento de água (BELLE, et. al., 2009). Porém, em um país extenso e populoso como o Brasil, ainda

depara-se com uma situação de saúde bucal crítica, onde a experiência de dor dentária é um dos principais motivos de ida ao dentista e com cerca de 14% dos adolescentes brasileiros sem nunca terem ido ao dentista. Existem desigualdades regionais - menos de 6% dos adolescentes da Região Sul nunca foram ao dentista enquanto que esta percentagem chega a quase 22% na Região Nordeste. A população idosa é fortemente afetada quanto às necessidades de saúde bucal, pois cerca de 56% precisa de algum tipo de prótese dentária. Esses dados revelam a histórica fragilidade das esferas governamentais ao não priorizarem políticas públicas para a saúde bucal, além do resultado da combinação de vários modelos de atenção excludentes e com limitações quanto ao acesso e resolubilidade (BRASIL, 2004a).

Em 2004 houve o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), marco inicial de um extenso processo de debates e construção de estratégias que propuseram uma reorientação do modelo de atenção, apoiada numa adequação do sistema de trabalho das Equipes de Saúde Bucal para que englobassem ações de promoção e proteção da saúde. A equipe de saúde, em conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar da construção da consciência sanitária, numa movimentação política e social que transcende a dimensão técnica da Odontologia, para ampliar racionalmente o acesso a uma assistência em saúde bucal integralizada, onde as linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) tenham fluxos centrados no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento seguro para que resultem em ações resolutivas (BRASIL, 2004a).

As ações prioritárias no âmbito da organização da rede de serviços em saúde bucal, a partir desta PNSB, foram: a ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde evoluiu de 6.170 (ESB) em 2003 para aproximadamente 20.000 (ESB) em fevereiro de 2010; criação da rede secundária de atenção especializada através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que juntos somam cerca de 1.600 serviços em todas as regiões do país (BRASIL, 2010)

Com 1.150 ESB, e mais de 90 CEO's e LRPD's, a Paraíba atualmente está entre os estados brasileiros que possuem a maior rede proporcional de saúde bucal do país. O Estado ainda conta com hospitais com equipes de Cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais nos principais municípios (BRASIL, 2010), sendo a primeira macroregional de saúde a grande concentradora destes serviços.

Porém, ter uma rede de serviços quantitativamente implantada não significa que se tenha cuidado implementado. Para tanto, é fundamental articular as ações e serviços numa perspectiva de atuar a partir das necessidades de saúde de uma população, pois a linha de cuidado pressupõe produtos, clientela e qualidade da atenção, sendo alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao usuário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços de forma articulada (FRANCO; MAGALHÃES, 2003; CAMPOS, 2003). Este movimento, pode se dar, conforme defende Merhy e Cecílio (2003), além de Franco e Magalhães (2003), a partir da organização dos sistemas locais em Linhas de Cuidado, nesse caso Linha de Cuidado em Saúde Bucal.

A informação, neste cenário, é importante aliada enquanto instrumento de apoio à decisão para o planejamento, gestão, organização e avaliação, nos diferentes níveis que constituem o Sistema Único de Saúde, incluindo o controle social, a população em geral e seus diferentes tipos de organização (ONG's, sindicatos, universidades, dentre outras). As informações em saúde podem ser obtidas por meio de diversas fontes, dentre elas destacam-se os Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Neste contexto, considerando que houve intensa movimentação no sentido de se estabelecer um novo modelo de atenção à saúde bucal no Brasil ao longo da última década, principalmente no que se refere à constituição de rede de serviços, além do desafio de combater os indicadores desfavoráveis de saúde bucal nas populações, algumas questões se estabelecem, sendo estas norteadoras para este estudo: Como está organizada a atenção à saúde bucal nos municípios? A informação em saúde e em saúde bucal é importante para organizar o cuidado em saúde? Buscando responder estas questões, este estudo se propõe a analisar a organização do cuidado em saúde bucal na Primeira Macroregional de saúde da Paraíba.

Esta proposta de trabalho intitulada de “A organização do cuidado em saúde bucal de cidades da primeira macroregional de saúde da Paraíba”, constitui parte do Projeto de Pesquisa “A LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL NA 1ª MACROREGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA”, vinculado ao Grupo de Pesquisa em Odontopediatria e Clínica Integrada. Este projeto foi submetido e aprovado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/MS-SAS-DAB No. 32/2008.

1.1 Motivação

Ao remeter à história das práticas de odontologia, percebe-se que várias foram as tentativas de organizar ações que mudassem a realidade da saúde bucal da população. A odontologia pública no Brasil, a exemplo de outros setores da saúde, já passou por atender somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio do credenciamento por conveniência do setor privado pelo estado, teve modelos como o Sistema Incremental e de Odontologia Integral, que possuíam como características marcantes, respectivamente, atender somente a faixa etária de 6 a 14 anos e reconhecer a cárie como doença infecto-contagiosa propondo ações de prevenção a partir do trabalho em equipe (NARVAI, 1994; NARVAI, 2006).

Mais recentemente, a partir da PNSB, novas diretrizes têm sido propostas. Uma delas é a de que a organização do cuidado em saúde bucal se dê por mecanismos de constituição de redes de atenção. Porém, uma política de Estado, principalmente de saúde, não se constitui apenas por portarias, por implantação de serviços e de ofertas. Também é preciso se firmar em bases mais concretas, em ações que visem à intervenção nas necessidades de saúde dos sujeitos e da coletividade, em fortalecer e ser fortalecida pelo controle social e pela participação popular.

Neste sentido, este estudo foi provocado e motivado pelo desafio de se produzir uma análise do cuidado em saúde bucal a partir do reconhecimento das informações em saúde contidas nos sistemas oficiais, além do olhar de gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

1.2 Relevância

No Brasil foram realizados três levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal da população, sendo o resultado destes disponibilizados nos anos de 1986, 1996 e 2003 (BRASIL, 2006c). Estes levantamentos evidenciaram os indicadores de saúde, ou seja, como está a saúde bucal das pessoas. Entretanto poucas são as informações de como está se produzindo o cuidado, como está organizada a rede de saúde nos municípios e como as pessoas estão sendo cuidadas.

Neste contexto, a relevância da pesquisa está na disponibilização de um estudo científico do cuidado em saúde bucal, sendo elemento fundamental para, conjuntamente com os levantamentos epidemiológicos, favorecer o processo de tomada de decisão para o planejamento de ações nesta área.

1.3 Objetivos

Objetivo Geral

Investigar a organização do cuidado em saúde bucal dos municípios de Bayeux, Cabedelo, Guarabira, João Pessoa, Mamanguape, Santa Rita e Sapé, pertencentes à 1ª. Macroregional de Saúde da Paraíba.

Objetivos Específicos

- Calcular os indicadores de atenção à saúde bucal preconizados pelo Ministério da Saúde (1ª Consulta programática anual; Cobertura mensal da ação coletiva de escovação dental supervisionada; Média de procedimentos odontológicos básicos e individuais; e Proporção de procedimentos odontológicos especializados);
- Analisar a organização dos serviços quanto as suas rotinas de funcionamento verificando se há relação ou não entre a percepção dos gestores e trabalhadores com as dos usuários;
- Descrever a relação dos indicadores de atenção à saúde bucal com: indicadores sociais; financiamento em saúde; e ofertas de serviços;
- Relacionar as rotinas de funcionamento dos serviços com os indicadores de atenção à saúde bucal.

1.4 Contribuição

A contribuição está na sistematização, de forma científica, dos elementos da informação em saúde e da percepção dos sujeitos da produção do cuidado (gestores, trabalhadores e usuários) que favorecem a análise do cuidado em saúde bucal. Isto auxiliará o processo de tomada de decisão quando do planejamento de ações nos sistemas locais que visem à constituição de linha de cuidado em saúde bucal.

1.5 Estrutura do Trabalho

Esta proposta de dissertação está didaticamente dividida em capítulos, de forma a facilitar compreensão do leitor, organizada da seguinte maneira:

O Capítulo 1 (Introdução) é disposto o assunto pesquisado de forma resumida, assim como a motivação para a escolha do tema, a relevância do estudo, o objetivo geral e os objetivos específicos e a contribuição do estudo.

O Capítulo 2 aborda a fundamentação teórica, organizada em tópicos de assuntos;

No Capítulo 3 é descrita a Metodologia, sendo este dedicado à caracterização do território e da amostra estudada, além dos caminhos que foram percorridos para a obtenção e análise dos dados quantitativos e qualitativos.

O Capítulo 4 é composto dos resultados e discussão. Nesse capítulo foram discutidos, de forma descritiva, os principais resultados do estudo.

O Capítulo 5 é constituído das considerações finais do estudo, o qual apresenta caminhos para tomada de decisão na constituição de Linha de Cuidado em Saúde Bucal.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste Capítulo são tratados os assuntos que favoreceram a compreensão da temática em estudo. Encontra-se organizado em seis tópicos: A trajetória dos Modelos de Atenção à Saúde; A organização do cuidado em saúde bucal: Uma análise a partir dos Modelos de Atenção à Saúde Bucal; A atual Política de Saúde Bucal no Brasil e na Paraíba; Linha do Cuidado; A utilização da informação em saúde e em saúde bucal e; Trabalhos correlatos.

2.1 A trajetória dos Modelos de Atenção à Saúde

Adotando a teoria do processo de trabalho como referência, Paim (2003a, p.476) definiu modelos de atenção à saúde como “[...] combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços populacionais incluindo ações sobre o ambiente, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”. O referido autor reforça que, sob essa perspectiva, os modelos de atenção são formas de organização entre os sujeitos, mediado por tecnologias, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Para entender melhor o processo organizacional, a partir da concepção de modelos de atenção à saúde, faz-se necessário contextualizar os vários momentos e movimentos vivenciados pela saúde no Brasil.

Historicamente, movimentos de transformação das práticas sanitárias acontecem em decorrência da forma como o Estado responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população. Dessa forma, o campo da saúde relaciona-se aos contextos sócio-político-culturais de cada época. Essa afirmação de Paim e Almeida Filho (1998) é exemplificada pelo marco da Proclamação da República no Brasil, em 1889, quando se inaugura um padrão de articulação da formação social brasileira com sociedades capitalistas avançadas, no qual se reforça a economia exportadora capitalista do café e, paralelamente, a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho. Isso significa uma organização sanitária baseada na consolidação da inserção da economia brasileira no quadro do capitalismo mundial.

No início do século XX, o modelo de atenção era desenvolvido a partir de práticas sanitárias que visava, fundamentalmente, ao controle do conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades

capitalistas no espaço da cidade e de outras áreas do campo. Seu objetivo, ao contrário de proteger a totalidade dos habitantes do país ou recuperar a saúde dos homens, foi, basicamente, utilitário, sendo definido por interesses de grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional (COSTA, 1986). A saúde pública, então, instrumentalizou-se para combater os entraves que certas enfermidades antepunham ao desenvolvimento da produção. A partir daí, inicia-se a criação de modelos institucionais de prática sanitária orientados pelos mais avançados conhecimentos desenvolvidos no campo médico-sanitário nos países capitalistas centrais (como a Alemanha e a França, na Europa, e os Estados Unidos, na América do Norte) com base nas descobertas da microbiologia e da bacteriologia.

As ações de cunho higienista eram voltadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de grandes epidemias e das endemias que assolavam o país, fazendo-o na forma de campanhas sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz para sanear o Rio de Janeiro. Estas campanhas, com frequência, se faziam de forma autoritária empregando estratégias militares para sua implementação, o que não raro levou a levantes populares, como o ocorrido no Rio de Janeiro no início do século XX e que ficou conhecido como a revolta da vacina. Por este motivo, muitos historiadores da saúde pública têm se referido a esta quadra de nossa história como período do sanitarismo campanhista (COSTA, 1986).

O período de 1930 a 1945, conforme comentado por Mendes (1994), constitui o início da previdência social brasileira, em que prevalece a doutrina do seguro, a orientação economizadora de gastos e a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais. A assistência médica, nessa época, passa a ser secundária e provisória. Com o avanço do processo de industrialização vivido a partir de 1950, houve um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde.

Segundo Oliveira e Teixeira (1985), no ano de 1966, em plena ditadura militar, a política de assistência à saúde adotada privilegiou, de forma mais explícita que nos períodos anteriores, a compra de serviços do setor privado (filantrópico ou lucrativo) em detrimento da construção de unidades próprias (públicas). Este movimento já se faz sentir quando compara-se dados relativos à movimentação do número de hospitais e de leitos hospitalares entre 1962 e 1971. Gonçalves (1977), utilizando dados do IBGE e do cadastro de hospitais do Ministério da Saúde, afirma que o número de hospitais

brasileiros aumentou em 145% no período que vai de 1962 a 1971, o que representou a vertiginosa quantidade de 1262 novos hospitais em uma década. Porém, em que pese o fato do crescimento do número de hospitais do Estado ter sido um pouco maior, o aumento do número de leitos privados foi superior, aumentando a participação relativa deste setor no total de leitos.

No fim dos anos 70 se constatava a hegemonia do modelo médico-assistencial, centrado no hospital, resultando no financiamento pelo Estado do setor privado nacional, que oferecia a parte médica, e do setor privado internacional, que oferecia equipamentos, o que reforçou a geração de uma universalização excludente, com a expansão do sistema de saúde acompanhada da exclusão de indivíduos das camadas médias e do operariado, que não se enquadravam nos setores citados. A visão predominante nesse quadro é a curativa, individual, medicamentosa, centralizada, e principalmente, médico-hospitalar (BRASIL, 2006a).

Com o problema da exclusão de grande parte da população, em 1978, foi evidenciada a necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Surgiu, então, a ideia da medicina simplificada para populações marginalizadas, preconizada por movimentos contra-hegemônicos formados após a proposta internacional dos cuidados primários e acordada em Alma-Ata (MENDES, 1994).

A crise econômica e o processo de democratização, ocorridos nos anos 80, influenciaram positivamente o debate político na área da saúde. Com uma ideia mais abrangente de saúde que se concretizou no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguindo a Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como um de seus princípios a universalização da saúde como forma de superar o déficit de oferta de saúde à população (WERNECK, 1998). A questão da reforma sanitária e a de seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuíram para transformar a política de saúde. Elas exigiram uma mudança estrutural e uma política social capaz de liquidar a dívida social histórica. Com a Constituição de 1988, houve a confirmação da unificação dos serviços institucionais de saúde com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde estabelecendo atividades de

promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (LUZ, 1991).

O novo modelo de sistema de saúde apresentava três características que o definiam: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão (ALMEIDA FILHO, 1999; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A saúde passou a ser assumida (artigo 196 da Constituição) como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado o dever de garanti-la provendo as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, mediante redução do risco de doença e de outros agravos. O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde também ficou garantido neste artigo (BRASIL, 1988).

As inúmeras transformações ocorridas nas últimas décadas, com destaque para as transições epidemiológica, demográfica e político-institucional, trazem a necessidade da construção de modelos capazes de responder às novas realidades como o declínio das doenças agudas em jovens e o incremento das crônicas em idosos; o deslocamento do objeto das práticas de indivíduos para famílias; o desenvolvimento de novas abordagens voltadas para hábitos e estilos de vida; às novas concepções de práticas educativas e a busca de novos cenários de práticas de saúde (GOULART, 1999).

Neste novo contexto da saúde, propostas alternativas a este modelo hegemônico (médico, especializado, hospitalocêntrico e privatista), desenvolveram-se e vem sendo desenvolvidas, são os chamados Modelos Alternativos. São eles: Medicina Comunitária; Ações Programáticas de Saúde (APS); Sistemas Locais de Saúde (SILOS); Cidades Saudáveis; Vigilância em Saúde; e Em Defesa da Vida, sendo este último defensor da organização da atenção à saúde a partir de Linhas de Cuidado. No quadro 1 são apresentadas as características de tais modelos.

Modelos Alternativos	Características e pressupostos	Autores e Ano de publicação
Medicina Comunitária	- Modelo centrado nos Cuidados Primários em Saúde; - Programas de extensão da cobertura, tanto de regiões rurais como urbanas.	Cyrino e Rizzato, 2004.
Ações Programáticas de Saúde (APS)	- Ações voltadas para a atenção a doenças infecto-contagiosas e parasitárias (hanseníase, tuberculose, dentre outras); - Programas voltados para a saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso e doenças sexualmente transmissíveis; - Influencia a organização da Estratégia Saúde da Família nos dias de hoje.	Schraiber, Nemes, Gonçalves 1996; Paim, 2003.
Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)	- Sua finalidade era aumentar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde; - Utilizada como denominação de arranjos locais, em nível de municípios; - Regionalização, hierarquização, participação social, visão ampliada do conceito de saúde constituía o ideário da proposta; - No Brasil se organizou com destaque no Estado da Bahia.	Teixeira et al., 1993; Morosin e Corbo, 2007.
As Cidades Saudáveis	- Sua intenção era criar uma rede de cidades dispostas a encontrar novas maneiras de fazer com que os seus cidadãos se tornassem cada vez mais saudáveis; - Saúde é qualidade de vida e não ausência de doença; - Debate acerca dos conhecimentos sobre si mesmo, permitindo que se cuide melhor, autocuidado; - Curitiba foi um dos primeiros municípios a adotar este arranjo no Brasil.	Keinert, 1997; Westphal, 2000.
Vigilância em Saúde	- Tem por base a territorialização (denominado distritalização), com definição clara de populações a serem cobertas por um determinado leque de serviços que incluíam todos os níveis assistenciais; - Articulação entre unidades básicas de saúde com unidades secundárias e terciárias de forma a constituir uma rede de serviços; - Utilização da epidemiologia e do planejamento estratégico como ferramentas para definir as prioridades; - Interdisciplinaridade e a participação social.	Paim, 1993; Paim, 1994.
Em Defesa da Vida	- Desenvolve-se a partir de aspectos operativos e filosóficos tais como: a) Equipes de referência; b) Apoio especializado matricial; c) Formação de vínculo entre usuário e equipe; d) Responsabilização clínica e sanitária; e) Identificação de risco e vulnerabilidade; f) Trabalho em equipe; h) Construção de autonomias; i) Elaboração de projetos terapêuticos singulares (individuais); j) Cuidado a partir da organização do processo de trabalho tendo como pressupostos o Acolhimento e a Linha de Cuidado.	Campos, 1998; Campos, 1999; Franco; Bueno; Merhy, 1999; Franco; Magalhães, 2003; Campos, 2007.

QUADRO 1: Caracterização da Evolução dos Modelos Alternativos.

No campo da saúde bucal, tradicionalmente, o modelo de atenção odontológica hegemônico no setor público do país, tem se caracterizado pela falta de racionalidade e programação de suas ações. Essas práticas decorrem de uma concepção centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual – o cirurgião-dentista – no restrito ambiente clínico-cirúrgico (NARVAI, 1994). Outra característica marcante deste modelo é que o acesso se dá por livre demanda, ou demanda espontânea. Dessa forma, a organização do serviço não se faz na lógica da programação, mas sim naquela típica do mercado, mediante uma transposição simples e automática desta lógica para o espaço de realização dos serviços na esfera pública (ZANETTI et. al., 1996). Caracteriza-se, portanto, como uma concepção de prática da odontologia orientada pelo mercado e para o mercado, e não pelas reais necessidades de saúde da população.

Durante todo processo de organização da saúde no Brasil, a saúde bucal produziu interface com os vários modelos vigentes em suas épocas, assimilando assim, características e fundamentos. Para compreender como a atenção à saúde bucal vem se constituindo ao longo de sua história no Brasil e na Paraíba, será explanado sua organização a seguir.

2.2 A organização do cuidado em saúde bucal: Uma análise a partir dos Modelos de Atenção à Saúde Bucal

Para entender melhor como se organiza atualmente a saúde bucal no Brasil, faz-se necessário resgatar, de forma contextualizada, os movimentos desta área ao longo das últimas décadas. Isso permitirá uma compreensão mais sistemática das fragilidades e potencialidades, além das necessidades atuais do(s) modelo(s) vigente(s).

Já foi relatado anteriormente que o sistema de saúde brasileiro tem passado por rápidas e profundas mudanças nas últimas décadas (BRASIL, 1997; OLIVEIRA; SOUZA, 1997). Vários modelos de atenção já foram vistos, como o da Saúde Pública no início do século XX, o da Assistência Médica Previdenciária a partir da década de 20, o da Medicina Comunitária na década de 60 e o Sistema Único de Saúde, que teve início na década de 80 e que perdura até os dias de hoje (PAIM, 2003).

Entre as décadas de 20 e 40, os serviços odontológicos eram oferecidos pelo Estado somente nos grandes centros urbanos mediante livre demanda, com prática de

má qualidade. Um pouco depois, nos anos 50, passou-se a ser ofertados serviços curativos aos escolares de 6 a 14 anos de idade, caracterizando o Sistema Incremental, implantado pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) (ZANETTI et. al., 1996). Este modelo visava o completo atendimento odontológico de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes (PINTO, 1989)

O Sistema Incremental desenvolveu-se sobre forte influência do modelo de saúde bucal dos Estados Unidos da América, refletida na disseminação da política de higiene, da qual se derivou a higiene escolar (SCHLOSMAN, BROWN, SEDLAK 1986), tendo como reflexo a entrada da odontologia nas escolas (STARR, 1982).

Para Narvai (2006, p.143) o Sistema Incremental tornou-se ineficaz à medida que foi “transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente” e, em contextos de “precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas”.

Na década de 70 surge um modelo de práticas denominado Odontologia Simplificada, o qual ganhou espaço através de críticas ao modelo tradicional (Sistema Incremental) e mostrando que poderia ser de menor custo e maior cobertura (NARVAI, 1994). O autor ainda caracterizou este modelo como o de prática profissional que permitiria, mediante a padronização, da diminuição dos passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia. E que, ao tornar-se mais produtiva, viabilizaria os programas de extensão de cobertura.

Mesmo reconhecendo os avanços, Mendes (1986) considerou este modelo ainda limitado, vez que não questiona o modelo de prática hegemônica e não pretendia uma mudança qualitativa da prática profissional, pois a principal característica era a de simplificar recursos humanos, material de consumo, instrumental, equipes odontológicas, sistemas de trabalho, técnicas e espaço físico com o objetivo de estabelecer uma odontologia de alta produtividade. Assim o que se buscava era a produção de mais atos curativos, em menor tempo, e a um custo o mais baixo possível.

Começou, então, a marcar-se o dilema da quantidade versus qualidade e difundir-se uma fantasia de que, necessariamente, um trabalho de alta produtividade exige o sacrifício da qualidade. Além disso, a odontologia simplificada discursava sobre

a importância da prevenção, mas, na prática, continuava a priorizar o curativo. Este dilema, conflituoso, levou a uma reflexão mais profunda - agora calcada em alguns anos de experiência própria - sobre o significado real da odontologia simplificada. Concluiu-se que este era um caminho equivocado, porque se estava construindo uma prática odontológica que expressava, nesse campo específico, o exercício de uma política social discriminatória, que consolidava as desigualdades entre as classes sociais, onde:

Aos cidadãos tidos como de segunda categoria, se ofertavam serviços de segunda categoria, que valiam na medida de seu baixo custo, dado pelo seu conteúdo de simplificação, evidenciando que a odontologia simplificada, por seu caráter discriminatório e excludente, não constituía uma prática odontológica coerente com a doutrina e os princípios da Reforma Sanitária (MENDES, 1986, p. 542).

Na década de 80, frente ao importante e intenso movimento de reforma sanitária brasileiro, a Odontologia recebeu algum destaque com a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), e foi citada em fóruns nacionais de debates sobre a situação de saúde no Brasil. Nessa conferência foi analisado o modelo de prática odontológica brasileira e foram propostas diretrizes para a ação governamental quanto à formação de recursos humanos para a área, tecnologias e estratégias de atenção. Nesse evento, a Odontologia brasileira foi caracterizada como ineficiente e ineficaz, pois apresentava um caráter mercantilista e monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura (ZANETTI et al., 1996; NARVAI, 1994). Assim, ficava cada vez mais clara a necessidade de ruptura de determinadas práticas, pois a prática odontológica no Brasil desenvolveu-se como sendo uma atividade paralela aos serviços médicos, tanto no setor público quanto no privado. Enquanto a Medicina entrou em um processo de socialização, principalmente com o desenvolvimento do conceito de saúde como direito, a odontologia se manteve durante muitos anos no setor privado, sendo exercida predominantemente como uma atividade autônoma (CORDÓN; GARRAFA, 1991).

Para Narvai (2006), a Odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Em linhas gerais, sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos onde:

A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua

organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas. (NARVAI, 2006, p. 143).

Ainda na década de 80, especificamente em 1986, a proposta da Reforma Sanitária de uma saúde pública mais democrática foi o assunto principal da VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs um conceito de saúde ampliado, pois a colocou como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, transporte, moradia, emprego, acesso e posse de terra e também como um direito de todos e dever do Estado (ARAÚJO, 2005). Durante essa conferência foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, na qual foi reafirmado o diagnóstico anterior sobre a situação da saúde bucal no país e seus modelos limitados e excludentes. Com a promulgação da Constituição Nacional e das leis orgânicas da saúde, a construção de um Sistema de Saúde que garanta que esse direito seja também um direito de cidadania passou a ter mais perspectiva, estabelecendo uma nova política organizacional para a reestruturação dos serviços e ações de saúde (MENDES, 1998). No mesmo ano foi criada, no Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde Bucal, que realizou o primeiro Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal com abrangência a todas as regiões do País, denominado “Brasil, Zona Urbana”, revelando uma preocupante realidade de saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, 2006a).

Neste cenário se constituía um “novo modelo”, a Odontologia Integral, uma nova forma de pensar e fazer odontologia, que deixa de lado a complementaridade para instituir-se como uma prática mais progressista capaz de contrapor a prática hegemônica atual (privatista, concentrada nos aglomerados urbanos, excludente), superando-a, radicalmente, e fazendo nascer um novo paradigma profissional (MENDES, 1986). Mendes (1986, p. 543) caracteriza este momento como: “algo como um corte epistemológico no saber odontológico, onde uma nova ciência odontológica que se constitui, "cortando" com sua pré-história e com sua ambiência ideológica”. Essa abordagem da odontologia integral tem três grandes pilares interdependentes: a simplificação dos elementos, a ênfase na prevenção e a desmonopolização do saber odontológico.

Essa nova prática odontológica constitui-se, enquanto elementos ideológicos, das seguintes caracterizações: o coletivismo; a integração de atividades promocionais,

preventivas e curativas; a descentralização da atenção odontológica; a inclusão de práticas odontológicas alternativas; o trabalho em equipe; a utilização de tecnologia apropriada ao contexto das ações; e a participação comunitária (MENDES, 1986). Estes elementos também constituem as bases da atual e denominada “Saúde Bucal Coletiva” que ainda, ideologicamente, parte do pressuposto do entendimento de que a saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta (NARVAI et al, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2006).

A Saúde Bucal Coletiva opõe-se frontalmente à hegemonia da odontologia de mercado (privado), o que não quer dizer uma oposição aos consultórios ou clínicas particulares, mas a mercantilização da saúde e ao fato de que, em seu conjunto, predominem e imponham sua lógica na organização da assistência odontológica e do sistema de atenção à saúde bucal (NARVAI, 1994). Isso contrapõe a lógica, por exemplo, do modelo norte-americano que tem na organização dos serviços de saúde, como pilar de sustentação, as regras de mercado e a livre escolha do profissional pelo paciente e vice-versa. Os sistemas público e privado de saúde na prática interagem principalmente por meio da compra de serviços por parte do primeiro no mercado, e pela sustentação e regulamentação legal do funcionamento das empresas de seguros e planos de saúde por parte do governo e do legislativo (STARR, 1982).

Na Europa Oriental, que até fim dos anos 80 seus países tinham regimes socialistas, as práticas de saúde bucal eram ofertas públicas tendo seus custos assumidos pelo Estado. Esta característica tem interface com a Saúde Bucal Coletiva onde a população em sua totalidade detinha direito (característica de universalidade equivalente a do SUS no Brasil), sendo os profissionais prestadores dos serviços funcionários públicos atuando em consultórios do Estado (HOLST; SHEIHAM; PETERSEN, 2001). A partir de 1989, devido às mudanças econômicas e políticas com o fim da guerra fria, os sistemas de saúde bucal passaram por um processo de privatizações e descentralização de serviços, o que limitou a ação pública, havendo assim, quebras nos programas públicos (PETERSEN et. al., 1994).

A Europa Ocidental apresenta dois perfis de organização dos modelos em saúde bucal. Um deles é o Sistema de Financiamento e Provisão Privados, que é caracterizado por: ser custeado pelo usuário; os profissionais atendem em consultórios particulares ou em clínicas de seguradoras; o pagamento é por procedimento, tendo tabela livre. Um modelo privado, o qual é marcante em países como a Espanha, Finlândia, Grécia,

Holanda, Irlanda, Islândia, Itália, Noruega, Portugal, Suíça e Turquia. O segundo é o Sistema de Financiamento Público e Provisão Majoritariamente Privados, sendo este caracterizado por: custeio dos tratamentos cobertos em grande parte por fundos coletivos; profissionais atendem em consultório particular; remuneração por procedimento seguindo tabela estabelecida por representantes dos dentistas e os administradores do sistema; não há grupos prioritários de atenção; a escolha do profissional é livre por parte do usuário. A Alemanha, Dinamarca, França, Inglaterra, Áustria, Bélgica, Luxemburgo e Suécia adotam este sistema (HOLST; SHEIHAM; PETERSEN, 2001).

Atualmente, principalmente os países da União Européia (UE), onde os países sempre tiveram experiência assistencial privada, foi elaborado um Plano de Ação de Saúde Bucal. Este plano tem como objetivos: a) produzir uma definição do papel da UE na promoção da saúde bucal pública, que garanta acesso aos usuários que não possam pagar pelos seus tratamentos; b) reduzir os custos com as doenças bucais. Este plano foi pautado na ação de saúde comunitária que visa a melhoria das práticas de prevenção da saúde bucal e a redução de fatores de risco (WIDSTROM, 2004).

A organização do processo de atenção à saúde bucal no Brasil foi fortemente influenciada pelos Estados Unidos da América (EUA) e pela Europa. No quadro 2 algumas características desta influência são dispostas.

Características da Saúde Bucal no Brasil	Tendência
Oferta privada	EUA; Europa Ocidental
Foco no procedimento	EUA; Europa Ocidental
Demanda livre	EUA; Europa Ocidental
Alta tecnologia	EUA
Asseguradoras	EUA; Europa Ocidental
Higienismo	EUA
Saúde bucal pública	Europa Oriental
Saúde escolar	EUA

QUADRO 2: Características da Saúde Bucal no Brasil frente às influências Norte-americana e Européia.

A ação pública foi capaz de avançar fortemente no campo das ofertas, do acesso, do financiamento e da geração de empregos na área da saúde bucal, principalmente a

partir da última década no Brasil. Com a inserção da saúde bucal na ESF, que oficialmente deu a partir da publicação da Portaria GM/MS nº1444, de 28 de dezembro de 2000, estabeleceu-se o financiamento específico para as ESB no Saúde da Família. Essa portaria destaca que o trabalho das ESB na ESF estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias a partir do vínculo territorial e intensa aproximação com as comunidades (BRASIL, 2000).

Atualmente está em curso no país, desde o início da década, uma nova política de pensar e agir para a saúde bucal no contexto do trabalho, da atenção e da gestão no âmbito do SUS. O “Programa Brasil Sorridente – a Saúde Bucal Levada a Sério” é o nome de fantasia da atual, e, agora, Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Lançada pelo Ministério da Saúde em março de 2004, a política objetiva ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Pode-se afirmar que é a primeira vez que o Governo Federal desenvolve uma PNSB no formato de um programa estruturado, e não apenas incentivos isolados ao setor (BRASIL, 2004a).

2.3 A atual Política de Saúde Bucal no Brasil e na Paraíba

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde, como evidenciamos no tópico anterior. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. No entanto, esta movimentação não se dá pelo acaso.

A atual PNSB está organizada a partir de diretrizes que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente, destacando-se (BRASIL, 2006c):

- a) o cuidado como eixo de reorientação do modelo: respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- b) a humanização do processo de trabalho: implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva;
- c) a co-responsabilização dos serviços: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais;
- d) o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas de cuidado: a linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras;
- e) desenvolvimento de ações complementares: torna-se imprescindível quando das preocupações para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.

No campo da assistência/atenção a aposta foi na ampliação brusca de Equipes de Saúde Bucal (ESB), na Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi criada como o Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde em 1994, e logo se tornou uma estratégia para a reorganização da atenção básica no país, fortalecendo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (BRASIL, 2006a). Contudo, apenas em dezembro de 2000 a Odontologia foi inserida na ESF através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal.

As ESB's na Estratégia Saúde da Família aumentaram de 4.261 (ESB) em 2003, para 18.982 (ESB) em 2009, para todo país. Os recursos financeiros para o setor evoluíram de R\$ 46.676.000,00 para R\$ 545.836.000,00, quase que dez vezes mais (BRASIL, 2010).

Foi criada uma rede de serviços na atenção secundária com a perspectiva de garantia da continuidade da atenção - os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2004a)

Os Centros de Especialidades Odontológicas são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e, Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de Centro de Especialidades Odontológicas. (BRASIL, 2006a).

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária são serviços de reabilitação protética dos usuários que possuem perdas dentárias. Foi pensado e operado a partir da identificação do elevado índice de brasileiros que já haviam sofrido perdas dentárias. Em todo país os CEO's e LRPD's já somam cerca de 1.600 serviços em todas as regiões (BRASIL, 2010). A figura 1 apresenta o esquema de uma possível organização da atenção em saúde bucal a partir das áreas de trabalho, da demanda espontânea e de grupos prioritários, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

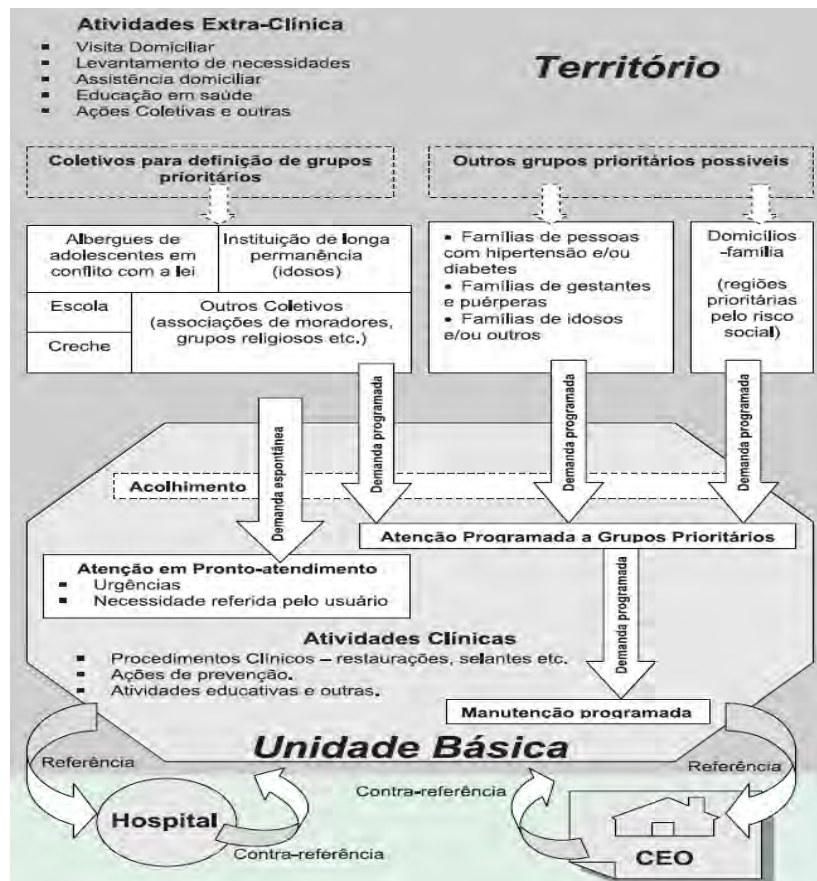


FIGURA 1: Esquema organizacional da atenção em saúde bucal a partir das áreas de trabalho, da demanda espontânea e de grupos prioritários.
FONTE: BRASIL, (2006a).

A Paraíba, atualmente, está entre os estados brasileiros que possuem a maior rede proporcional de saúde bucal do país. O estado possui cerca 1.150 ESB, e mais de 90 CEO's e LRPD's, além de hospitais com equipes de Cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais nos principais municípios, sendo a primeira macroregional de saúde a grande concentradora destes serviços (BRASIL, 2010). Entretanto, mesmo com cerca de 90% de sua população atualmente coberta pela Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, pelas ações básicas de saúde bucal, além de expressiva rede de serviços especializados (BRASIL, 2010), desafios se constituem, principalmente quando da organização da produção do cuidado pautado na integralidade. Um deles está no campo das intervenções dos gestores e trabalhadores na perspectiva de constituírem processos de atenção à saúde a partir de linhas de cuidado em saúde.

2.4 Linha do Cuidado

No atual estágio de estruturação do SUS é premente o desafio de aprimorar o desenvolvimento organizacional e intensificar os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde com o propósito de consolidar a produção do cuidado com vistas a integralidade das ações. A organização deste cuidado a partir de Linhas de Cuidado torna-se importante estratégia neste sentido.

A linha do cuidado parte da premissa da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, às quais está associada a imagem de uma "linha de produção" voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário (usuário), centrada em seu campo de necessidades (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde as linhas de cuidado devem ser compreendidas como:

modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam à integralidade do cuidado e associam ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, em todos os níveis de atenção, como também uma visão global das condições de vida. (BRASIL, 2007, p.27).

Para Franco e Magalhães (2003), o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Na perspectiva da linha do cuidado, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

A linha do cuidado pressupõe produtos, clientela e qualidade da assistência, sendo alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Segundo Franco e Magalhães (2003), a linha do cuidado se produz a partir do desejo, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro

nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta:

- a. Disponibilidade de recursos;
- b. Fluxos assistenciais centrados no usuário;
- c. Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção
- d. Garantia de contra-referência para as ESF's;
- e. Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico;
- f. Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais.
- g. Busca da garantia da intersetorialidade.

Na busca pela integralidade, o processo de constituição das linhas de cuidado é um dos mais significativos. Atualmente, vários são os movimentos, tanto de gestão como de processo de trabalho, bem como no campo dos movimentos sociais em saúde, que buscam favorecer/fortalecer as práticas integrais de saúde. Trata-se de, entre outros, equipes de referência e apoio matricial, onde se foge das estruturas verticais de organização para propostas mais colegiadas; (CAMPOS, 1998; CAMPOS, 1999), acolhimento, que pressupõe a inversão do modelo tradicional de organização do trabalho em saúde centrado nos procedimentos para o vínculo e escuta dos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; SCHOLZE et. al., 2006; MALTA et al., 1998).

Na atenção à saúde, considerando os níveis de especialidades, apoio terapêutico e diagnóstico, média e alta complexidade, várias são as situações de dificuldades enfrentadas pelos gestores e conjunto de trabalhadores quando se pretende organizar uma rede de serviços e ações implicados com a integralidade.

Para Franco e Magalhães (2003), a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado.

Campos (2003) ressalta que um importante desafio na busca da integralidade, no que se refere às ações de saúde, é reestruturar a forma como os distintos

estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. Para ele a mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde e o segundo, das práticas dos profissionais de saúde.

Entretanto, até a metade do século XX, o serviço público odontológico brasileiro se restringia a ações curativistas, pontuais e sem planejamento, sendo destinados apenas aos trabalhadores segurados pela previdência social, ficando o restante da população à mercê dos serviços odontológicos privados, que por seu alto custo, servia a uma pequena parcela da população. Diante desta negligência de anos, existe uma demanda reprimida no país, com necessidades variando para menos ou para mais na dependência de alguns fatores, como condições sociais, serviços odontológicos e recursos financeiros e até mesmo aspectos relacionados à localização geográfica (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

Com uma visão integral do processo saúde-doença, a atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), propõe uma reorientação do modelo de atenção, apoiada numa adequação do sistema de trabalho das Equipes de Saúde Bucal para que englobem ações de promoção e proteção da saúde. A equipe de saúde, em conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar da construção da consciência sanitária, numa movimentação política e social que transcende a dimensão técnica da odontologia, para ampliar racionalmente o acesso a uma assistência em saúde bucal integralizada, onde as linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) tenham fluxos centrados no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento (referência e contra-referência) para que resultem em ações resolutivas (BRASIL, 2004a).

Neste sentido, alguns estudos já começam a avaliar se os processos de organização do cuidado em saúde bucal favorecem a implementação de pressupostos para constituição de linhas de cuidado.

Souza (2009) avaliou a atenção da média complexidade na rede pública do Rio Grande do Norte tendo como cenário os Centros de Especialidades Odontológicas. O estudo revelou que há problemas nas rotinas de funcionamento quando refere-se a referência e contra-referência e que os usuários não são, em sua maioria, bem encaminhados quando para ações exclusivas da especialidade, apresentando necessidades que poderiam ter sido resolvidas na atenção básica.

Kloetzel et. al. (1998) analisaram a satisfação de usuários quanto a organização do cuidado prestado em unidade de saúde de Pelotas (RS), sendo a espera pelo atendimento fator de avaliação negativa pelos entrevistados.

Figueiredo e Goes (2009) publicaram o trabalho “Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil”, que objetivou avaliar o funcionamento dos CEO’s quanto aos seus desempenhos. O estudo revelou que 31,8% dos Centros de Especialidades Odontológicas obtiveram desempenho ruim, ou seja, não conseguiram dispor à população ofertas que estivessem minimamente na meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, critério este adotado no estudo.

Antunes e Narvai (2010) fizeram uma sistematização do conhecimento disponível sobre o estágio atual de efetivação das principais políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. O estudo revelou que, na atualidade, na impossibilidade de implantar o atendimento público odontológico com amplitude imediata e efetivamente universal foram estabelecidos alvos prioritários para o direcionamento preferencial de recursos, como o tratamento de crianças e gestantes, e a atenção especializada em prótese dentária, endodontia e radiologia odontológica. Além disso, a prioridade do atendimento de urgência é princípio consagrado, tanto dos serviços públicos como privados. O serviço público odontológico também atribuiu prioridade para a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção básica (ESF), educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos. A expansão do serviço público odontológico seguiu a estratégia de focalizar esforços e recursos para esses alvos programáticos. Essa política ainda está em fase de expansão, mas já há indicações favoráveis sendo necessário organizar o sistema quanto à produção do cuidado.

Contudo, a garantia da qualidade da atenção à saúde bucal apresenta-se como o principal caminho a ser perseguido neste momento no SUS, ainda mais considerando que essa qualidade deve ser compreendida à luz dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. A informação em saúde bucal poderá ser importante aliada para constituição de elementos de análise crítica do sistema a fim de evidenciar caminhos para organizar a atenção e a gestão do cuidado a partir de Linhas de Cuidado.

2.5 A utilização da informação em saúde e em saúde bucal

As décadas de 80 e 90 do século passado caracterizaram-se como um período de mudança significativa no modo de conceber e organizar os serviços de saúde no Brasil. Desde então, contingentes populacionais anteriormente excluídos do acesso à atenção à saúde vêm sendo sistematicamente inseridos no sistema público; há progressiva incorporação de tecnologias especializadas nos serviços; avança-se, mesmo que tenuamente, na definição de critérios de equanimidade para a distribuição de recursos financeiros. Entretanto, algumas áreas estratégicas necessitam de desenvolvimento mais rápido para fortalecer esse processo de qualificação do sistema de saúde, adequando-o ao que dispõem a Constituição Brasileira e as Leis Federais nº 8080/90 e nº 8142/90. Ainda se fazem necessários avanços na área de informação e informática em saúde, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação, com a produção de tecnologias de gestão compatíveis com a racionalidade que fundamenta a estrutura que está em implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004b).

A informação teve uma valorização crescente na década de 70 do Século XX, apoiada pelo desenvolvimento acelerado das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC's). Essa situação cunhou o novo paradigma social: o tecnô-econômico-informacional, no qual as práticas de produção, comercialização e consumo de bens e serviços, cooperação e competição entre os agentes sociais, privilegiam a recuperação da informação por meio das NTIC's (CASTELLS, 1999; LASTRES; ABAGLI, 1999). Nesse sentido, os serviços de saúde necessitam considerar informação e conhecimento como insumos estratégicos para atender a resolubilidade de suas ações, adequando-se ao paradigma da Sociedade da Informação em que os novos referenciais sociais, econômicos, tecnológicos e culturais constituem-se a partir da informação (TARAPANOFF, 2001).

Por um lado, no setor saúde, transformação do conhecimento em ação não é novidade. De fato, os pioneiros do Instituto Osvaldo Cruz já investiam neste sentido e as Conferências Nacionais em Saúde (CNS) estão cada vez mais reforçando a importância da geração e socialização de conhecimento (ROCHA, 2000). O que ratifica a deliberação da 12ª CNS, realizada em dezembro/2003, em construir e implementar políticas articuladas de informação, comunicação e educação em saúde, nas três esferas de governo, para garantir visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, de ações e utilização de recursos, ampliação, participação, controle social, e, atendimento

de demandas e expectativas sociais. Esse paradigma imprime na sociedade a necessidade de desenvolver ainda mais a habilidade de integrar o humano e o tecnológico nos diferentes processos de trabalho (SARACEVIC, 1995) e, também, efetivar políticas construídas em conjunto pelo Estado e Sociedade que viabilizem esse novo *modus operandis*, a Informação e o Conhecimento nos processos de decisões.

Além disso, a programação de ações de saúde nem sempre é baseada em informações, ou estas apresentam um uso limitado na definição de metas e prioridades (ALMEIDA, 1995). No tocante à avaliação, até os anos 90, esta assumiu uma natureza mais próxima da administração, na medida em que os dados coletados têm servido mais para análises financeiras e contábeis da prestação de serviços (GOLDBAUM, 1996). No entanto, a realidade atual é de superação desta concepção. Estudos atuais evidenciam que vários são os mecanismos de avaliação da atenção à saúde que o Ministério da Saúde, estados e municípios vem adotando. Estes estudos, inclusive, já propõem modelos de avaliação a partir de informações contidas nos sistemas de informações oficiais e de indicadores propostos mediante portarias específicas (SOUZA; RONCALLI, 2007; NICKEL; CAETANO; CALVO, 2009).

Na saúde, pelas suas especificidades, a adoção de estratégias para uma Gestão da Informação em Saúde, constitui-se objeto de uma política pública. Para Moraes (2002), quando se trata de Informação em Saúde, o trabalho deve ser no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a redução da miséria e das desigualdades sociais, subsidiando, além disso, o processo decisório na área de saúde, com a finalidade maior de promover “uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população”. Isto significa incluir este setor na Sociedade da Informação.

Porém, é importante ressaltar que as informações disponíveis normalmente não são de fácil acesso aos gestores locais e sua utilização é dificultada pela complexidade das tecnologias ou por incompatibilidades conceituais ou geográficas das diferentes bases de dados. Por vezes, até mesmo há desconhecimento do potencial de uso da informação como ferramenta para a gestão descentralizada. Paralelamente, observa-se a necessidade de desenvolver mecanismos que possibilitem aos usuários dos serviços de saúde e de seus representantes nos conselhos, bem como aos próprios trabalhadores em saúde, apropriarem-se do conteúdo das informações já disponíveis, de modo que possam melhor exercer sua representação e sua cidadania (ALMEIDA, 1995).

Para Medeiros et. al. (2005), mesmo com as fragilidades de coletas, sistematização e organização de dados ainda freqüentes, os Sistemas de Informações são imprescindíveis no sentido de construir elementos/dados para evidenciar sinais em que uma determinada política deva “caminhar”, considerando ainda os mesmos elucidativos, bem como capazes de produzir outras possibilidades, além daquelas relacionadas à remuneração da produção de serviços e vigilância epidemiológica.

Os sistemas de informação

A principal plataforma de informação em saúde disponível em sítio oficial do Ministério da Saúde é o do DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Nesta plataforma estão contidos o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dentre outros.

O DATASUS foi criado a partir do decreto 100 de 16.04.1991, porém ainda tendo que se adaptar aos processos de veiculação de outros órgãos que o antecedeu, a exemplo do DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social). Apenas em 1998 o DATASUS ficou vinculado diretamente à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), incorporando a Coordenação Geral de Informática do Ministério da Saúde, tendo sua missão ampliada para adequar às necessidades do MS e do SUS (BRASIL, 1991a; BRASIL, 1991b).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SISPACS). É uma base de dados do Ministério da Saúde utilizada para controle das atividades ambulatoriais por todos os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Abarca informações sobre consultas e exames de pessoas que utilizam o sistema de saúde para prevenção, controle e tratamento de enfermidades. O SIAB possui várias fichas de preenchimento das informações, de responsabilidade de diferentes profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) (BARROS; CHAVES, 2003).

O preenchimento das informações do SIAB começa com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inicialmente, esses profissionais cadastram todas as residências do município, incluindo casas em construção e casas vazias. A unidade de análise (ou observação) é o domicílio. Depois desse cadastro inicial, os agentes devem acompanhar as famílias mensalmente. Dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), os

profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e dentistas – utilizam uma ficha de produção do SIAB, a Ficha D, para o registro de atividades, procedimentos adotados com os pacientes e notificações. Esses dados são emitidos para as Secretarias Municipais para atualização mensal (BARROS; CHAVES, 2003; BRASIL, 2010).

O Sistema de Informações Ambulatoriais disponibiliza as informações relacionadas ao campo de produção dos serviços de saúde podendo ser obtidas a partir de:

- a) Número de consultas (ou de qualquer outro item de programação) por habitante ao ano, calculado através da divisão do número total de consultas (ou de qualquer outro item de programação) executado em um ano pelo número de habitantes do território em questão;
- b) Número de consultas (ou de qualquer outro item de programação ou procedimento) por consultório (ou equipamento ou estabelecimento que o realiza), calculado através da divisão do número total de consultas (ou de qualquer outro item de programação) executado em um ano pelo número de estabelecimentos cadastrados no território em questão;
- c) Número de exames/terapias realizados pelo quantitativo de consultas, calculado através da divisão do número total de exames/terapias realizados em um ano pelo número de consultas médicas realizadas no mesmo ano, para uma determinada especialidade (patologia clínica, radiologia, medicina nuclear) ou para cada exame/terapia de forma individualizada.

Convém esclarecer que muitas informações são incluídas constantemente e que, em alguns momentos, não se consegue realizar séries históricas de determinados dados.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) traz a tabulação de dados sobre os orçamentos públicos relativos ao SUS declarados pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, objetivando proporcionar a toda a população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área. O banco de dados do SIOPS é alimentado diretamente pelas unidades da federação e municípios, por meio de software desenvolvido pelo DATASUS (BRASIL, 2010). As ações e procedimentos de saúde bucal, em sua grande parte, são informados e dispostos nestes sistemas de informação.

2.6 Trabalhos correlatos

Torna-se importante mencionar que há trabalhos no campo da pesquisa avaliativa em saúde e saúde bucal que se propuseram a analisar o cuidado em saúde bucal ofertado em diferentes locais do Brasil. Diferentes tipos de análises são realizadas como: o cuidado na atenção especializada; o acesso às ações de saúde bucal a grupos específicos; a relação entre indicadores socioeconômicos e de saúde, entre outros. Alguns destes estudos são apontados no Quadro 3.

Autores	Ano	Local da pesquisa	Objetivo	Resultados/Conclusões
Fernandes e Peres	2005	Municípios de Santa Catarina	Testou-se associações entre indicadores de atenção básica em saúde bucal e indicadores municipais socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos.	- Maiores coberturas foram associadas ao aumento de dentistas no SUS; - Municípios com piores condições socioeconômicas foram associados a maiores proporções de exodontias; - Políticas de saúde bucal devem priorizar municípios que apresentam piores indicadores socioeconômicos.
Junqueira et al	2006	Municípios de São Paulo	Analisou-se o perfil de saúde bucal em relação ao Índice de Necessidade de Saúde (INS).	- Observou-se uma correlação positiva entre maiores INS e a dificuldade de acesso aos serviços; - Nas áreas com maiores INS houve maior experiência de cárie, maior necessidade de exodontias e menor prevalência de livres de cárie; - Reforça-se a necessidade de priorizar as áreas de privação social para melhorar a condição de saúde da população.
Souza Roncalli e	2007	Municípios do Rio Grande do Norte	Analisou-se a incorporação da saúde bucal no PSF, com base na análise de fatores que interferem positiva ou negativamente na implementação dessa estratégia e, consequentemente, no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal no SUS no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.	- Grande parte dos municípios não avançou no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação no PSF. Do total de 19 municípios, nove foram classificados como insatisfatórios nas mudanças apresentadas; - Pode-se observar, através da matriz avaliativa, os pontos mais críticos nos municípios, onde não se constataram, ainda, avanços nas relações de trabalho, no referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações intersetoriais, nas estratégias de programação e infraestrutura; - Pode-se perceber que os municípios que mais avançaram são aqueles que apresentam melhores condições de vida da população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integrada.
Costa, Maciel e Cavalcanti	2008	Campina Grande, PB.	Avaliou-se o acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimento entre idosos do município de campina grande, PB.	- O serviço público constitui-se no local de atendimento para uma parcela da população idosa; - A dor é um dos principais motivos pela busca de atendimento; - Verifica-se a necessidade da adoção de políticas de promoção de saúde direcionadas para a saúde bucal do idoso possibilitando uma.
Figueiredo e Goes	2009	Pernambuco	Avaliou-se os CEO's em funcionamento no Estado de Pernambuco, comparando o cumprimento global das metas propostas para cada tipo de Centro de Especialidades Odontológicas em função das características dos serviços e dos municípios onde foram implantados.	- Quanto menor a cidade ($r = 0,678$; $p < 0,001$) e menor desenvolvimento humano ($r = 0,599$; $p < 0,001$), piores desempenhos foram observados. - O estudo sugeriu que a normatização para implantação e funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas deva ser monitorada e avaliada para garantir uma melhor qualidade dos serviços para população.

Cont.

Autores	Ano	Local da pesquisa	Objetivo	Resultados/Conclusões
Nickel, Caetano e Calvo	2009	Santa Catarina	Apresentou-se um modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal no âmbito da atenção básica.	- Os doze indicadores selecionados representaram a Organização da Saúde Bucal – quatro indicadores; e o Provimento da Saúde Bucal – oito indicadores; - Dentre os 12 indicadores considerados, a maior soma de valor Satisfatório no conjunto de municípios foi 6, e a menor soma foi 2; - O modelo de avaliação apresentou-se como um instrumento de gestão aplicável em municípios com diferentes portes populacionais e com diferentes características do sistema municipal de saúde.
Figueiredo et al	2010	João Pessoa, PB	Avaliou-se o acesso à Atenção Secundária de Saúde Bucal nas Capitais Brasileiras de 2000 a 2007.	- A prestação de serviços odontológicos especializados ocorre de forma heterogênia entre as capitais do país, não havendo relação direta com CEO's implantados.
Scalco, Lacerda e Calvo	2010	Municípios da Grande Florianópolis, SC	Desenvolveu-se uma proposta de modelo de avaliação da gestão em recursos humanos na saúde, aplicado à atenção básica.	- Os indicadores utilizados demonstraram validade para a avaliação da gestão de recursos humanos dentro das políticas vigentes; - Os dados coletados foram capazes de gerar as informações necessárias à medição dos indicadores definidos; - Os sistemas de informação existentes na área de recursos humanos da saúde ainda não favorecem a geração de dados contínuos e sistemáticos que facilitem a institucionalização da avaliação e a realização de estudos ampliados.
Santiago et al	2010	João Pessoa, PB	Avaliou-se a reorganização das ações de saúde bucal nas capitais nordestinas, habilitadas na gestão plena do sistema municipal de saúde a partir de 2000, utilizando o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).	- As capitais nordestinas não apresentaram um modelo único de organização das ações de saúde bucal; - Houve maior cobertura de 1ª consulta odontológica em João Pessoa e Aracajú; - Houve maior oferta de procedimentos básicos individuais em Teresina e Aracajú.
Cunha e Vieira-da-Silva	2010	Município Baiano	Analisou-se a implantação de ações voltadas para a acessibilidade à atenção básica em um município da Bahia, Brasil.	- Apesar do estabelecimento da atenção básica como porta de entrada ao sistema e da implantação da central de marcação de consultas especializadas, persistem barreiras organizacionais no município estudado; - Recomenda-se a formulação de política específica para melhoria da acessibilidade voltada para a organização da oferta na perspectiva de mudança do modelo assistencial.

QUADRO 3: Evolução de estudos no campo da análise do cuidado em saúde bucal realizados no Brasil na última década.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória descritiva, utilizando a abordagem quantitativa e qualitativa.

A recorrência ao enfoque quantitativo decorreu da necessidade de conhecer as informações referentes às variáveis sociais, econômicas, demográficas, indicadores de atenção, financiamento em saúde, oferta de serviços e ações de saúde bucal da população em estudo. Para este momento optou-se por um estudo seccional que, segundo Almeida Filho e Rouquayrol (1999), são estudos cuja produção do dado é realizada em um único momento do tempo, como se fosse um corte transversal ou seccional do processo em observação. Optou-se por esse tipo de estudo, para a fase quantitativa da pesquisa, pois os dados são postos em plataformas de informações disponíveis em sítios oficiais.

A abordagem qualitativa procede-se pela necessidade de evidenciar os significados da compreensão dos sujeitos gestores, trabalhadores e usuários acerca da organização do cuidado em saúde bucal nos municípios, principalmente as rotinas de funcionamento. Esta abordagem caracteriza-se por penetrar na profundidade dos fenômenos, porém sem almejar alcançar a generalização, mas sim o entendimento das singularidades dos sujeitos “é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretados” (GÜNTHER, 2006, p. 202), sendo, para este estudo, utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2002).

3.1 Caracterização da área de estudo

O território da Paraíba está dividido em 04 (quatro) macroregiões de saúde, compostas, cada uma, por três Gerências Regionais de Saúde (Quadro 4) e por 25 (vinte e cinco) Regiões de Saúde.

As Gerências Regionais de Saúde se constituem em instâncias geoadministrativas do estado enquanto as Regiões de Saúde são recortes territoriais em seus espaços geográficos contínuos.

Macroregional de Saúde	Gerências Regionais
1ª	João Pessoa; Guarabira; Itabaiana
2ª	Campina Grande; Cuité; Monteiro
3ª	Patos; Piancó; Catolé do Rocha
4ª	Cajazeiras; Sousa; Princesa Isabel

QUADRO 4: Distribuição das Macroregiões de Saúde e respectiva Gerências Regionais de Saúde.

FONTE: Estado da Paraíba (2008).

A amostra buscou representar a Primeira Macrorregião, por ser esta a macroregional mais populosa no estado (1.726.022 habitantes), sendo composta pelas Gerências Regionais dos municípios de João Pessoa, Guarabira e Itabaiana.

No Quadro 5 se encontram descritos os dados dos municípios que compõem a Primeira Macrorregião de Saúde e sua respectiva população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008).

1ª. MACRO	Regiões de Saúde	Municípios	População
João Pessoa	1ª. Regional de Saúde/ Colegiado de Gestão Regional Vale do Mamanguape	1. Jacaraú	13.708
		2. Pedro Régis	5.588
		3. Mataraca	6.984
		4. Mamanguape	40.283
		5. Baía da Traição	7.630
		6. Marcação	7.287
		7. Rio Tinto	23.023
		8. Capim	5.207
		9. Cuité de Mamanguape	6.505
		10. Itapororoca	15.966
		11. Curral de Cima	5.469
	SUB-TOTAL		137.650 hab
João Pessoa	2ª. Regional de Saúde/ Colegiado de Gestão Regional Fonte de Água Viva	1. Cruz do Espírito Santo	15.281
		2. Mari	20.526
		3. Sapé	46.363
		4. Riachão do Poço	4.239
		5. Sobrado	7.340
		6. Santa Rita	122.454
	SUB-TOTAL		216.203 hab
	3ª. Regional de Saúde/ Colegiado de Gestão Regional Atlântico	1. Lucena	10.943
		2. Bayeux	92.891
		3. João Pessoa	674.762
		4. Conde	19.925
		5. Pitimbu	16.140
		6. Caapora	19.388
		7. Alhandra	18.183
		8. Cabedelo	49.728
	SUB-TOTAL		901.960 hab

João Pessoa	4ª. Regional de Saúde/ Colegiado de Gestão Regional Piemont da Borborema	1. Logradouro	3.816
		2. Caiçara	7.314
		3. Lagoa de dentro	7.258
		4. Sertãozinho	4.213
		5. Pirpirituba	10.232
		6. Cuité	7.047
		7. Alagoinha	13.025
		8. Guarabira	54.200
		9. Araçagi	17.376
		10. Mulungu	9.317
		11. Pilões	6.936
		12. Duas Estradas	3.748
		13. Dona Inês	10.832
		14. Pilõezinhos	5.319
		15. Serra da Raiz	3.130
	SUB-TOTAL		163.763
	5ª. Regional de Saúde/ Colegiado de Gestão Regional Curimataú Oriental	1. Araruna	19.191
		2. Campo de Santana	9.549
		3. Damião	4.807
		4. Riachão	3.405
		5. Cacimba de Dentro	17.108
	SUB-TOTAL		54.060 hab
	6ª. Regional de Saúde/ Colegiado de Gestão Regional Região do Brejo Paraibano	1. Solânea	27.346
		2. Serraria	6.602
		3. Bananeiras	21.670
		4. Belém	17.173
		5. Borborema	5.009
		6. Casserengue	6.762
	SUB-TOTAL		84.562 hab
	7ª. Regional de Saúde/ Colegiado de Gestão Regional do Vale da Paraíba	1. Itabaiana	24.752
		2. Pedras de Fogo	26.279
		3. Pilar	11.301
		4. Itatuba	9.841
		5. Juarez Távora	7.618
		6. Mogeiro	12.305
		7. Ingá	18.168
		8. São Miguel de Itaipu	6.568
		9. Salgado de São Félix	12.526
		10. São José dos Ramos	5.482
		11. Gurinhém	13.209
		12. Riachão do Bacamarte	4.172
		13. Juripiranga	10.240
		14. Caldas Brandão	5.363
	SUB-TOTAL		167.824 hab
	TOTAL	65	1.726.022 hab

QUADRO 5: Distribuição dos Núcleos Regionais de Saúde, Macroregiões e quantitativo de municípios.

FONTES: Estado da Paraíba (2008); IBGE (2008).

3.2 Obtenção da amostra

Por se tratar de um recorte do projeto maior, optou-se por estudar os municípios de João Pessoa, Santa Rita, Bayeux, Guarabira, Cabedelo, Sapé e Mamanguape. Esta escolha se deu por conveniência e considerou: os municípios mais populosos (representando 62,61% de habitantes da Macroregional); e os municípios com melhores condições de acessibilidade e menor distância da sede da Macroregional. O Quadro 6 representa a população de cada municípios escolhido.

Municípios da 1ª Macro	População
João Pessoa	693.082
Santa Rita	125.858
Bayeux	95.470
Guarabira	55.704
Cabedelo	51.064
Sapé	47.690
Mamanguape	41.406
Total	1.110.274

QUADRO 6: Distribuição dos sete municípios mais populosos da 1ª Macroregião e quantitativos populacionais segundo estimativas do IBGE em 2008.

FONTES: Estado da Paraíba (2008); IBGE (2008).

3.3 Coleta de dados (etapa quantitativa)

Os dados foram obtidos a partir dos seguintes sistemas de informações:

- Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB);
- Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS);
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS);
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Estes sistemas estão localizados nos sítios:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> e <http://www.ibge.gov.br/home/>.

Foram obtidos os dados pertinentes a cada município, no que se refere à:

- a) População por município;
- b) Proporção de população alfabetizada;

- c) Índice de Desenvolvimento Humano e de Exclusão Social;
- d) Número de Equipes de Saúde da Família;
- e) Número de Equipes de Saúde Bucal;
- f) Número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs);
- g) Cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família;
- h) Financiamento das ações de saúde;
- i) Indicador de acesso às ações de saúde bucal (1ª Consulta Odontológica Programática);
- j) Indicador de ações coletivas em saúde bucal (Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada);
- k) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais ofertados;
- l) Percentagem de procedimentos odontológicos especializados ofertados;

Os elementos que compõem os itens a, b, c, d, e, f, g e h, foram coletados diretamente das plataformas e sistematizadas em tabelas por município.

Para os itens i, j, k, e l, procedeu-se a coleta dos componentes e se realizou o cálculo das médias e de indicadores conforme metodologia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b). Tomou-se como base o ano de 2009 (IBGE, 2010).

Item i) Indicador de acesso - Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais. Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, para a elaboração e execução de um plano preventivo - terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, visando resolução completa na atenção básica podendo incluir ações de média e alta complexidade.

A Primeira Consulta Programática não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

Este indicador também permite analisar a cobertura da população com primeira consulta odontológica programática na atenção básica, identificando variações geográficas e temporais que demandem a implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos.

Item j) Indicador de ações coletivas em saúde bucal - Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada

Método de Cálculo:

$$\frac{\begin{array}{l} \text{Média de pessoas participantes na ação coletiva Escovação Dental} \\ \text{Supervisionada realizada em determinado local e período} \end{array} \times 100}{\text{População total estimada em determinado local e período}}$$

No cálculo deste indicador, primeiramente, obtém a média de participantes da ação. Para obter essa média, soma-se o número de pessoas participantes, independente da frequência com que se realizou a atividade, dividindo-se o valor pelo número de meses em que a ação foi realizada. Essa média deve ser dividida pela população total e multiplicada por 100.

Para o Ministério da Saúde este indicador possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, verificando-se relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal..

Item k) Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais

Método de Cálculo:

$$\frac{\begin{array}{l} \text{Número de procedimentos* odontológicos básicos individuais em} \\ \text{determinado local e período} \end{array}}{\text{População no mesmo local e período}}$$

* Procedimentos odontológicos básicos que compõem o rol de ofertas para atenção básica em saúde bucal; excetua-se as Ações Coletivas e a 1ª Consulta Odontológica Programática.

Expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos, realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população, servindo, então, para subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal, além de avaliar a necessidade de ampliação de ações individuais, sejam essas preventivas ou terapêuticas, monitorando o grau da assistência odontológica básica individual em diferentes níveis de avaliação.

Item I) Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos especializados em determinado local e período}}{\text{Número de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais e especializados}} \times 100$$

Esta proporção possibilita a análise do acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados. Cotejados com dados epidemiológicos, permite aprofundar a análise da evolução das doenças bucais.

Portanto, possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população na assistência odontológica especializada, e também, em certa medida, o grau de resolubilidade da atenção básica, favorecendo o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal. Permite monitorar o acesso da população aos serviços odontológicos especializados, o grau da atenção e a integralidade do cuidado.

3.4 Coleta de dados (etapa Qualitativa)

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas nos municípios da amostra no período de agosto de 2010 a outubro de 2010. Para tal, o mestrando, além de dois pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Odontopediatria e Clínica Integrada (GPOCI) foram treinados para realizarem as entrevistas, seguindo o roteiro pré-estabelecido (Apêndices 1 e 2). Os mesmos deslocaram-se até cada localidade, abordando os entrevistados nas secretarias municipais de saúde e nas unidades de saúde. As entrevistas foram gravadas em forma de áudio mp3 e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas abordaram os seguintes temas:

- a) serviços ofertados de baixa, média e alta complexidade;
- b) localização dos serviços prestados – no município e/ou fora do município;
- c) existência de consórcios intermunicipais;
- d) existência e tipo de serviços prestados pelo setor privado;
- e) concepção de cuidado em saúde bucal dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USFs) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's);
- f) concepção de cuidado em saúde bucal dos usuários que freqüentam as USFs e CEO's;
- g) grau de satisfação do usuário com os serviços utilizados;
- h) grau de satisfação dos profissionais e gestores quanto aos serviços prestados
- i) acesso dos indivíduos a escova, dentifrício e fio dental;

De acordo com Minayo, Assis e Souza (2005), o roteiro de entrevista é um guia que sinaliza tópicos dos caminhos a seguir. Ele busca a intensividade e as diferenciações de significados de fatos, relações e representações. O roteiro de entrevista semi-estruturada é apoiado nas variáveis e indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos, podendo ser organizados em tópicos temáticos. O quadro 7 mostra a proposta de composição de sujeitos para a pesquisa.

Previamente à entrevista, os indivíduos selecionados foram abordados, fornecendo-lhes informações quanto à natureza da pesquisa, sua importância e relevância e então, solicitou-se que, caso concordem em participar, assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

Entrevistados	Número de entrevistas	Crítérios de inclusão
Secretário Municipal de Saúde	07	Ser Secretário de saúde – ressalta-se que cada município tem apenas 01 secretário;
Coordenador de saúde bucal	07	Ser Coordenador de saúde bucal – ressalta-se que cada município tem apenas 01 coordenador;
Coordenador de CEO	07	Ser coordenador de CEO – ressalta-se que cada CEO tem apenas 01 coordenador;
Outros membros da equipe de gestão	07	Ter interface com a saúde bucal – profissionais que atuam no processamento de dados, marcadores e apoiadores de equipes;
Membros da equipe de atenção	27	Ser Trabalhador do CEO ou ESF e considerando: 03 trabalhadores para cada município até 100.000 hab; 04 trabalhadores para municípios entre 100.000 e 200.000 hab; e 08 trabalhadores para município acima de 200.000hab.
Usuários	46	Ser usuário do sistema local de saúde e considerando: 04 usuários para cada município até 100.000 hab; 06 usuários para municípios entre 100.000 e 200.000 hab; e 20 usuários para município acima de 200.000hab.
TOTAL DE	101	

QUADRO 7: Sujeitos e quantitativos de entrevistas por municípios.

3.5 Análise dos dados

Análise Qualitativa:

Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo Bardin (2002), que se baseia em operações de desmembramentos do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Entre as técnicas utilizadas para a realização da análise de conteúdo destacam-se a análise léxica e a análise categorial. A análise léxica tem como material de análise as próprias unidades de vocabulário, as palavras portadoras de sentido: substantivos, adjetivos, verbos etc., relacionados ao objeto de pesquisa. A análise categorial trata do desmembramento do discurso em categorias, em que os critérios de escolha e de delimitação orientam-se pela dimensão da investigação dos temas relacionados ao objeto de pesquisa, identificados nos discursos dos sujeitos pesquisados (BARDIN, 2002).

A análise de conteúdo considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou

ausência de itens de sentido. É um método de gavetas ou de rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem (OLIVEIRA, 2008).

Neste estudo foi adotada a análise categorial, sendo procedida da seguinte forma, conforme Oliveira (2008):

- 1) Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto: implica a leitura exaustiva do conjunto de textos a ser analisado, de forma que o pesquisador se deixe impressionar pelos conteúdos presentes (das transcrições das entrevistas), sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura;
- 2) Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado: a leitura flutuante permite a construção de hipóteses, sempre provisórias sobre o objeto estudado e sobre os conteúdos do texto analisado.
- 3) Determinação das Unidades de Registro (UR): consiste na escolha do tipo de unidade de registro que será adotada pelo pesquisador ao longo da análise, ressaltando que apenas um tipo de unidade deverá ser utilizada durante uma mesma análise, de forma a permitir a aplicação de regras de quantificação. As unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas (regra de recorte do sentido e não da forma, representada por frases, parágrafos, resumo, entre outros), objeto ou referente (temas eixos, agregando-se ao seu redor tudo o que o locutor diz a seu respeito), personagem (papel familiar, idade, sexo, entre outros), acontecimento (elementos factuais importantes para o objeto em estudo), documento (artigo de jornal, a resposta a uma questão aberta, uma entrevista). Marcação no texto do início e final de cada UR observada, lembrando que a maior parte do texto deve ser transformada em UR;
- 4) Definição das unidades de significação ou temas: associação das UR a unidades de significação ou temas, ou seja, cada tema será composto por um conjunto de UR.
- 5) Análise temática das UR: quantificação dos temas em número de UR, para cada entrevista, que deverá ser registrado a totalização;
- 6) Análise categorial do texto: a partir dos temas determinados e da sua quantificação, devem ser definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, agrupando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise. Para o desenvolvimento da análise categorial, calculam-se opcionalmente as frequências relativas e passa-se ao agrupamento dos temas formando as categorias;
- 7) Tratamento e apresentação dos resultados: os resultados poderão ser apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro

significativas para cada categoria ou, ainda, em forma de tabelas e gráficos, quadros seguidos de descrições cursivas e outros;

8) Discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo: as categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de re-apresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico. Essa lógica aplicada ao objeto de estudo e as construções teóricas dela emanadas precisam ser explicitadas, em termos do objeto reconstruído pela análise num trabalho posterior à aplicação da técnica.

9) Ao final ocorre a produção de planilha de frequência das categorias quantificando, assim, os resultados da análise de conteúdo. Buscou-se com esta etapa analisar a rotina de funcionamento do sistema de saúde bucal em cada município.

Para sintetizar didaticamente as etapas foi produzido um esquema (Figura 2).

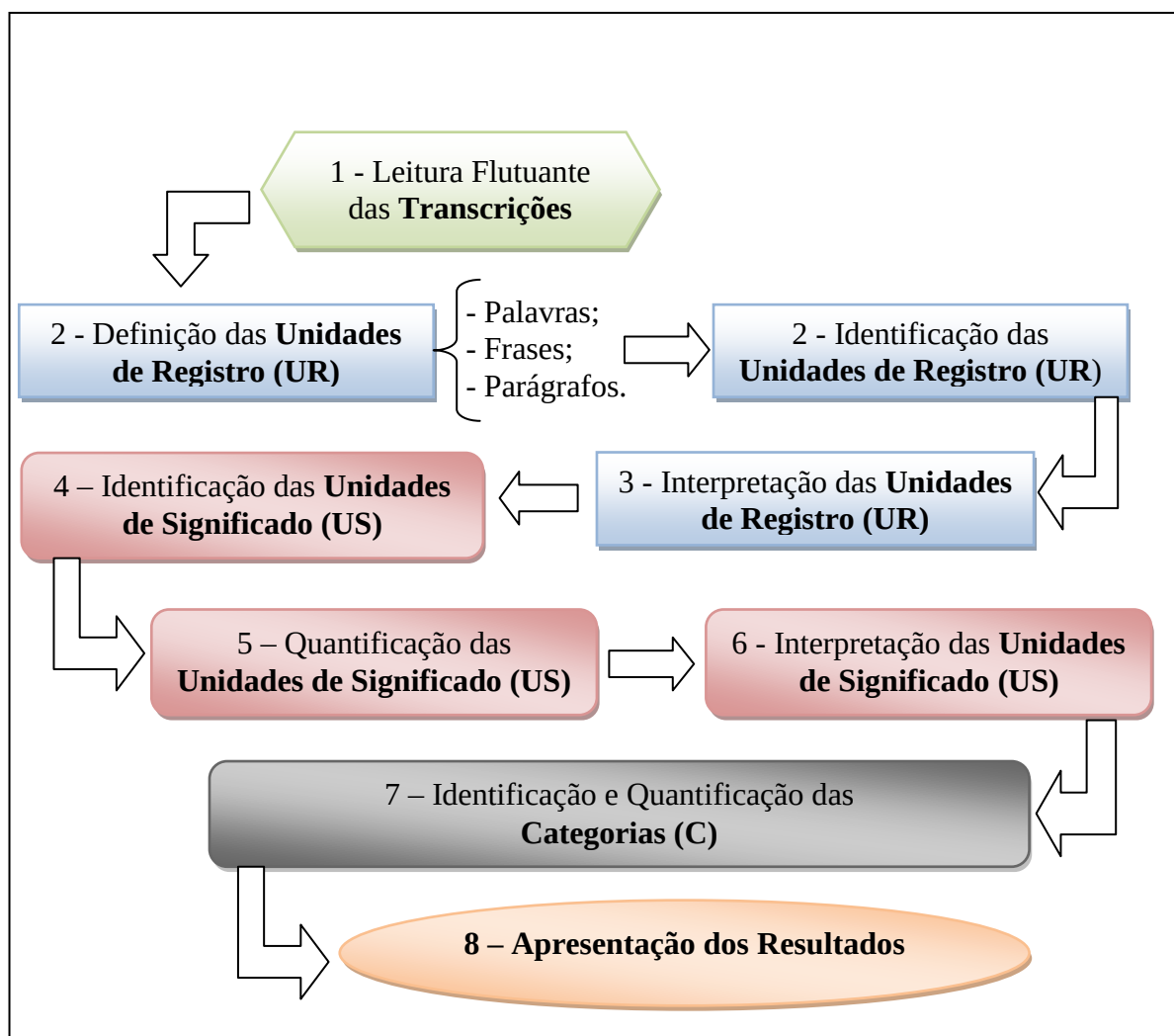


FIGURA 2: Esquema estruturado dos passos para análise categorial de conteúdo.

FONTE: BARDIN (2002); OLIVEIRA (2008).

Análise Descritiva:

A estatística descritiva (análise exploratória de dados) tem como objetivo básico o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores. Possibilita organizar e descrever os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de textos descritivos (BARBETTA, 1999; TRIOLA, 1998).

Para esta análise, tendo em vista a atender os objetivos específicos do estudo, procedeu-se em dois momentos:

Momento 1) Realização da análise descritiva por meio de gráficos e tabelas dos indicadores de atenção à saúde bucal e sua associação discursiva com os indicadores socioeconômicos; financiamento e ofertas de serviços. Para tanto, utilizou-se as metas estabelecidas pelo MS para os indicadores de atenção à saúde (BRASIL, 2006b);

Momento 2) Relações estabelecidas das respostas de usuários com as de gestores e trabalhadores, de forma descritiva e pautada em outras literaturas que trataram do mesmo objeto de estudo, com os indicadores de atenção à saúde bucal.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, em sua 52^a Reunião Ordinária realizada em 31 de março de 2009 (Anexo 1).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste trabalho são apresentados a seguir e estão dispostos da seguinte maneira: 1) Resultados da coleta realizada nas plataformas oficiais de informação divididos em eixos (eixo socioeconômico e demográfico, eixo cobertura de ações e serviços de saúde, eixo financiamento e eixo Indicadores de atenção à saúde bucal; 2) Resultados da coleta realizada a partir das entrevistas (Análise Quantitativa); e 3) Resultados da coleta realizada a partir das entrevistas (Análise Qualitativa).

4.1. Resultados da coleta realizada nas plataformas oficiais de informação em saúde

a) Eixo socioeconômico e demográfico:

Na tabela 1 é observada a distribuição populacional dos sete municípios que compõem a amostra da pesquisa. Somada a população destes municípios, tem-se 1.110.274 (2008) e 1.122.565 (2009) habitantes.

TABELA 1: População por município estimada em 2008 e 2009.

Município	População 2008	População 2009
João Pessoa	693.082	702.234
Santa Rita	125.858	126.776
Bayeux	95.470	96.197
Guarabira	55.704	56.137
Cabedelo	51.064	51.863
Sapé	47.690	47.682
Mamanguape	41.406	41.676
Total	1.110.274	1.122.565

Fonte: IBGE

Na tabela 1 observa-se que a maior população estimada pelo IBGE para os anos de 2008 e 2009 foi a da capital João Pessoa com 693.082 e 702.234 habitantes, respectivamente. O município também apresentou o melhor percentual de população alfabetizada com 85,5% e os melhores IDH e IES com 0,78 e 0,60, respectivamente (Quadro 8). Estes valores colocam a capital com os melhores indicadores socioeconômicos entre os municípios estudados.

No quadro 8 encontra-se o percentual da população alfabetizada por município no ano de 2000; a distribuição dos Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); e a distribuição do Índice de Desenvolvimento Social (IDS), também no ano 2000.

MUNICÍPIOS	ALFABETIZADOS (%) (2000)	IDH (2000)	IES (2000)
João Pessoa	85,5	0,78	0,60
Santa Rita	69,0	0,66	0,40
Bayeux	76,5	0,69	0,43
Guarabira	71,1	0,76	0,55
Cabedelo	81,4	0,76	0,55
Sapé	59,0	0,56	0,35
Mamanguape	60,2	0,58	0,38

Quadro 8: Distribuição da população alfabetizada; do IDH e do IES dos municípios estudados com destaque em azul para os de situação mais favorável e em amarelo para os de situação menos favorável.



Situação mais favorável



Situação menos favorável

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) parte do pressuposto de que para mensurar o avanço de uma população devem-se considerar, além da dimensão econômica, outras características sociais, culturais e políticas que interferem na qualidade de vida. Ele é calculado considerando a *riqueza* de um país, medida pelo Produto Interno Bruto (PIB) depois de corrigido o poder de compra de cada moeda nacional; a *longevidade*, mensurada pela expectativa de vida ao nascer, e a *educação*, considerando a taxa de analfabetismo e a taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. Este índice pode variar de zero a um, sendo que quanto mais próximo a um, mais desenvolvido é o povo (PNUD, 2010).

O Índice de Exclusão Social - IES - foi criado com os objetivos de possibilitar o reconhecimento do grau de desigualdade social existente nas diferentes regiões do país e de apoiar a implementação de políticas voltadas à inclusão social. Ele sintetiza a situação de cada município brasileiro no que se refere aos seguintes indicadores do

processo de inclusão/exclusão social: porcentagem de chefes de família pobres no município; taxa de emprego formal na população em idade ativa; desigualdade de renda; taxa de alfabetização de pessoas acima de 5 anos; número médio de anos de estudo do chefe de domicílio; porcentagem de jovens na população; número de homicídios por 100.000 habitantes (POCHMANN; AMORIM, 2003)

O município de Mamanguape apresentou a menor população estimada para 2009 dentre os municípios estudados, com 41.676 habitantes (Tabela 1). O percentual de população alfabetizada, no ano de 2000, foi de 60,2% e os IDH e IES foram, respectivamente 0,58 e 0,38 (Quadro 8), todos classificados em penúltima posição entre os sete municípios estudados.

Com 47.682 habitantes estimados para 2009, o município de Sapé ocupa a sexta posição em população, tem um percentual de 59,0% de população alfabetizada, IDH de 0,56 e IES de 0,35 (Quadro 8). Este quadro aponta Sapé como a localidade com indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis dentre os municípios estudados.

Neste contexto, a partir da análise entre os municípios de João Pessoa, Cabedelo, Mamanguape e Sapé, percebe-se uma tendência de municípios com menor porte apresentarem IDH e IES menos favoráveis, ou seja, com indicadores baixos (o caso de Mamanguape e Sapé), ao tempo que os de maiores populações demonstraram melhores índices.

Observando-se conjuntamente os dados do quadro 8, tomando o viés do analfabetismo como um aspecto inerente ao IDH e ao IES, constata-se que os três municípios com as menores taxas de alfabetismo (Sapé, Mamanguape e Santa Rita) são também, nesta ordem, os 3 municípios que possuem os menores IDH e IES, reforçando a relação que estes indicadores apresentam. Além do conhecimento, a alfabetização traz consigo forte dimensão humana e social, tendo em vista que o analfabetismo contribui para piores indicadores (menor IDH e maior IES), sentir-se analfabeto, sentir-se detentor de um saber menor, dentro da sociedade letrada, constitui uma violência simbólica que agride e cerceia o sujeito limitando seu próprio exercício de cidadania plena.

Os reflexos da desigualdade social sobre as condições de saúde constituem objeto de estudo da área da saúde, como as correlações entre indicadores epidemiológicos e socioeconômico, em que, pessoas e áreas de baixos níveis socioeconômico apresentam, quase invariavelmente, piores condições de saúde (BARCELLOS, et al. 2002). Essa associação também se aplica à saúde bucal, pois a

prevalência de cárie mostra-se maior em populações de baixo nível socioeconômico (GILLCRIST; BRUMLEY; BLACKFORD, 2001; ALFONSO BETANCOURT, et al. 2001).

Em estudo no estado de São Paulo, sobre a associação de características socioeconômicas e saúde, Junqueira et al. (2006) afirmam que quanto menos favoráveis forem os indicadores sociais (renda insuficiente, analfabetismo, IDH, entre outros), maior é o número de auxiliares e de dentistas no serviço público municipal. O número de equipamentos do setor público também foi mais significativo tanto quanto pior foi a renda média da população. Este estudo indica que o setor público tem empregado o princípio da equidade. Considerando-se a valorização desse princípio, Fernandes e Peres (2005) sugerem que as políticas públicas de saúde bucal devam dirigir-se prioritariamente aos municípios que apresentam piores indicadores socioeconômicos. Essa tendência pode ser exemplificada pelo município de Sapé, onde se verificou indicadores socioeconômicos desfavoráveis e a segunda melhor cobertura da Estratégia de Saúde da Família, entre os municípios estudados, para o ano de 2009.

b) Eixo cobertura de ações e serviços de saúde

O quadro 9 apresenta a cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (ESF); o quantitativo de Equipes de Saúde da Família; o quantitativo de Equipes de Saúde Bucal (ESB); e o quantitativo de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos sete municípios que compõem a amostra da pesquisa nos anos de 2008 e 2009.

MUNICÍPIOS	COBERTURA DA ESF (%)		NÚMERO DE ESF		NÚMERO DE ESB		NÚMERO DE CEOs	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
João Pessoa	82,0	89,2	176	180	176	180	2	3
Santa Rita	96,3	96,0	36	39	36	38	1	1
Bayeux	95,1	94,5	28	28	28	28	1	1
Guarabira	102,8	104,9	18	18	15	15	1	1
Cabedelo	83,6	82,8	19	18	19	18	0	1
Sapé	97,9	100,2	19	19	9	13	0	0
Mamanguape	97,4	97,4	16	16	12	12	1	1

Quadro 9: Distribuição da população coberta pelas ESF; do N° de ESF; do N° de ESB; e do N° de CEO dos municípios estudados com destaque em azul para os de situação mais favorável e em amarelo para os de situação menos favorável.



Situação mais favorável



Situação menos favorável

O quadro 9 mostra que os municípios apresentam coberturas altas - em média 92,5% da população. Torna-se importante destacar que a Paraíba possui 90,2% de sua população coberta pela ESF (BRASIL, 2010).

Para Pack (1998), nos países em desenvolvimento, programas de intervenção focalizando a atenção primária e a prevenção deveriam ser planejados e implantados com urgência; e suas efetividades monitoradas e analisadas cientificamente. Segundo o autor, esses países são muito susceptíveis a doenças bucais – particularmente doença periodontal –, agravadas pela pobreza, condições de vida, ignorância em relação à educação em saúde; e por lacunas de investimentos e de profissionais suficientes para a Saúde. Daí a importância de levantamentos epidemiológicos e de expansão das Equipes de Saúde Bucal e dos Centros de Odontológicas para os municípios.

Na década de 90 ocorreu a implantação do Programa de Saúde da Família no momento em que havia um vazio de ações programáticas de saúde. Pouco se propunha as instâncias de governo (municipal, estadual e federal) de inovação para o sistema de saúde e os modelos que até então haviam sido adotados – SILOS e o modelo Distrital – não se impunham como um modelo suficientemente forte na mudança das práticas de saúde. Neste contexto, tendo por base uma definição de cobertura, possibilitando desta

forma uma estratégia de organização das próprias áreas, módulos ou distritos de saúde surge o PSF, como potente aliado (VIANA; DAL-POZ, 2005).

Segundo Goldbaum et al. (2005), o modelo de atenção criado com a implantação do PSF, apresenta diferenças, em comparação com a atenção básica "tradicional", e isso pode modificar os padrões de utilização dos serviços de saúde. A maneira de atuação do agente comunitário de saúde, agindo como elo entre comunidade e serviço, pode contribuir para uma diminuição na procura dos serviços, sem que isso represente diminuição no acesso ou desassistência, pois ele pode atuar como mediador na atenção às necessidades do usuário.

Em estudo realizado na cidade de São Paulo, Goldbaum et. al. (2005) avaliaram as mudanças no perfil de utilização dos serviços após a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Os autores constataram que, nas áreas cobertas e descobertas pelo programa, não se verificaram diferenças significantes no perfil de utilização dos serviços, considerando-se escolaridade, renda e cobertura previdenciária. No entanto, ao analisar a procura por assistência, o mesmo estudo destacou diferença significativa entre as áreas cobertas e não-cobertas, sendo a maior procura verificada nas áreas não cobertas pelo PSF. Estes mesmos autores consideraram que, na população coberta pelo Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo, a renda e escolaridade não constituíram fatores para diferenciar de forma significativa o perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência, indicando que o programa pode estar contribuindo para maior equidade nessas condições. Diante do exposto, sugere-se que a facilitação do acesso, com a implantação de serviços de saúde, além de atuar de forma equânime, tem possibilitado melhora no cuidado à população, que antes necessitava deslocar-se a lugares distantes, ou até mesmo outros municípios.

O total de equipes de saúde da família implantadas nos municípios estudados foi de 318 das quais 56,6% são de João Pessoa e 43,4% dos outros seis municípios. Observa-se também que dois municípios aumentaram o número de ESF entre 2008 e 2009 (João Pessoa e Santa Rita), um diminuiu uma ESF (Cabedelo) e os demais se mantiveram com o mesmo número de equipes nos dois anos analisados (Quadro 9). Percebe-se que todos os municípios possuem ESF e ESB, sendo que em Sapé, Guarabira, Mamanguape, e Santa Rita o número de ESB é inferior aos de ESF, conforme quadro 9.

À exceção de Sapé, os demais municípios possuem CEO cadastrado, sendo João Pessoa a localidade com maior número de CEO's. Para Sapé o Indicador de atenção à

saúde bucal da Proporção de procedimentos odontológicos especializados foi o mais baixo entre os municípios estudados, com 1,05% (Gráfico 4), o que se justifica pelo fato do município ainda não possuir nenhum Centro de Especialidades Odontológicas implantado (Quadro 9).

Atualmente o Brasil possui mais de 850 CEO's, onde 333 estão na região Nordeste e 43 estão no estado da Paraíba, colocando-a proporcionalmente como o estado com maior cobertura de CEO do nordeste (BRASIL, 2010). O total de CEO's implantados para os municípios deste estudo foi de 8 no ano de 2009.

Figueiredo e Góes (2009) consideram que o modo organizacional do serviço público odontológico especializado brasileiro sempre esteve pautado em uma estrutura hierarquizada e piramidal, com base na atenção primária a saúde. Nesse sentido, os autores afirmam que esse modelo de implementação de ofertas de serviços de referência contribui pela substituição da livre demanda pela demanda referenciada, favorecendo, assim, a continuidade de forma sistêmica das ações de saúde bucal.

Ao analisar o desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em Pernambuco, Figueiredo e Goes (2009) identificaram que os piores desempenhos estão correlacionados ao menor porte populacional e ao menor índice de desenvolvimento humano. Verificou-se também que a cobertura populacional das equipes de saúde da família não influenciou no desempenho dos CEOs.

Para Morris e Burke. (2001) a interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve levar em consideração algumas características: equidade - onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento; integralidade - todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; e, finalmente, esta interface deve ser eficiente e eficaz - garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados, a contra-referência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo. Essas características apontam para uma maior integração da assistência odontológica na medida em que se tem uma ampla rede de atenção em saúde bucal, o que favorece a Linha do Cuidado.

c) Eixo financiamento

O quadro 10 apresenta, para cada município, nos anos de 2008 e 2009: o valor total (em reais) da despesa com saúde, por habitante; o valor total (em reais) da despesa paga com recursos financeiros municipais para saúde, por habitante; e o percentual de recursos financeiros municipais aplicados em saúde.

MUNICÍPIOS	DESPESA (R\$) GERAL P/HAB		DESPESA (R\$) PRÓPRIA P/HAB		% RECURSOS APLICADOS	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
João Pessoa	409,56	424,03	151,24	138,49	19,8	17,2
Santa Rita	191,13	211,50	62,12	57,14	15,4	14,3
Bayeux	164,11	173,71	70,74	50,35	19,2	15,5
Guarabira	283,44	--	66,94	--	15,4	--
Cabedelo	472,23	516,54	328,67	375,14	20,5	23,6
Sapé	202,01	233,59	70,37	78,34	16,7	19,2
Mamanguape	202,14	224,74	78,02	109,17	15,0	21,9

Quadro 10: Distribuição da despesa geral em saúde; da despesa com recursos próprios; e do percentual de recursos aplicados pelos municípios estudados, com destaque em azul para os de situação mais favorável e em amarelo para os de situação menos favorável.



Situação mais favorável



Situação menos favorável

Quanto aos investimentos financeiros, os municípios de Cabedelo e João Pessoa são os que mais investem em saúde por habitantes, considerando-se os custos totais e os investimentos municipais para área da saúde. Já Bayers e Santa Rita apresentam menores investimentos por habitante. A despesa total com saúde para o município de Cabedelo por habitante foi de R\$ 472,23 em 2008 e R\$ 516,54 em 2009, conforme mostra o quadro 10, o maior investimento entre os municípios estudados. Da mesma forma, as despesas com recursos próprios para a saúde por habitante foi de R\$ 375,14 em 2009 gráfico 9), o que corresponde a 72,62% dos recursos totais do município por habitante. No gráfico 10, percebe-se que o percentual de recursos próprios do município

cresceu de 20,5 em 2008 para 23,6 em 2009, sendo também o maior percentual dentre os municípios estudados.

Para o município de João Pessoa, durante o ano 2009, a despesa total com saúde, por habitante, foi R\$ 424,03, a segunda maior dentre os municípios estudados. Desse montante, R\$138,49 foram investidos com recursos municipais direcionados a saúde, o que representou 32,66% da despesa total. Evidencia-se também que João Pessoa possui o segundo maior percentual de recursos financeiros investidos em saúde, o que significa comprometimento com o financiamento e estruturação do setor (Quadro 10).

Nos últimos anos pode-se observar um crescimento do investimento em saúde, o que para alguns teóricos representa um crescimento econômico. Estes compartilham a idéia de que a condição primordial para o crescimento econômico é aflorar a existência de um ambiente macroeconômico estável com a consolidação de políticas sociais que facilitem o aumento da produtividade (PASSANEZI, 2007). A formação do capital humano é de extrema importância para o avanço e desenvolvimento, considerando-o como fonte de crescimento embutida nos indivíduos, os quais podem ofertá-la se forem vivazes e saudáveis. É neste enfoque que o investimento em saúde passa a fazer sentido enquanto dirimidor das iniquidades sociais, uma vez que atua de maneira global, em consonância com o investimento em outras áreas sociais estratégicas, como a educação, por exemplo, implementando a cidadania e o bem-estar de um povo (LUCAS, 1988).

Ao citar a relação entre saúde e economia, Hamoudi e Sachs (1999) *apud* Ramalho (2003) destacaram que, além da grande correlação entre os indicadores dos dois setores, observa-se que a saúde constitui fator determinante para o sucesso econômico. Segundo Ramalho (2003), o custo do tratamento; a redução da produtividade pela ausência ao trabalho; os efeitos de longo prazo das seqüelas das doenças; os impactos demográficos; a endemia das doenças e o isolamento e o ciclo vicioso de eventos de saúde adversos são alguns dos mecanismos pelos quais a saúde determina o desempenho econômico.

A redução das disparidades socioeconômicas e as medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como desafios para todos os que formulam e implantam as políticas públicas no Brasil (NARVAI, et al. 2006). Dessa forma, o gestor público deve considerar as relações entre saúde e crescimento econômico de modo a adotar políticas que priorizem a redução das desigualdades econômicas e sociais, a ampliação do acesso a saúde, e a proteção dos riscos.

Observa-se que município de Bayeux tem o menor investimento global com saúde e com recursos próprios, por habitante, entre os sete municípios estudados com os valores de R\$ 173,71 e R\$ 50,35 em 2009, respectivamente. O percentual de recursos próprios aplicados à saúde representa 15,5% e é o quinto mais baixo (Quadro 10). Para essa análise, com os dados de 2009, foram utilizadas as informações referentes aos 6 municípios que informaram seus gastos para esse ano. Sendo assim, o município de Guarabira não está sendo avaliado, pois não há registro no SIOPS/DATASUS para este dado do município.

A despesa total com saúde por habitante em Santa Rita foi R\$ 211,50, a quinta se comparada aos demais municípios deste estudo. O percentual de recursos próprios aplicados em saúde, para 2009, foi de 14,3%, sendo o menor percentual entre as sete cidades analisadas (Quadro 10).

Baer, Campino e Cavalcanti. (2001) ressaltam que a melhora da saúde nos países em desenvolvimento não depende apenas de como tais recursos são gastos e quem tem acesso a eles. A alta concentração de renda no Brasil causou a distorção dos gastos em saúde, dando-se ênfase à medicina curativa à custa da Medicina preventiva, e a população de renda mais elevada pode usar a infra-estrutura do país para seu benefício, normalmente às custas das necessidades dos grupos de renda mais baixa.

A pobreza e a falta de saúde ocorrem conjuntamente e justificam-se empiricamente por estudos que apresentam como resultado a relação direta da pobreza com a doença e da riqueza com a saúde, seja entre as populações de países ricos ou pobres. Outra forma de análise da pobreza é considerá-la causa e conseqüência da falta de saúde. O acesso restrito ao atendimento em saúde e às condições de vida que proporcionam o bem-estar distancia a pobreza da saúde (RAMALHO, 2003).

A saúde se constitui enquanto espaço de política pública, quando pensada no âmbito público, porém é importante perceber que uma política não se concretiza com intenção apenas, mas com investimentos. Nessa perspectiva, e considerando as informações dispostas neste eixo, evidencia-se que há maior necessidade de investimentos nos municípios que apresentam piores indicadores socioeconômicos e com menores coberturas de atenção em saúde.

d) Eixo Indicadores de Atenção à Saúde Bucal

O último Eixo apresentado dispôs sobre a média mensal de pessoas participantes de ação coletiva de escovação supervisionada por município (Gráfico 1), sendo este um importante indicador de acompanhamento das ações de prevenção; a cobertura de primeira de consulta odontológica programática (Gráfico 2), neste indicador é possível avaliar o acesso da população às ações de saúde bucal por território; a média de procedimentos básicos individuais (Gráfico 3), este indicador permite avaliar e quantificar as ofertas de procedimentos clínicos e cirúrgicos ofertados pelas ESB; e a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos (Gráfico 4).

Gráfico 1: Média mensal de pessoas participantes de Ação Coletiva de Escovação Supervisionada, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).

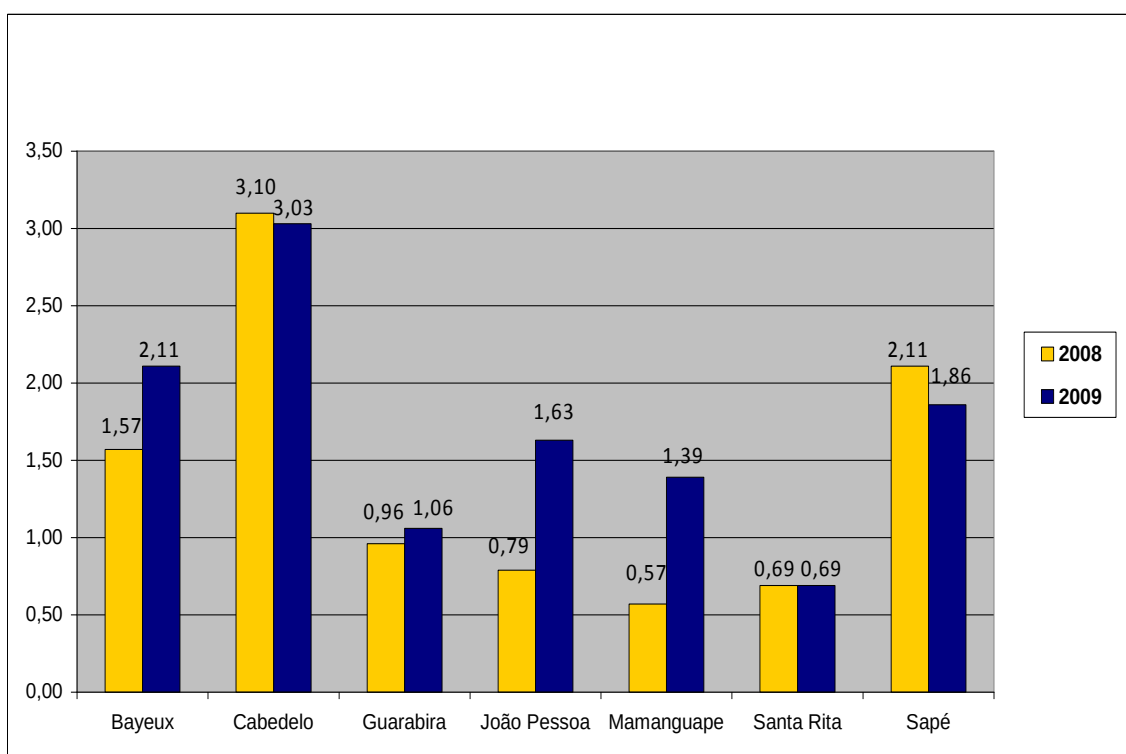


Gráfico 2: Cobertura populacional de Primeira Consulta Odontológica Programática, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).

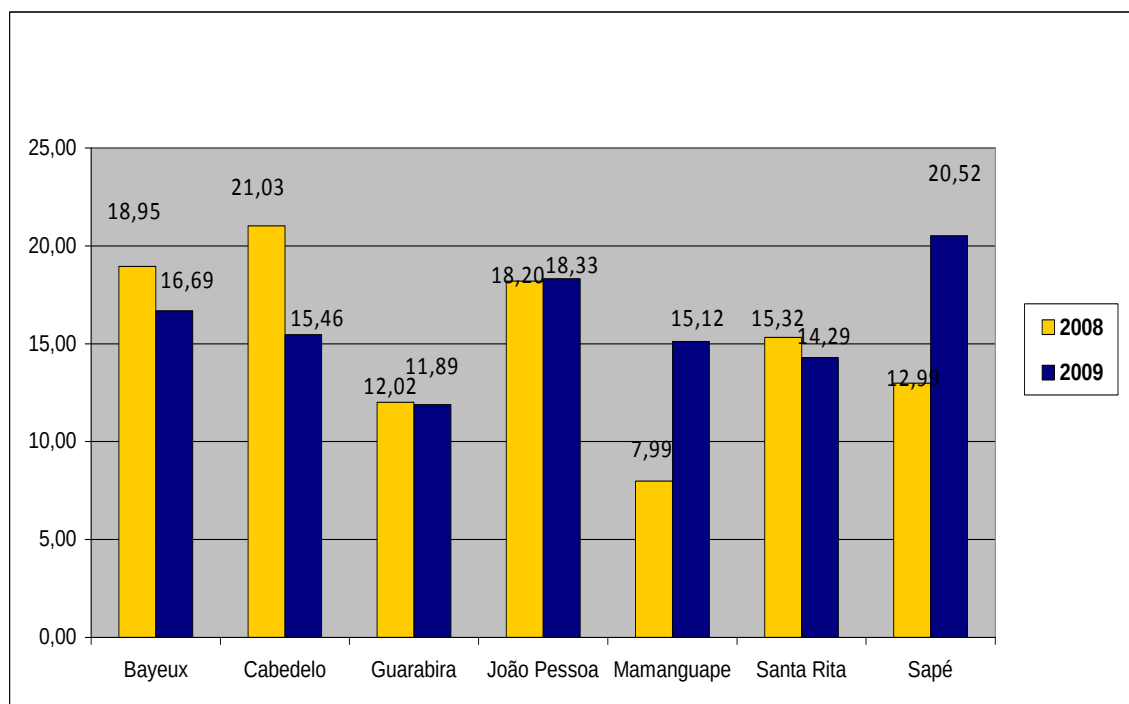


Gráfico 3: Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).

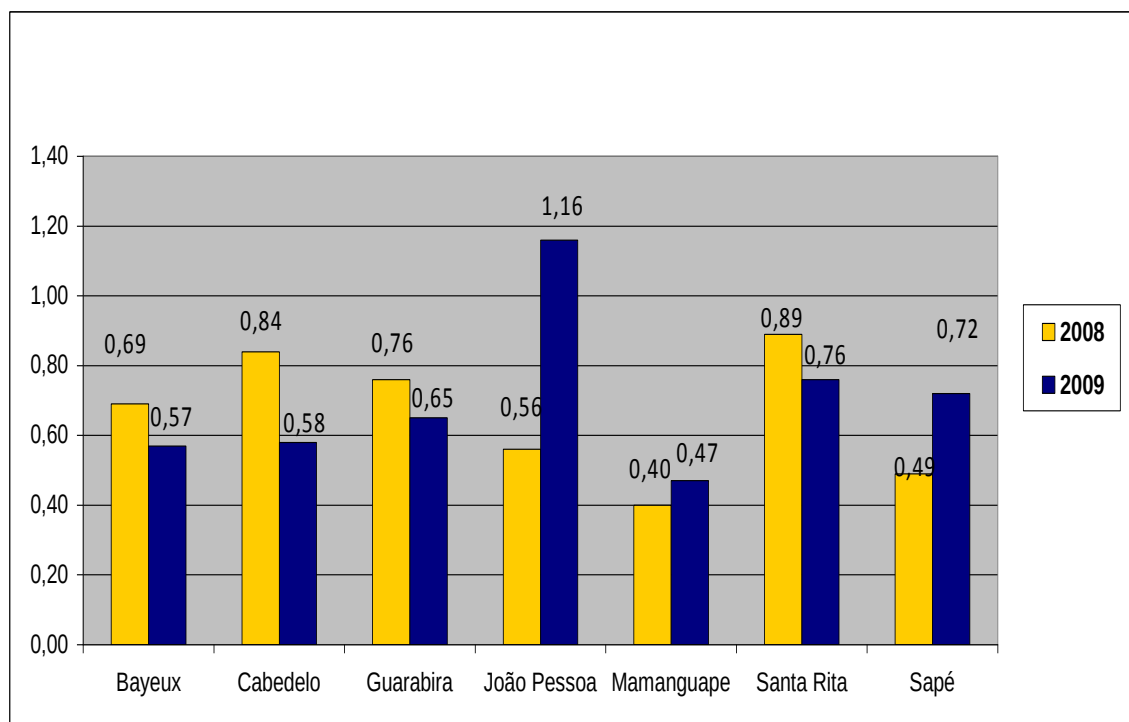
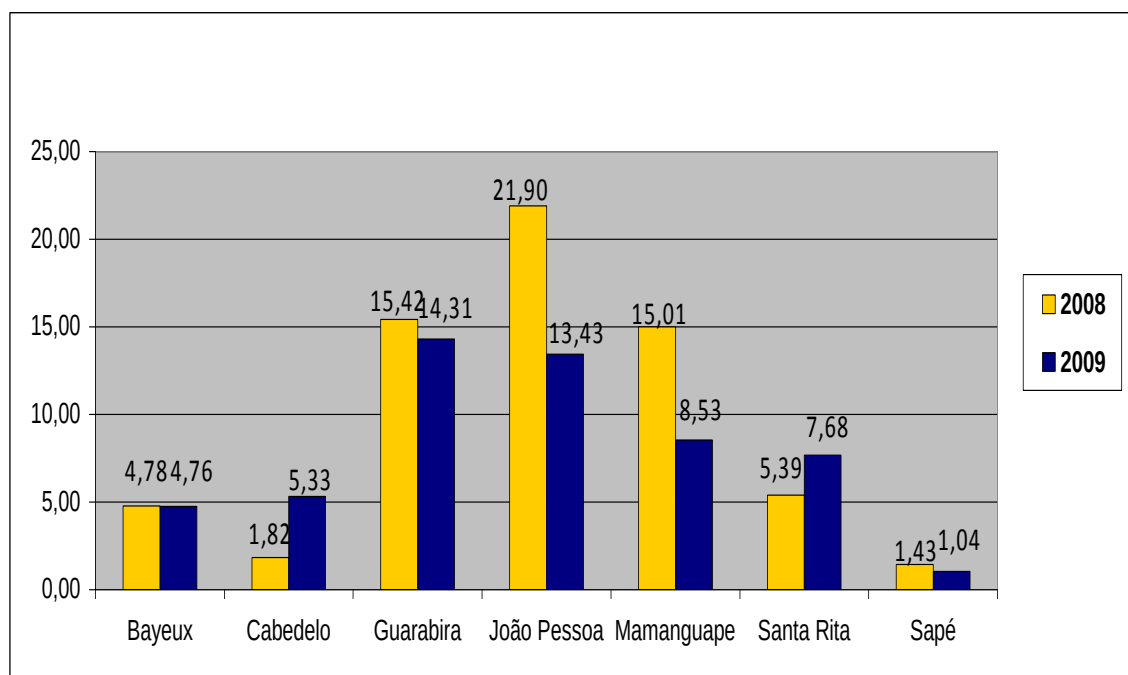


Gráfico 4: Proporção de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos, por município, para os anos 2008 e 2009 (DATASUS).



O município de Santa Rita apresentou média mensal de pessoas participantes de ação coletiva de escovação supervisionada (0,69) e cobertura de primeira consulta odontológica programática (14,26%), obteve-se, assim, a mais baixa cobertura de ação de escovação, além da segunda pior cobertura de primeira consulta, conforme os gráficos 1 e 2. O município de Guarabira obteve a sexta média mensal de pessoas participantes de ação coletiva de escovação supervisionada (1,06 para 2009), além da mais baixa cobertura de primeira consulta odontológica programática (11,89%, para 2009) - Gráficos 1 e 2, respectivamente. Por outro lado, durante o ano 2009, a maior proporção de procedimentos odontológicos especializados (Gráfico 4) foi verificada em Guarabira, o que sugere um processo de trabalho que prioriza a ação especializada, em detrimento às ações básicas e de prevenção.

Passanezi (2007) aponta a necessidade de investimento em ações preventivas, de modo a produzir impacto generalizado à saúde da população; em oposição ao direcionamento dos recursos para áreas de saúde de menor abrangência. Nesse sentido, o autor considera que os investimentos na Atenção Básica qualificam o emprego de recursos financeiros, uma vez que proporciona acesso à atenção primária e reduz gastos futuros com tratamentos dispendiosos. Ao considerar o campo da saúde bucal, este

aspecto tem sido valorizado pela adoção de medidas preventivas e promocionais como: a fluoretação a águas de abastecimento público; a ampliação do acesso na atenção básica; a realização de ações coletivas de escovação supervisionada; e a distribuição de *kit's* de higiene bucal. Essas ações são difundidas pelo programa Brasil Sorridente, do governo federal do Brasil, em parceria com os estados e municípios (BRASIL, 2006a).

Em estudo realizado em Santa Catarina, Fernandes e Peres (2005) constataram diminuição do número de exodontias quando do aumento da primeira consulta odontológica e a razão de procedimentos coletivos em menores de 14 anos. Foi observado também que, quanto maior o número de cirurgiões-dentistas cadastrados no SUS, menor o número de exodontias executadas. Os autores consideraram que os indicadores de acesso, procedimentos preventivos e exodontias são determinados a partir da organização política, econômica e de estruturação e oferta do Sistema de Saúde, de modo que a oferta de exodontias está em oposição à oferta de procedimentos preventivos e diretamente relacionada às condições socioeconômicas da população (FERNANDES; PERES, 2005). Dessa forma, verifica-se que os indicadores de saúde bucal, entre os municípios estudados, variam em função da organização político-econômica; dos indicadores sociais; e do perfil da oferta das ações em saúde.

No gráfico 2 pode-se constatar que o município de Sapé alcançou a melhor cobertura de primeira consulta odontológica programática em 2009, com 20,52%. Significa dizer que o acesso às ações básicas de saúde é mais efetivo quando comparado à oferta dos demais municípios. Porém, quando se analisa a oferta especializada, Sapé obteve o pior indicador. Isso leva a supor que há uma descontinuidade na atenção prestada, pois os usuários não dispõem de um serviço de referência efetivo, uma vez que não possui CEO implantado no município (Quadro9), além de ter apenas 1,04% de todos seus procedimentos especializados.

Para Franco e Magalhães (2003), a fragilidade na disponibilização de referências desfavorece a implementação de uma linha de cuidado. Considera-se, se o serviço de saúde não pode produzir resolutividade sobre as demandas da população, observa-se um processo de descontinuidade da linha do cuidado. Destaca-se que a relação entre as unidades assistenciais de uma rede de serviços deve se dar com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência, o que é premissa para a determinação das linhas de cuidado na busca da integralidade assistencial. Neste sentido, a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão. A linha do cuidado deve ser

produto da organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal.

O município de João Pessoa apresentou a maior Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática entre os anos 2008 e 2009, com percentual médio de 18,26. Durante o mesmo período, apesar da redução da cobertura entre o ano 2008 e 2009, os municípios de Cabedelo e Bayeux alcançaram o segundo e o terceiro maior percentual, respectivamente.

João Pessoa obteve o segundo melhor indicador de procedimentos odontológicos básicos individuais e a primeira posição referente à proporção de procedimentos odontológicos especializados (gráficos 3 e 4). O município dispõe de 03 CEO's, sendo esta a maior cobertura especializada entre os municípios estudados. Dessa forma, observa-se que, em João Pessoa, os indicadores de saúde bucal apontam para o fortalecimento da atenção básica, a realização de ações preventivas e a ampla cobertura especializada, o que favorece a linha do cuidado em saúde bucal neste município. A linha de cuidado, que em sua base organizacional considera a Atenção Básica como âmbito regulador/acompanhador, precisa de retaguarda de atenção secundária fortalecida, com ofertas, com garantia de acesso, pois, se não, há interrupção da atenção.

É importante ressaltar que há dificuldades no processo de coleta dos dados para construção dos indicadores. Isto se dá pelo fato dos sistemas não fornecer por especialidade. Mesmo com a disponibilização dos dados por níveis de atenção, é preciso realizar vários filtros de dados para se obter os referentes à saúde bucal. Convém também comentar que os dados nem sempre são confiáveis, pois, em muitos casos, não há realização de críticas no momento de alimentação dos sistemas por parte dos gestores locais.

4.2. Resultados da coleta realizada a partir das entrevistas (Análise Quantitativa)

As entrevistas geraram duas frentes de análise: uma quantitativa (composta dos dados consolidados de perguntas que geraram respostas diretas, sem discursos a serem analisados), e uma qualitativa (composta por dados subjetivos, que foram submetidos à análise de conteúdo segundo Bardin (2002) e Oliveira, (2008), dispostos no item 4.3).

A tabela 2 apresenta o quantitativo de entrevistas realizadas. Evidencia que o número de sujeitos entrevistados, inicialmente proposto (Quadro 7), não foi atingido.

Isto se deu pelo fato da recusa de alguns gestores e trabalhadores, além da ausência destes no momento das idas aos municípios.

TABELA 2: Quantitativo da amostra de Gestores e Trabalhadores e de Usuários do Serviço Público Odontológico que responderam ao roteiro de entrevista.

Municípios	Gestores e Trabalhadores	Usuários	Total
João Pessoa	12	21	33
Santa Rita	5	5	10
Bayeux	4	4	8
Guarabira	4	4	8
Cabedelo	6	4	10
Sapé	5	3	8
Mamanguape	5	4	9
Total	41	45	86

A amostra de gestores e trabalhadores foi caracterizada segundo o nível de atuação, a formação acadêmica e a pós-graduação (Quadro 11). Os usuários entrevistados foram caracterizados quanto ao nível de escolaridade, a condição de estudante, o tipo de moradia e a renda familiar (Quadro 12). Nos Quadros 13 e 14 encontram-se, respectivamente, as respostas de gestores e trabalhadores e de usuários para o roteiro de entrevistas aplicado nos municípios visitados.

TEMAS	João Pessoa	Santa Rita	Bayeux	Guarabira	Cabedelo	Sapé	Mamanguape
Nível de atuação dos Gestores	Secretario(a) (0) Coordenador(a) (2)	Secretario(a) (0) Coordenador(a) (1)	Secretario(a) (0) Coordenador(a) (1)	Secretario(a) (1) Coordenador(a) (0)	Secretario(a) (0) Coordenador(a) (3)	Secretario(a) (0) Coordenador(a) (1)	Secretario(a) (1) Coordenador(a) (1)
Nível de atuação dos Trabalhadores	Primário (7) Secundário (3) Terciário (0)	Primário (1) Secundário (3) Terciário (0)	Primário (3) Secundário (0) Terciário (0)	Primário (2) Secundário (1) Terciário (0)	Primário (3) Secundário (0) Terciário (0)	Primário (4) Secundário (0) Terciário (0)	Primário (1) Secundário (2) Terciário (0)
Formação acadêmica na saúde	Sim (12) Não (0)	Sim (5) Não (0)	Sim (4) Não (0)	Sim (4) Não (0)	Sim (5) Não (0)	Sim (5) Não (0)	Sim (4) Não (1)
Pós-graduação	Sim (11) Não (1)	Sim (4) Não (1)	Sim (2) Não (2)	Sim (3) Não (1)	Sim (3) Não (3)	Sim (1) Não (4)	Sim (5) Não (0)

QUADRO 11: Caracterização da amostra de Gestores e Trabalhadores do Serviço Público Odontológico que responderam ao roteiro de questões quantitativas.

TEMAS	João Pessoa	Santa Rita	Bayeux	Guarabira	Cabedelo	Sapé	Mamanguape
Nível de Escolaridade	1º Grau (9) 2º Grau (9) 3º Grau (3)	1º Grau (3) 2º Grau (3) 3º Grau (0)	1º Grau (5) 2º Grau (0) 3º Grau (0)	1º Grau (1) 2º Grau (3) 3º Grau (0)	1º Grau (2) 2º Grau (1) 3º Grau (1)	1º Grau (2) 2º Grau (1) 3º Grau (0)	1º Grau (1) 2º Grau (2) 3º Grau (1)
Estudante	Sim (4) Não (17)	Sim (0) Não (6)	Sim (1) Não (4)	Sim (1) Não (3)	Sim (1) Não (3)	Sim (0) Não (3)	Sim (3) Não (1)
Tipo de Moradia	Própria (16) Alugada (4) Cedida (1)	Própria (4) Alugada (2) Cedida (0)	Própria (4) Alugada (1) Cedida (0)	Própria (3) Alugada (1) Cedida (0)	Própria (3) Alugada (0) Cedida (1)	Própria (2) Alugada (0) Cedida (1)	Própria (2) Alugada (1) Cedida (1)
Renda Familiar	Até 1 Salário (4) Até 2 Salários(8) Até 3 Salários(5) Mais 3 Salários(4)	Até 1 Salário (5) Até 2 Salários(1) Até 3 Salários(0) Mais 3 Salários(0)	Até 1 Salário (2) Até 2 Salários(1) Até 3 Salários(1) Mais 3 Salários(1)	Até 1 Salário (0) Até 2 Salários(1) Até 3 Salários(2) Mais 3 Salários(1)	Até 1 Salário (2) Até 2 Salários(0) Até 3 Salários(1) Mais 3 Salários(1)	Até 1 Salário (0) Até 2 Salários(3) Até 3 Salários(0) Mais 3 Salários(0)	Até 1 Salário (0) Até 2 Salários(2) Até 3 Salários(1) Mais 3 Salários(1)

QUADRO 12: Caracterização da amostra de Usuários do Serviço Público Odontológico que responderam ao roteiro de questões quantitativas.

TEMAS	João Pessoa	Santa Rita	Bayeux	Guarabira	Cabedelo	Sapé	Mamanguape
Nível de atenção oferecido	Primário (12) Secundário (12) Terciário (2)	Primário (5) Secundário (5) Terciário (0)	Primário (4) Secundário (4) Terciário (4)	Primário (4) Secundário (4) Terciário (0)	Primário (6) Secundário (6) Terciário (0)	Primário (5) Secundário (0) Terciário (0)	Primário (5) Secundário (5) Terciário (0)
Estratégia de acesso aos serviços	Agendamento (11) Acolhimento (5) Livre Demanda (11)	Agendamento (5) Acolhimento (0) Livre Demanda (5)	Agendamento (3) Acolhimento (0) Livre Demanda (1)	Agendamento (4) Acolhimento (0) Livre Demanda (1)	Agendamento (6) Acolhimento (0) Livre Demanda (6)	Agendamento (5) Acolhimento (0) Livre Demanda (0)	Agendamento (2) Acolhimento (0) Livre Demanda (5)
Consórcios Intermunicipais	Sim (1) Não (12)	Sim (0) Não (5)	Sim (0) Não (4)	Sim (0) Não (4)	Sim (0) Não (6)	Sim (0) Não (5)	Sim (0) Não (5)
Participação do setor privado nas ações de saúde bucal	Sim (0) Não (12)	Sim (0) Não (5)	Sim (0) Não (4)	Sim (0) Não (4)	Sim (0) Não (6)	Sim (0) Não (5)	Sim (0) Não (5)
Presença de controle e avaliação da atenção	Sim (9) Não (3)	Sim (5) Não (0)	Sim (3) Não (1)	Sim (4) Não (0)	Sim (6) Não (0)	Sim (1) Não (4)	Sim (4) Não (1)
Presença de Sistema Local de Informação	Sim (5) Não (7)	Sim (0) Não (5)	Sim (4) Não (0)	Sim (1) Não (3)	Sim (4) Não (2)	Sim (0) Não (5)	Sim (4) Não (1)
Fornecimento de Kits de Higiene Bucal	Sim (12) Não (0)	Sim (5) Não (0)	Sim (4) Não (0)	Sim (4) Não (0)	Sim (6) Não (0)	Sim (5) Não (0)	Sim (5) Não (0)

QUADRO 13: Distribuição das respostas de Gestores e Trabalhadores do Serviço Público Odontológico ao roteiro de questões quantitativas.

TEMAS	João Pessoa	Santa Rita	Bayeux	Guarabira	Cabedelo	Sapé	Mamanguape
Nível de Atenção oferecido	Primário (20) Secundário (17) Terciário (0)	Primário (6) Secundário (2) Terciário (0)	Primário (3) Secundário (2) Terciário (0)	Primário (4) Secundário (4) Terciário (0)	Primário (3) Secundário (3) Terciário (0)	Primário (3) Secundário (0) Terciário (0)	Primário (3) Secundário (2) Terciário (0)
Estratégia de Acesso às Unidades de Saúde	Agendamento(12) Acolhimento (0) Livre Demanda (16)	Agendamento(0) Acolhimento (0) Livre Demanda (6)	Agendamento(0) Acolhimento (0) Livre Demanda (4)	Agendamento(3) Acolhimento (0) Livre Demanda (1)	Agendamento(1) Acolhimento (0) Livre Demanda (3)	Agendamento(0) Acolhimento (0) Livre Demanda (3)	Agendamento(1) Acolhimento (0) Livre Demanda (4)
Deslocamento a outra cidade para obter acesso	Sim (0) Não (21)	Sim (2) Não (4)	Sim (4) Não (0)	Sim (0) Não (4)	Sim (0) Não (4)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (3)
Necessidade de recorrer ao privado para ter acesso	Sim (7) Não (14)	Sim (2) Não (4)	Sim (4) Não (0)	Sim (3) Não (1)	Sim (0) Não (4)	Sim (2) Não (1)	Sim (3) Não (1)
Participação no controle e avaliação da atenção	Sim (4) Não (17)	Sim (1) Não (5)	Sim (0) Não (4)	Sim (1) Não (3)	Sim (0) Não (4)	Sim (0) Não (3)	Sim (0) Não (4)
Acesso a Kit's de Higiene Bucal	Sim (21) Não (0)	Sim (6) Não (0)	Sim (4) Não (0)	Sim (4) Não (0)	Sim (4) Não (0)	Sim (3) Não (0)	Sim (4) Não (0)
Frequência de higienização bucal/dia	1 a 3 vezes (16) 4 a 6 vezes (5)	1 a 3 vezes (4) 4 a 6 vezes (2)	1 a 3 vezes (4) 4 a 6 vezes (0)	1 a 3 vezes (3) 4 a 6 vezes (1)	1 a 3 vezes (4) 4 a 6 vezes (0)	1 a 3 vezes (3) 4 a 6 vezes (0)	1 a 3 vezes (4) 4 a 6 vezes (0)

QUADRO 14: Distribuição das respostas de Usuários do Serviço Público Odontológico ao roteiro de questões quantitativas.

De acordo com as entrevistas com os grupos de gestores e trabalhadores, percebeu-se que 95% têm formação acadêmica em nível superior na área de saúde e 71% apresentam pós-graduação.

O grupo de usuários mostrou-se diversificado quanto ao grau de escolaridade, renda e tipo de moradia. Verificou-se que 48% da amostra declarou ter cursado o 1º grau; 41% o 2º grau; e 11% com o 3º grau. Destaca-se que, no município de Bayeux, 100% dos entrevistados cursaram apenas o 1º grau. Quanto à renda familiar, 28% da amostra declarou renda mensal de até 1 salário mínimo brasileiro; 34% de até 2 salários; 21% de até 3 salários; e 17% com renda superior a 3 salários. Com relação à moradia, 74% da amostra declarou possuir casa própria. Isto mostra que o perfil do usuário do SUS é diversificado, inclusive aponta para a utilização dos serviços públicos por usuários não só de baixa renda. Essa informação corrobora com o estudo de Goldbaum et al. (2005), no qual se verificou que a renda e a escolaridade não representara fatores significativos para a determinação do perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência.

No município de Bayeux, apesar de apresentar cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família de 94,5 % no ano de 2009, com 28 ESF e 01 CEO, 100% dos usuários entrevistados relataram haver necessidade de deslocamento a outros municípios ou recorrerem ao setor privado para obterem acesso aos serviços de saúde, indo de encontro à opinião dos gestores e/ou trabalhadores, que expressam ter no município a oferta de serviços de saúde nos três níveis de atenção, sendo 75% do acesso mediante agendamento e 25% por demanda livre. Os gestores e trabalhadores relataram, em 75% das respostas, que há sistema de controle e avaliação, enquanto 100% dos usuários indicaram a inexistência e a ausência de participação do sistema de controle e avaliação em saúde. Em estudo realizado na região metropolitana de Florianópolis, Scalco, Lacerda e Calvo, (2010) desenvolveram um modelo de avaliação da participação do controle social na gestão de recursos humanos em saúde, aplicado à atenção básica. O mesmo estudo apontou a falta de organização do controle social para as medidas de controle e avaliação dos processos de gestão (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010). Verificou-se condição semelhante entre os municípios componentes da amostra deste estudo, nos quais foi observada baixa participação da sociedade no controle a avaliação das ações de saúde.

Com relação à distribuição dos *kits* de Saúde Bucal ofertados pelo Programa Brasil Sorridente, 100% dos entrevistados relataram o fornecimento e o acesso regular a

escova e creme dental. Quanto à frequência de higienização, 75% dos usuários informaram a periodicidade de três vezes ao dia.

Para o município de Cabedelo, os usuários relataram ter acesso aos kits de higiene bucal; não precisar recorrer ao setor privado; e não necessitar deslocar-se para outros municípios para conseguir atendimento. Esses últimos dois aspectos confrontam com a cobertura populacional da atenção básica do município (82,8% em 2009), o que sugere a ausência de cobertura para 17,2% da população de Cabedelo. Os usuários participantes deste estudo foram entrevistados no espaço do serviço público odontológico, o que justifica essa disparidade de informações, uma vez que os entrevistados são, necessariamente, cobertos pelo SUS.

Na visão dos usuários de Cabedelo, o acesso se dá predominantemente por demanda livre; segundo os trabalhadores e gestores, acontece igualmente nas modalidades de agendamento e demanda livre. A diferença entre as respostas de usuários e de gestores e trabalhadores do SUS reflete a inconsistência da política de acesso definida por gestores e trabalhadores. Ou seja, para o usuário, o sistema funciona de um modo diferenciado daquele planejado pela equipe de gestão e atenção.

Na cidade de Guarabira, que apresenta 104,9% de cobertura populacional na Estratégia de Saúde da Família em 2009, os usuários entrevistados relataram não necessitar de deslocamento para outros municípios em busca de assistência à saúde, porém 75% deles referem precisar recorrer ao setor privado. Contudo, gestores e trabalhadores informam que não existe participação do referido setor na prestação do serviço.

Em João Pessoa, com um alcance de 89,2 % de cobertura populacional na Estratégia Saúde da Família em 2009, segundo gestores e trabalhadores, o município oferta os 3 níveis de atenção à saúde, contudo, os usuários não demonstraram saber que há disponibilidade da Alta Complexidade em saúde bucal. João Pessoa foi o único município a citar o acolhimento como forma de acesso ao serviço e mesmo assim apenas na amostra de gestores e trabalhadores, onde para 76% dos usuários o acesso se dá mediante demanda livre, mostrando que a estratégia do acolhimento ainda não foi assimilada pela população como forma de acesso ao serviço. Os usuários, em 67% das respostas, relataram não precisar recorrer ao setor privado para solucionar seus problemas de saúde bucal. O funcionamento do sistema de controle e avaliação foi informado por 75% dos gestores e trabalhadores; enquanto 81% dos usuários declararam desconhecer e não participar deste sistema. Há concordância de 100% entre

fornecimento e acesso a kits de higiene bucal, e 61% disseram apresentar uma frequência de higiene de 03 vezes ao dia.

No ano de 2009, o município de Mamanguape alcançou cobertura de 97,4% na Estratégia Saúde da Família e, segundo os entrevistados, a estratégia de acesso às unidades de saúde se dá majoritariamente por demanda livre. Porém, 75% dos usuários entrevistados relataram que precisam recorrer ao setor privado para suprir suas necessidades em saúde bucal. Para 80% dos gestores e trabalhadores entrevistados no município, o sistema de controle e avaliação funciona. No entanto, 100% dos usuários declararam não conhecer ou participar do controle e avaliação das ações. Os entrevistados informaram o fornecimento e o acesso regular aos kits de higiene bucal.

No município de Santa Rita, que apresenta 96% de cobertura pela ESF em 2009, 67% dos usuários apontam que ainda precisam se deslocar para outros municípios ou mesmo procurar o setor privado para resolução dos seus problemas bucais. Segundo gestores e trabalhadores, o acesso aos serviços acontece igualmente por intermédio de agendamento e demanda livre, mas na opinião do usuário, é feito apenas por demanda livre. Entre os gestores e trabalhadores entrevistados, 100% informaram sobre o funcionamento de sistema de controle de avaliação; enquanto que 87% dos usuários declararam desconhecer e não participar de estratégias de controle e avaliação do SUS.

Em Sapé, com 100,2 % de cobertura em 2009, 100% dos usuários relatam que o acesso se estabelece por demanda livre, contrariando a opinião dos 100% de gestores e trabalhadores que dizem ser mediante agendamento; 67% de usuários relataram que necessitam recorrer ao setor privado, e 33% deslocam-se a outros municípios, apesar dos gestores e trabalhadores afirmarem não haver consórcios intermunicipais ou participação do setor privado na prestação do serviço em saúde bucal.

Ressalta-se que a rede básica assume importância na medida em que amplia a capacidade de produzir respostas às necessidades de saúde dos que procuram o SUS, devendo prestar atendimento adequado, prevenir doenças, evitar internações desnecessárias e melhorar a qualidade de vida da população (OLIVEIRA, 2008). Constitui, portanto, parte complexa do Sistema por exigir dos profissionais domínio e aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais que, combinados com conhecimentos biológicos, favorecem o adequado planejamento, a execução e a obtenção de resultados satisfatórios nas práticas dos serviços (AGRIPINO et al, 2007).

A dificuldade de acesso aos serviços, a ausência de informações disponíveis, a baixa resolutividade na atenção básica e a ausência de vínculo são fatores que levam os usuários a procurar o setor privado ou outros serviços de saúde em outros municípios. Assim, as fragilidades identificadas na base da linha do cuidado (Atenção Básica) podem inviabilizar a produção do cuidado, na medida em que os serviços de saúde passam a não produzir impacto sobre a população. Obviamente, a consecução da linha de cuidado pressupõe uma eficaz, eficiente e efetiva rede de ações e de serviços, com profissionais suficientes, competentes e periodicamente qualificados, além de recursos compatíveis com a idéia de integralidade e de humanização do cuidado, agindo como Gestores locais do Cuidado (FRANCO; MAGALHÃES, 2004).

Percebe-se que as ações no âmbito da gestão e do trabalho em saúde nem sempre produzem interface com a forma que os usuários necessitam. Isso fica evidente quando usuários, em sua maioria, desconhecem mecanismos de acompanhamento das ações de gestão ao tempo que os gestores e trabalhadores afirmam tais ofertas. Há, também, discrepâncias entre as informações que se referem à maneira como se dá o acesso aos serviços de saúde, onde, por um lado, os gestores discorrem sobre um mecanismo organizado de agendamento enquanto os usuários relatam que a demanda livre é rotina no acesso.

4.3. Resultados da coleta realizada a partir das entrevistas (Análise Qualitativa)

As questões abordadas na entrevista, as quais produziram discursos por parte dos entrevistados, foram analisadas qualitativamente, segundo a metodologia de análise de conteúdo descrita por Bardin (2002) e Oliveira, (2008). Das questões, que estão dispostas nos apêndices 1 e 2, três foram selecionadas para cada grupo; são elas:

1) Usuários do Serviço Público Odontológico:

- a) Quando você precisa de um tratamento que a ESF não realiza, o que você faz? (Quadro 15)
- b) O que você entende por cuidado em saúde bucal? (Quadro 17)
- c) Qual o seu grau de satisfação com os serviços disponibilizados? (Quadro 20)

2) Gestores e Trabalhadores do Serviço Público Odontológico:

- a) Como se dá o funcionamento do sistema de referência para média e alta complexidade? (Quadro 16)
- b) O que você entende por cuidado em saúde bucal? (Quadro 18)
- c) Qual o seu grau de satisfação com os serviços oferecidos? (Quadro 20)

O Quadro 15 apresenta a percepção dos usuários entrevistados sobre a conduta adotada quando se esgota as ofertas da Atenção Básica. O Quadro 16 dispõe sobre a percepção de gestores e trabalhadores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre o funcionamento do sistema de referência para média e alta complexidade.

UR	US	% US	C	% C
“Encaminhamento”	Realiza-se o encaminhamento do usuário para o CEO	n=18 34,6%	Encaminhamento para Atenção Secundária	n=18 34,6%
“Encaminha pro CEO”				
“Setor Especializado”				
“Preciso ir até João Pessoa”	Usuário dirige-se a outro município	n=6 11,5%	Usuário busca o serviço até conseguir atendimento, mesmo que em outro município	n=16 30,7%
“Preciso me Deslocar a outro Município”				
“Procuo outro setor”	Usuário insiste na procura pelo serviço	n=10 19,2%		
“Procuo atendimento até conseguir”				
“Procuo o particular”	Usuário paga pelo serviço privado	n=15 28,9%	Usuário dirige-se ao setor privado	n=15 28,9%
“Tem pagar o dentista privado”				
“Espero”	Usuário acomoda-se, espera e fica sem o atendimento	n=3 5,8%	Ausência de atendimento diante da falta de resolutividade da Atenção Básica	n=3 5,8%
“Fico sem o atendimento”				
“Vou para casa”				
	Total	n=51 100%	Total	n=51 100%

QUADRO 15: Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre a conduta adotada quando se esgota as ofertas da Atenção Básica.

As falas a seguir ilustram as três categorias com maiores frequências mencionadas no quadro 15 e são recortes das entrevistas que condizem com as Unidades de Registro propostas.

“Nós temos aqui na cidade o serviço CEO. Os problemas que não podem ser resolvidos aqui no posto médico eles dirigem as pessoas para esse CEO.”

“Ah, pelo menos lá com a minha doutora é ótimo, quando eu preciso, e muitas vezes não consigo ficha, daí ela abre exceção.”

“Às vezes a gente faz particular. Quando não tem lá.”

UR	US	% US	C	% C
“Temos a Ficha de Referência e Contra-Referência”	Acontece através de ficha de Referência e Contra-Referência	n=19 30,6%	Usuário é encaminhado para o setor especializado através do protocolo de referência e contra-referência	n=54 87,1%
“Existe uma ficha específica de encaminhamento”				
“Encaminhamos depois de verificar a necessidade”	O usuário é encaminhado para setor especializado	n=35 56,5%		
“Referenciamos para o CEO e aguardamos a Contra-Referência”				
“Eu não sei”	Gestor e/ou trabalhador não sabem informar	n=5 8,1%	Gestor e/ou trabalhador não sabem informar	n=5 8,1%
“Aqui não funciona”	O sistema de referência e contra-referência não funciona	n=3 4,8%	Ausência de atendimento diante da falta de resolutividade da Atenção Básica	n=3 4,8%
“Não temos encaminhamento para Alta Complexidade”				
“Não foi implantado ainda”				
	Total	n=62 100%	Total	n=62 100%

QUADRO 16: Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos trabalhadores e gestores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre o funcionamento do sistema de referência para média e alta complexidade.

As falas a seguir ilustram a categoria com maior frequência mencionada no quadro 16 e é um recorte das entrevistas que condizem com as Unidades de Registro propostas.

“O sistema de referência se dá através do encaminhamento que o usuário recebe após passar pelas unidades tradicionais, as unidades básicas ou pelo PSF. Daí eles são encaminhados para verificar junto à recepção dos CEO’s a disponibilidade de vaga e no caso do CEO para o hospital é através do encaminhamento, também. Existe uma ficha específica para encaminhamento e também tem o protocolo né? Que os profissionais tem o embasamento clínico pra poder encaminhar.”

“O paciente chega na unidade, nós fazemos uma avaliação, caso seja necessário nos temos uma ficha de encaminhamento para média e alta complexidade.”

“Como nós temos aqui a media complexidade, então o cirurgião dentista da atenção básica diante da necessidade daquele paciente eles encaminham para o centro de especialidade odontológica, através da ficha de referência e contra referência. Nós temos os serviços de periodontia, endodontia, cirurgia menor, que é de média complexidade. E também em pacientes especiais, a especialidade.”

Segundo Malta, Cecílio, Merhy (2004), ao se analisar o caminhar do usuário na linha de cuidado, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo de necessidades dos usuários, determinado pelo suposto projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção, ou, ao contrário, se ocorre a fragmentação ou interrupção da assistência. Dessa forma, a análise do fluxo da atenção a partir da percepção de usuários, gestores e trabalhadores do SUS é fundamental para a avaliação da linha de cuidado em saúde bucal. Neste sentido, é importante destacar a discrepância entre as opiniões de usuários e de gestores e trabalhadores do SUS. A equipe de gestão e atenção destacou o protocolo de funcionamento do sistema de referência e contra-referência, no qual o usuário é atendido no setor especializado e retorna a Atenção Básica mediante uma ficha de encaminhamento. No entanto, as falas dos usuários quanto ao tema traduzem a realidade da atenção, refletem a rotina e devem ser consideradas na análise do sistema de referência e contra-referência. Entre os usuários entrevistados, 65,6% dos relatos indicam inadequado funcionamento do sistema de referência e contra-referência, em contraposição a 87,1% das falas de gestores e trabalhadores do SUS sobre o fluxo adequado. Esta fragilidade na organização das rotinas também é descrita por Andrade e Ferreira (2006), o que é corroborado pelos resultados deste estudo, na medida em que os relatos dos usuários apontam para a busca por atendimento em outro município e pela procura pelo serviço privado.

Segundo Figueiredo e Goes (2009) a interface entre os serviços de atenção básica e especializada deve estar no campo da equidade, integralidade e resolutividade da atenção com garantia de referência para o setor de maior de complexidade. Dessa forma, a análise do serviço deve considerar os diversos aspectos do fluxo dos usuários e das ofertas de atenção. As entrevistas deste estudo permitiram identificar barreiras ao fluxo dos usuários, as quais devem ser sanadas para favorecer a linha de cuidado em

saúde bucal. Entre as barreiras relatadas, destacam-se: a ausência de oferta de serviços especializados; a demora para alcançar a oferta especializada; a necessidade de deslocamento para outro município; e a realização do tratamento no setor privado.

Os Quadros 17 e 18 apresentam, respectivamente, a percepção de usuários e de gestores e trabalhadores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre cuidado em saúde bucal.

UR	US	% US	C	% C
“Faz parte do cuidado do corpo”	Cuidar da saúde geral e evitar doenças	n=16 22,2%	Medidas de prevenção e auto-cuidado em saúde	n=51 70,8%
“Cuidar de si”				
“Zelar pela saúde”				
“Fazer escovação”	Realizar a Higiene Bucal	n=25 34,7%		
“Higienizar a boca”				
“É fazer prevenção”	Ter acesso a prevenção	n=10 13,9%		
“Evitar doenças”				
“Manter o sorriso bonito”	Cuidar da estética do sorriso	n=7 9,7%	Importância do cuidado com a estética	n=7 9,7%
“Cuidar do sorriso, da aparência”				
“Visitar o dentista”	Fazer acompanhamento e tratamento profissional	n=14 19,5%	Ter acompanhamento e tratamento profissional	n=14 19,5%
“Fazer o tratamento dentário”				
“Ter assistência do profissional”				
	Total	n=72 100%	Total	n=72 100%

QUADRO 17: Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre cuidado em saúde bucal.

As falas a seguir ilustram as duas categorias com maiores frequências mencionadas no quadro 17 e é um recorte das entrevistas que condizem com as Unidades de Registro propostas.

“É a parte de você saber se cuidar, né? Por que uma boa saúde bucal hoje é indispensável tudo você vai precisar a partir de uma boa saúde bucal. Uma entrevista de emprego, falar perto de outras pessoas você precisa está bem com sua saúde bucal em dia.”

“Manter um sorriso sempre bonito. Principalmente com os filhos, que a partir da dentição mal cuidada pode prejudicar demais até a saúde.”

“É uma higienização, é uma maneira de higiene.”

“Cuida é... é você fazer... começar primeiro por uma boa alimentação, depois você escovar os dentes sempre que comer, o certo 3 vezes ao dia, 3 vezes ou 4 vezes, fazer o higiene bucal correta e usar fio dental.”

“É sempre está no dentista pra fazer a prevenção.”

UR	US	% US	C	% C
“Orientar escovação”	Realizar educação em saúde (Orientações)	n=22 26,2%	Oferecer ações de prevenção e promoção da saúde que englobam educação em saúde e escovação.	n=51 70,2%
“Conscientizar as pessoas para o cuidado”				
“Fazer escovação”	Realizar a Higiene Bucal (escovação supervisionada)	n=14 16,6%		
“Higienizar a boca”				
“É fazer prevenção em escolas”	Oferecer ações preventivas	n=23 27,4%		
“Aplicar flúor e outras medidas”				
“Visitar o dentista regularmente”	Fazer acompanhamento e tratamento profissional associado à prevenção	n=20 23,8%	Associar medidas de cura a medidas de prevenção	n=7 23,8%
“Fazer o tratamento dentário”				
“Manter a estética”	Cuidar da estética do sorriso	n=2 2,4%	Dar suporte ao cuidado com a beleza	n=2 2,4%
“Sorriso bonito”				
“Ver o indivíduo como um todo”	Tratar o usuário como um todo	n=3 3,6%	Prestar Atenção Integral	n=3 3,6%
“Não tratar apenas como uma boca doente”				
	Total	n=84 100%	Total	n=84 100%

QUADRO 18: Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores e trabalhadores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre cuidado em saúde bucal.

As falas a seguir ilustram as duas categorias com maiores frequências mencionadas no quadro 18 e é um recorte das entrevistas que condizem com as Unidades de Registro propostas.

“É a forma que a pessoa pode ter de manter sua saúde, a partir de um comportamento saudável e reduzindo riscos de exposição a alimentos que tenham um

alto potencial de cárie, né? Alta concentração de açúcar. Ter ações de comportamentos de prevenção. Como, por exemplo, o acesso regular a dentifrício, a escovação e ao mesmo tempo também ter acesso a procedimentos curativos e de reabilitação.”

“Cuidado é prevenção. Eu acho sempre que a prevenção é muito melhor do que o tratamento e aqui a gente tem os programas de prevenção, de conscientização, de escovação, a gente faz aqui, faz nas escolas. Sempre que tem um evento, alguma coisa, a gente tem que sempre tá participando, nós temos o escovódromo, que é uma coisa que foi lançada aqui pra as crianças aprenderem a escovar os dentes, crianças e adultos. Os técnicos de higiene bucal vão ao local, eles dão assistência, ensinam como fazer a escovação, existem modelos, tudo isso preparado pra prevenção, que é o mais importante.”

”Eu acho que cuidado em saúde bucal, existem duas vertentes que tem que ser trabalhadas. Primeira é a vertente preventivista que deve ser o nosso maior foco, que é o que a gente procura fazer em primeira mão, e infelizmente ainda temos muito o que fazer da atividade curativista. Dentro dessa vertente preventivista é importante a conscientização do paciente da necessidade de tratamento até porque hoje em dia as pesquisas já comprovam que a saúde bucal, ela interfere em outras doenças sistêmicas e vice versa, algumas doenças sistêmicas tem repercussão na saúde bucal, então a gente tenta conscientizar o paciente dessa necessidade de acompanhamento odontológico, de tratamento, de prevenção e de realizar as atividades curativistas quando for necessário.”

“Cuidado em saúde bucal é assim: procurar sempre um dentista no PSF não só quando tá sentido dores no dente, mas sim sempre visitar o dentista.”

Na percepção dos usuários sobre cuidado em saúde bucal, as medidas de prevenção, auto-cuidado e acompanhamento odontológico profissional ganharam destaque. Esses conceitos relacionam-se com a percepção de gestores e trabalhadores do SUS, os quais consideraram a associação de medidas de prevenção e cura, a educação em saúde e a atenção integral. Verifica-se então que a percepção sobre saúde bucal de usuários, gestores e trabalhadores do SUS aponta para a prevenção, promoção da saúde.

Para Oliveira, Nascimento e Marcolino (2010), o cuidado ampliado em saúde vem sendo valorizado diante da superação do modelo biomédico tradicional. No presente estudo, os usuários entrevistados destacaram a realização de medidas de

prevenção, a higiene bucal e o acompanhamento profissional regular como medidas de cuidado em saúde bucal. Com relação à opinião dos gestores e trabalhadores do SUS sobre cuidado em saúde bucal, a escovação supervisionada, as orientações de higiene oral e a oferta de ações preventivas representaram o principal modo de produção do cuidado. Essas percepções ultrapassam a concepção cirúrgico-restauradora da Odontologia, o que representa a adoção de medidas pelo profissional e emancipação do cuidado pelos usuários, os quais atuarão sobre o processo saúde-doença. Dessa forma, os resultados do presente estudo corroboram com Oliveira, Nascimento e Marcolino (2010) ao identificar que a percepção sobre saúde bucal amplia-se para além dos aspectos biológicos da doença, incorporando os determinantes e condicionantes do processo saúde doença, tanto na prática dos profissionais e gestores, quanto na rotina dos usuários do SUS.

Com relação ao cuidado em saúde bucal, verificou-se que os gestores e trabalhadores do SUS nos municípios visitados consideraram a necessidade de implantação de medidas de prevenção e controle, com enfoque sobre a promoção da saúde e a integralidade da atenção odontológica no SUS (Quadro 18). Essa postura das equipes de gestão e atenção favorece o funcionamento da linha de cuidado e à qualificação da atenção em saúde bucal. No entanto, não devem ser considerados apenas os discursos desses indivíduos, diante da análise do perfil da atenção em saúde bucal; deve-se avaliar a consonância com os avanços alcançados pelos municípios.

Para reorientação e qualificação da atenção Odontológica no SUS, a Política Nacional de Saúde Bucal preconizou a implantação de ações que visam à integralidade, a resolutividade, e a qualificação do serviço, traduzida pela ampliação do acesso, promoção da saúde e implantação de práticas integrais. Para tanto, o Cirurgião-Dentista deve trabalhar na perspectiva de ter o usuário como centro de uma linha de cuidado em saúde; com enfoque sob a prevenção, promoção e recuperação da saúde da população coberta; além de basear suas ações em estratégias de avaliação e planejamento (BRASIL, 2004a). O sentido destas necessidades – prevenção, promoção e cuidado – traduz-se, conforme mostra os resultados deste estudo, quando da abordagem qualitativa sobre a percepção do cuidado em saúde, são colocadas como prioridades para gestores e usuários. Assim, espera-se a mudança das práticas do cuidado em saúde a partir da implantação de medidas com impacto sobre a saúde da população. Essas ações devem traduzir a transformação do modelo tradicional e a apropriação de novos conceitos pela população, por gestores e por trabalhadores.

Os Quadros 19 e 20 apresentam, respectivamente, a percepção de usuários e de gestores e trabalhadores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre satisfação diante dos serviços de saúde bucal ofertados.

UR	US	% US	C	% C
<i>“Estou satisfeito”</i>	Os usuários encontram-se satisfeitos	n=26 46,6%	A resolutividade e a boa relação com o usuário causam satisfação	n=34 60,8%
<i>“Sempre resolve quando a gente precisa”</i>	O serviço é resolutivo para população	n=4 7,1%		
<i>“Sou bem atendido”</i>	Boa relação da equipe com os usuários do serviço	n=4 7,1%		
<i>“Precisa melhorar”</i>	Os usuários indicam necessidade de melhoria	n=13 23,2%	Identifica-se fragilidades. A falta de estrutura e a demora do serviço contribuem para insatisfação	n=22 39,2%
<i>“Faltam pessoas, equipamentos e aparelhos”</i>	Não realiza-se atendimento por falta de equipamentos	n=5 8,9%		
<i>“Às vezes demora”</i>	O serviço não tem agilidade	n=4 7,1%		
	Total	n=56 100%	Total	n=56 100%

QUADRO 19: Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos usuários do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre satisfação diante dos serviços de saúde bucal disponibilizados.

As falas a seguir ilustram as categorias com maiores frequências mencionadas no quadro 19 e é um recorte das entrevistas que condizem com as Unidades de Registro propostas.

“É ótimo, né? As pessoas têm uma atenção legal quando a gente chega pra ser atendido. Todo mundo recebe a gente bem, trata bem e encaminha a gente bem. Até os profissionais!”

“Tô satisfeito. A hora que preciso eu vou ao posto e sou atendido bem. Graças a deus.”

“Eu só vejo a demora assim no tempo, por conta do agendamento, mas é o atendimento. Tem gente até de outras cidades que vem ser atendidos, principalmente nas questões especializadas, daí o agendamento é muito. Pra você ter uma idéia, eu fiz o raio-x em agosto agora que eu tô sendo atendido.”

“Precisa melhorar. Não tá muito bom não. No caso que eu falei com você ter que marcar pra 40 dias depois que eu vim aqui. 40 dias depois é um pouco precário pra gente.”

UR	US	% US	C	% C
<i>“O serviço é bem equipado”</i>	Não faltam equipamentos ou materiais	n=18 27,7%	Gestores e trabalhadores encontram-se satisfeitos diante da evolução do serviço, bons indicadores, suporte estrutural e bons resultados aos usuários	n=40 61,5%
<i>“Os indicadores são satisfatórios”</i>	Satisfação baseada nos indicadores e produção e epidemiologia	n=6 9,2%		
<i>“Resolutividade do serviço e acesso do usuário”</i>	O serviço oferece acesso e resolutividade ao usuário	n=6 9,2%		
<i>“O serviço evoluiu bastante”</i>	Observou-se evolução	n=10 15,4%		
<i>“São necessários ajustes”</i>	É indicada a necessidade de melhorias no serviço	n=16 24,6%	Verifica-se insatisfação. É necessário qualificar o serviço e dar suporte estrutural	n=25 38,5%
<i>“Faltam materiais e equipamentos”</i>	O serviço não apresenta adequado suporte estrutural	n=9 13,9%		
	Total	n=65 100%	Total	n=65 100%

QUADRO 20: Distribuição das Unidades de Registro (UR), Unidades de Significância (US) e Categorias (C), segundo a percepção dos gestores e trabalhadores do serviço público odontológico dos municípios visitados sobre satisfação diante dos serviços de saúde bucal oferecidos.

As falas a seguir ilustram as categorias com maiores frequências mencionadas no quadro 20 e é um recorte das entrevistas que condizem com as Unidades de Registro propostas.

“Na verdade satisfatório. Claro que a tendência é a gente procurar melhorar e ampliar cada vez mais, mas hoje podemos dizer que temos um atendimento satisfatório.”

“Eu considero que nós chegamos num momento importante da saúde bucal, está sendo bem valorizado no município e lógico que a gente não pode se acomodar, a gente precisa sempre fazer alguns ajustes, mas se a gente comparar de cinco anos para cá a saúde bucal melhorou muito. Os profissionais estão sendo mais respeitados não só pelos gestores, mas pela população. Hoje em dia ser dentista do município dá aquele respeito não de uma forma autoritária, mas respeito que a saúde bucal ela tem importância como fazendo parte da saúde geral do indivíduo.”

“Infelizmente no Brasil o problema de saúde pública e especialmente no caso da odontologia ela é precária. Com o governo Lula nós temos que admitir que houve um avanço muito grande na saúde bucal no Brasil então eu acredito que estaria mais estagnado se o nosso governo não voltasse a atenção pra saúde bucal independente de partido político eu sou meio que apolítico em relação a isso não to fazendo propaganda

de Lula, mas nós da odontologia temos que realmente acreditar que houve um avanço muito grande.”

“Estou satisfeita, mas assim precisaria de melhores condições pra trabalho.”

Para Vaitsman e Andrade (2005), análise de satisfação sobre o cuidado em saúde bucal busca verificar as percepções em relação às expectativas, valores e desejos de usuários, trabalhadores e gestores da atenção em saúde. Por meio da análise dessa percepção foram identificados diferentes conceitos da dimensão do cuidado em saúde, relacionados à qualidade dos serviços (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; MISHIMA et al., 2010).

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), a avaliação da satisfação dos usuários sobre o serviço ofertado é complexa, frequentemente subjetiva, construída sob uma percepção crítica. Com o objetivo de quantificar a satisfação e tornar a avaliação mais objetiva, Vaitsman e Andrade (2005) definiram categorias dos serviços de saúde que foram investigadas como componentes da satisfação: dignidade, confidencialidade, autonomia, apoio social, informação, agilidade, estrutura física, escolha, aspectos interpessoais, qualidade técnica, conveniência, finanças, resolutividade, continuidade, viabilidade, confiabilidade, empatia, garantia, receptividade, e gestão participativa.

Nos municípios visitados verificou-se ausência de satisfação completa dos usuários, gestores e trabalhadores do serviço público odontológico. Assim, os resultados deste estudo apontaram fragilidades dos componentes de satisfação indicados por Vaitsman e Andrade (2005). Aspectos como a estrutura física, agilidade, qualidade técnica, e gestão participativa ainda são barreiras para a adequada prestação do cuidado em saúde bucal ofertado nesses lugares. Os gestores e trabalhadores, por outro lado, destacam a evolução dos indicadores epidemiológicos (apesar de nenhum gestor ou trabalhador elencar concretamente que indicadores eram estes); a oferta regular de materiais e equipamentos; bem como a ampliação do acesso e resolutividade aos usuários. Os avanços alcançados são reconhecidos, porém as dificuldades apontadas devem ser sanadas de modo a qualificar a atenção.

Segundo Mishima et al. (2010), o processo de investigação sobre a satisfação do usuário nos serviços públicos de saúde serve como oportunidade para expressar opiniões e controlar as atividades do serviço. A participação de usuários, gestores e trabalhadores do SUS prevê o fortalecimento do planejamento em saúde e exercício do

controle social, os quais devem atuar sobre os problemas do cotidiano dos serviços e alcançar avanços para o cuidado em saúde. O estudo de Tavares et al. (2005) evidenciou que a representação social da comunidade, apta a falar em nome da própria coletividade, deve levantar, juntamente com os profissionais de saúde, os principais problemas da população para então decidir sobre quais intervir, de forma a direcionar as ações de saúde e qualificar a atenção. Nesse sentido, a interação entre comunidade e profissional não deve acontecer apenas mediante palestras educativas ou reuniões de esclarecimento. Deve ocorrer também por intermédio da atuação e intervenção da população em processo de gestão, programação e execução das ações de saúde. Assim, a identificação de problemas e a produção de intervenções no cotidiano das práticas de atenção devem contribuir para a satisfação sobre o serviço (CAVALCANTI; WANZELER, 2009).

Nesta perspectiva, este estudo identificou que a população possui propostas para qualificação da atenção em saúde (Quadro 19). No entanto, como não participa dos processos de tomadas de decisão, de controle ou de avaliação, não tem a oportunidade de sugerir mudanças e cumprir o papel de controle social. As fragilidades identificadas por gestores e trabalhadores do serviço público odontológico (Quadro 20) também podem representar a fala de atores políticos sem capacidade de decisão ou governabilidade. Sugere-se que mudanças da percepção sobre o serviço podem ser alcançadas a partir da responsabilização dessas pessoas e intervenção sobre o processo de trabalho em saúde (CAVALCANTI; WANZELER, 2009).

Segundo o estudo de Gomes e Pinheiro (2005), a contribuição para a democratização do conhecimento e o estímulo ao efetivo exercício do controle social significam dividir poderes e gerar responsabilização. Os mesmos autores afirmam que o maior desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo responsabilizado. Dessa forma, enfatiza-se a importância de superar as fragilidades da relação desses trabalhadores com o controle social, de modo a produzir ações co-responsabilizadas e de maior impacto sobre a saúde da população.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil e na Paraíba houve implementação de várias ações e serviços no campo da atenção em saúde bucal. Mas, mesmo com estes investimentos, não é possível, ainda, afirmar que todas as necessidades foram sanadas, pois a situação de saúde bucal de uma população também é produto da relação com a pobreza, condições de vida e desinformação acerca da saúde, além da fragilidade no financiamento e de políticas de estado com priorizações de ações no cuidado em saúde bucal (PACK, 1998). Porém, foi importante perceber nos dados coletados neste estudo uma tendência pró-equidade como, por exemplo, maiores proporções de acesso em saúde bucal na Atenção Básica e de procedimentos coletivos para o município com piores indicadores socioeconômicos, o caso de Sapé.

Neste contexto, no que se refere à abordagem do acesso e à utilização de serviços de saúde, este estudo, ao questionar os usuários, trabalhadores e gestores acerca do funcionamento da rede de serviços, identificou desigualdades entre os grupos. Percebeu-se que, por mais que houvesse falas de gestores e trabalhadores quanto à organicidade de determinada oferta, estas não eram conhecidas pela população, em sua maioria. Isso indica que o padrão de utilização de serviços de saúde de um grupo populacional é explicado, principalmente, por seu perfil de necessidades em saúde bem como por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à forma quanto à estrutura da oferta destes serviços, além das preferências e escolhas do usuário em detrimento ao mecanismo de acesso disposto pela gestão local. No entanto, torna-se estratégico, na medida em que se pactuam caminhos combinados na rede de serviços, que sejam ampliados os mecanismos de criação de espaços coletivos com a participação efetiva dos usuários para a tomada de decisão quando da organização das rotinas, sendo este importante pressuposto para a constituição de uma Linha de Cuidado.

A disponibilização de recursos financeiros para investimentos em saúde sempre se constituiu em espaço de intensa disputa política. Mesmo com os parâmetros estabelecidos pela Emenda Constitucional 29, a qual estabelece percentuais de investimentos no setor para as três esferas governamentais, não há garantia de financiamento efetivo, sendo este um grande desafio a ser enfrentado por todos os atores do SUS. Este estudo mostrou que os municípios que mais financiam o sistema local, João Pessoa e Cabedelo, apresentaram indicadores de saúde bucal mais favoráveis. Para a implementação da Linha de Cuidado a disposição de recursos é fator relevante.

Quanto à continuidade da atenção em saúde bucal, ou seja, aqueles usuários que conseguem acessar o sistema através da Atenção Básica e prosseguir quando necessita ser referenciado para outro nível de complexidade, sendo este elemento indispensável para uma Linha de Cuidado, os achados deste estudo apontaram que nem sempre há uma preocupação efetiva com a garantia desta continuidade pelos municípios. As cidades com os mais favoráveis indicadores da Atenção Básica (acesso, cobertura na ESF, ação coletiva de escovação) são as mais desprovidas de ofertas secundárias.

Por fim, conclui-se que há diferentes formas de organização da atenção em saúde bucal nos municípios, com diferentes prioridades de gestão e com percepções discordantes entre gestores/trabalhadores e usuários quanto à satisfação das ações oferecidas e o entendimento acerca do cuidado em saúde bucal, o que permite dizer que a Linha de Cuidado não se constitui do acaso, da vontade individual nem de um projeto sem sustentabilidade de recursos técnicos, políticos e financeiros.

Neste contexto, este estudo propõe uma Matriz de Avaliação da Organização de Linha do Cuidado em Saúde Bucal. Com esta Matriz poderá ser avaliado, nos sistemas locais de saúde, se há elementos que favorecem a organização do cuidado. Para tanto, utilizou-se parâmetros de Indicadores de Saúde Bucal do Pacto de Indicadores de Atenção (BRASIL, 2006b); da Emenda Constitucional (EC) 29; além dos achados deste estudo. O Quadro 21 evidencia esta Matriz.

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE LINHA DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL			
Dimensão	Sub-dimensão	Medida	Parâmetro
Gestão	Oferta de serviços básicos	Cobertura territorial da população por ESF e ESB	≥ 80% - Satisfatório < 80% - Insatisfatório
		Relação de ESF e ESB	= 1:1 - Satisfatório ≠ 1:1 - Insatisfatório
	Oferta de serviços especializados	Existência de CEO's na rede	Sim - Satisfatório Não - Insatisfatório
	Financiamento	Cumprimento mínimo da EC 29 para municípios	≥ 15% - Satisfatório < 15% - Insatisfatório
	Qualificação de trabalhadores	Profissionais qualificados a partir de processos de Educação Permanente	Sim - Satisfatório Não - Insatisfatório
	Avaliação das ações	Análise de processo de trabalho das equipes a partir dos indicadores de atenção	Sim - Satisfatório Não - Insatisfatório
Cuidado	Humanização do cuidado	Acolhimento com escuta qualificada implantado para os usuários	Sim - Satisfatório Não - Insatisfatório
	Continuidade da atenção	Existência de referência e contra-referência na organização da rede	Integral - Satisfatório Parcial - Insatisfatório Inexistente - Insatisfatório
	Cobertura de ações básicas em SB	Acesso da população às ações de SB (1ª consulta)	≥ 15% - Satisfatório < 15% - Insatisfatório
		Oferta de procedimentos básicos individuais com resolubilidade	≥ 80% - Satisfatório < 80% - Insatisfatório
	Cobertura de ações especializadas em SB	Oferta de procedimentos especializados para os casos não resolvidos na Atenção Básica	≥ 20% - Satisfatório < 20% - Insatisfatório
	Prevenção e promoção da saúde	Usuários participantes de ações de escovação supervisionada	Sim - Satisfatório Não - Insatisfatório
		Usuários participantes de ações de educação em saúde	Sim - Satisfatório Não - Insatisfatório

Quadro 21: Apresentação da Matriz de Avaliação da Organização de Linha do Cuidado em Saúde Bucal.

Neste sentido, considerando hipoteticamente que, pós avaliação com a Matriz proposta, os resultados estejam majoritariamente “insatisfatórios”; considerando que o presente estudo permitiu observar que no planejamento de ações no campo da saúde muitas vezes não são levadas em consideração as informações em saúde; e considerando que a utilização da informação requer a escolha adequada desta à luz da possibilidade de aproximação de decisão qualificada e com eficácia, este trabalho, que se propôs conhecer a organização do cuidado em saúde bucal dos municípios de Bayeux, Cabedelo, Guarabira, João Pessoa, Mamanguape, Santa Rita e Sapé, sugere possibilidades a serem consideradas, no espaço de Tomada de Decisão (TD), a partir dos resultados achados, para o processo de implementação de Linha de Cuidado em Saúde Bucal (LCSB). Estas possibilidades se constituem, enquanto propostas, na medida em que os sujeitos que constroem o cuidado em saúde (gestores, trabalhadores e usuários) são considerados e escutados, como foram nesta pesquisa. Estas sugestões se colocam em três campos (conforme se organiza o Quadro 22), sendo: 1) da gestão do cuidado em saúde (considerando as disputas na consolidação do SUS); 2) do trabalho em saúde (considerando as práticas e o processo de trabalho em saúde); e 3) do controle social e da participação popular (considerando as necessidades de saúde dos sujeitos e dos coletivos).

ELEMENTOS CONSIDERÁVEIS NA TD PARA APOIO A CONSTITUIÇÃO DE LCSB		
Campo de atuação	Ação esperada	Considerar
Gestão do cuidado em saúde	Organizar a rede de atenção a partir da observância das informações de saúde no sentido de potencializar ofertas, reduzir custos e melhorar as rotinas de cuidado em saúde;	- As informações dos sistemas oficiais de saúde; - As informações são, em partes, mal alimentadas nos sistemas; - A produção e utilização de informações locais pelos atores locais; - A escuta dos trabalhadores da saúde; - A escuta dos usuários da saúde;
Trabalho em saúde	Desenvolver processo de trabalho centrado nas necessidades de saúde da população de forma a exceder as conveniências individuais e incorporar o planejamento a partir da utilização dos indicadores de saúde bucal da população cuidada;	- A intersectorialidade – a saúde não é campo isolado das demais políticas públicas; - A vida socioeconômica dos sujeitos e dos coletivos; - O financiamento requer mais recursos; - A distribuição dos recursos precisa ser a partir de prioridades; - A oferta de serviços deve considerar a necessidades de saúde dos sujeitos;
Controle social e participação popular	Extrapolar a participação das ações de saúde bucal ofertadas para, também, os espaços de decisão (conselhos de saúde, ouvidorias, plenárias sociais, entre outros) no sentido de disputar intervenções da gestão e do mundo do trabalho em saúde que considerem suas necessidades.	- As decisões de gestão precisam ser socializadas com a população; - As necessidades de saúde dos sujeitos e coletivos são norteadores das decisões da gestão; - A qualificação tecnopolítica dos trabalhadores é fundamental; - As ofertas de ações e serviços precisam estar disponíveis a sociedade; - As ofertas de ações e serviços precisam estar pactuadas com a população;

Quadro 22: Elementos para Tomada de Decisão na constituição de Linha de Cuidado em Saúde Bucal.

Finalmente, estes achados podem ser utilizados para auxiliar gestores das cidades da 1ª Macroregional de Saúde da Paraíba na reorientação ou manutenção das políticas de saúde bucal ora vigente, de forma socialmente orientada. Ressalta-se ainda a possibilidade de reprodução da metodologia empregada neste estudo em outras regiões do país e até mesmo intra-municipais, com o objetivo de se conhecer a realidade e redirecionar ações conforme as necessidades de saúde dos sujeitos individuais e coletivos mediante a utilização da utilização dos dados secundários disponíveis publicamente e da subjetividade dos atores sociais que constituem o SUS (gestores, trabalhadores e usuários).

REFERÊNCIAS

AGRIPINO, G. G et al. A Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. Odontologia. **Clín.-Científ.**, Recife, v. 6 n. 3 p. 213-218, jul/set.. 2007. Disponível em: <<http://www.cro-pe.org.br/revista/revistas/JULSET5.pdf>>. Acesso em: 22 jun.2009.

ALFONSO, N. M. B et al. Analisis de la situación de salud bucal según condiciones de vida. Area de salud Camilo Cienfuegos, 2001. **Rev Cubana Estomatol**, Ciudad de La Habana, v.41, n.1, p. 0-0, ene/abr. 2004

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAIROL, M.Z. Elementos de metodologia para a pesquisa epidemiológica In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAIROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDCI, 1999. p.141-148.

ALMEIDA, M. F. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1/2, p. 39-42, 1995.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p.123-130, jan./fev. 2006.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p. 360-365, abr. 2010.

ARAÚJO, L. C. **O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista**. 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2005.

BAER, W.; CAMPINO, A.; CAVALCANTI, T. “Health in the development process: the case of Brazil”. **The Quarterly Review of Economics and Finance**, Champaign, v. 41, n. 3, p. 405-425, out. 2001.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 3ª ed. Florianópolis: UFSC, 1999.

BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, set. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, jan/mar. 2003.

BELLE, B. L.L et al Análise da fluoretação da água de abastecimento público da zona urbana do município de Campo Grande (MS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1261-1266, jul/ago. 2009.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 100 de 16/04/1991. **Dispõe sobre a criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.790 de 17/09/1991. **Dispõe sobre a transferências dos empregados da DATAPREV para o a Fundação Nacional de Saúde**, DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1991b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004a. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNIIS** - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde; proposta versão 2.0; inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2004b. <<http://www.datasus.gov.br/PolíticaInformaçãoSaúde%202.0%2029Março2004.doc>>. Acesso em: 25 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica:** Pacto de Indicadores da Atenção Básica - Ano 2006, Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2 ed. rev. E atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007. p. 27.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <#HYPERLINK”
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em 25 abr 2010.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, abr. 2003.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, p. 229-266. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R (Orgs.). **Agir em Saúde:** um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec/ Lugar, 1998.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CAVALCANTI, Y. W; WANZELER, M. C. C. Educação Permanente em Saúde na qualificação de processos de trabalho em Saúde Coletiva. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 13-20, jan/abr. 2009.

CORDÓN, J. A; GARRAFA, V. Prevenção versus Preventivismo. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 6, p. 10-16, 1991.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 115 p.

COSTA, I. M. D. ; MACIEL, S. M. L.; CAVALCANTI, A. L. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimento por pacientes idosos em Campina Grande – PB. Odontologia. **Clín. Científ**, Recife, v. 7, n. 4, p. 331-335, out/dez. 2008.

CYRINO, E. G.; RIZZATO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Rev. Bras. Saúde. Mater. Infant**, Recife, v.4, n.1, p. 59-69, jan/mar. 2004.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

ESTADO DA PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano **Diretor de Regionalização da Paraíba**. 2008. 109p. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/CAPAPDR08.pdf>. Acesso em: 21 outubro de 2010.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936. dez. 2005.

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

FIGUEIREDO, C. C et al. Perfil do acesso à atenção secundária de saúde bucal nas capitais brasileira de 2000 a 2007. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.10, p. 39. nov. 2010. Supl

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2,p.345-353, abr/jun. 1999.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, H.M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. In: Merhy, E.E.; Franco, T.B. et al.: **O Trabalho**

Em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. HUCITEC, São Paulo, 2004.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, H.M. **Integralidade na Assistência à Saúde:** A organização das Linhas do Cuidado in “Pensar BH: política social”, N. 7, julho/setembro de 2003. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/integralidade_e_linhas_de_cuidado_tulio_franco_helvecio_magalhaes.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2010.

GILLCRIST J.A.; BRUMLEY, D.E.; BLACKFORD, J.U. Community socioeconomic status and children’s dental health. **Journal of the American Dental Association**. Chiacago, v.132, n.2, p.216-222, 2001.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 95-98, 1996.

GOLDBAUM, M, et al. Health services utilization in areas covered by the family health program (Qualis) in Sao Paulo City, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.1,p. 1-9,jan. 2005.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GONÇALVES, E. L. Equipamento hospitalar no Brasil: presença, regionalização e tendências. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.11, n.1, p.143-50, mar. 1977.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 17-26, abr/jun. 1999.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? **Psic.: Teor. e Pesq**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, maio/ago. 2006.

HOLST, D.; SHEIHAM, A.; PETERSEN, P.E. Oral health care services in Europe Some recent changes and a public health perspective. **Journal of Public Health**, v.9, n.2, p. 112-121, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional por municípios em 2009**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 10 mar., 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional por municípios em 2008**. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 15 nov . 2008.

JUNQUEIRA, S.R.; FRIAS, A.C.; ZILBOVICIUS, C.; ARAUJO, M. E. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em Municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 4, dez. 2006.

KEINERT, T. M. M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades Saudáveis". **Saude Soc**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 55-64, ago/dez. 1997.

KLOETZEL, K et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul/set. 1998.

LASTRES, H. M. M; ABAGLI, S. (org.). **Informação e globalização na era do conhecimento** . Rio de Janeiro: Campus Ltda, 1999.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos de 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUCAS, R. E. Jr. On the Mechanics of Economic Development. **Journal of Monetary Economics**, v. 22, n. 1, p. 3-42, 1988.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis, Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MALTA D. C et al. Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS C. R., MALTA D.C., REIS A. T. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. São Paulo: Xamã, 1998.

MALTA. D. C.; CECÍLIO, L. C. O; MERHY E. E. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, mar/abr. 2004.

MEDEIROS, K. R. et al. Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 433-440, abr. 2005.

MENDES, E. V. (Org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994. 310p.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 533-552, out/dez. 1986.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**.Campinas: Mimeo, 2003.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 78-99, 2005.

MISHIMA, S. M.; et al. Assistance in Family Health From the Perspective of Users. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 436-443, maio/jun. 2010.

MORAES, I. H. S. de. **Política, tecnologia e informação em saúde**. A utopia da emancipação. Salvador : Casa da Qualidade, 2002.

MOROSINI, M. V. G.C; CORBO, A .D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>, Acesso em : 22 jul. 2010.

MORRIS, A. J.; BURKE, F .J. T. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. **Br Dent J**, v. 191, p. 660-4, 2001.

NARVAI P. C. Da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, v.40, p.141-7, 2006.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 346-62.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Pública**, v. 19, p.385-93, abr. 2006.

NICKEL, D. A.; CAETANO, J. C.; CALVO, M. C. M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 373-379, set./dez. 2009.

OLIVEIRA, A. G. R. C; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Curso de mestrado em odontologia social/UFRN. **Odontologia preventiva e social** - textos selecionados. Natal: EDUFRN, p. 114-125, 1997.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/dez. 2008.

OLIVEIRA, J. A; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, J. L. C. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes**. 2005. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, L. S. G.; NASCIMENTO, D. D. G.; MARCOLINO, F. F. Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções de profissionais e cuidadores familiares. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n.1, p.65-72, jan./jun. 2010.

OLIVEIRA, R. S., **Acesso aos serviços de saúde bucal e avaliação da satisfação de usuário em Olinda – PE**. Monografia (Especialização em Saúde Pública), Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas, Recife/PE, 2008.

PACK, A. R. C. Dental services and needs in developing countries. **International Dental Journal**, v. 8, supl. 1, p. 239-247, 1998.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: MEDSI, p. 455-466, 1994.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários In: MENDES (org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**, São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1993.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde In: ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 473-489, 2003a.

PAIM, J. S. Desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 587- 603, 2003b.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.4, n.32, p. 299-316, ago. 1998.

PASSANEZI, P. M. S. O Investimento em saúde preventiva no Brasil e seus efeitos na expansão do produto da economia. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n.16, p. 124-130, jul/ago. 2007.

PETERSEN, P. E. et al. Continuous improvement of oral health in Europe. The approach of the World Health Organization Regional Office for Europe. **Europeia Den.**, v.4, p. 21-23, 1994.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

PINTO, V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. São Paulo: Santos; 1989.

PNUD, **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso: 10 ago. 2010.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. (organizadores) **Atlas da Exclusão Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

RAMALHO, C. M. **Saúde Preventiva, Crescimento e Produtividade**: uma Análise da Literatura e um Estudo Empírico. São Paulo: EAESP/FGV, 2003. 175p. Disponível em: <http://virtualbib.fgv.br/dspace/handle/10438/1776>. Acesso em: 12 de setembro de 2010.

SANTIAGO, B. M. et. al. Avaliação das ações de saúde bucal nas capitais nordestinas a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. João Pessoa, v.10, p. 41, nov., 2010.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p. 603-614, mar. 2010.

SARACEVIC, Tefko. Interdisciplinary nature of information science. **Ci. Inf.**, Brasília, v.24, n.1, p. 36-41, jan/abr. 1995.

SCHLOSMAN, S. L.; BROWN, J.; SEDLAK, M. **The public school in american dentistry**. Los Angeles: Robert Wood Johnson Foundation, 1986. 70p.

SCHOLZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p. 7-12, dez.2006.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996, 286 p.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, 2727-2739, nov, 2007.

SOUZA, G. C. A. **Centros de Especialidades Odontológicas**: Avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. 2009.105f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-UFRN, Natal, 2009.

STARR, P. The social transformation of american medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. **Basic Books**, 1982.

TARAPANOFF, K. M. A. **Inteligência organizacional e competitiva**. Brasília - DF: Universidade de Brasília, 2001.

TAVARES, G. R. et al. A Participação da Comunidade nas Clínicas de Instituições de Ensino Odontológico (IEOs). **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa, v. 5, n. 2, p. 179-184, maio/ago. 2005.

TEIXEIRA, C. F. et al. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 79-84, jan/mar. 1993.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 7 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1998.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.599-613, mai/jun. 2005.

VIANA, A. L; DAL-POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis, Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 247-266.

WESTPHAL, M. F . O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida . **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 39-51, 2000.

WIDSTROM, E. Oral health systems in the enlarged European Union. **Dental Health and Preventive Dentistry**., v.2, Parte 3, p. 155-194. 2004. Disponível em: <http://ohpd.quintessenz.de/index.php?doc=toc&year=2004&issue=3>. Acesso em: 25 de outubro de 2010.

ZANETTI, C. H. G et al . Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 13, p. 18-35, jul. 1996.

Apêndice 1

Roteiro da entrevista 1

(Direcionado a Gestores e Trabalhadores do SUS)

Município:

Nome:

Idade: _____ anos

Ator da Saúde:

- ☐ () Secretário de Saúde
- ☐ () Superintendente de Gerência Regional de Saúde
- ☐ () Coordenador de atenção básica
- ☐ () Coordenador de saúde bucal
- ☐ () Responsável pela marcação de consultas
- ☐ () Membro da equipe de atenção básica
- ☐ () Membro da equipe de atenção de média complexidade (CEO)
- ☐ () Membro da equipe de atenção de alta complexidade (Especificar: _____)

Formação acadêmica: _____

Pós-graduação: ☐ () Sim ☐ () Não Em caso afirmativo, Qual? _____

- 1) Quais os serviços de saúde bucal ofertados no território do município?
- 2) Como a rede está organizada?
- 3) De que maneira se dá o acesso às unidades básicas de saúde?
- 4) Como se dá o funcionamento do sistema de referência para média e alta complexidade?
- 5) Atualmente, existem em vigor consórcios intermunicipais?
- 6) Há participação do setor privado na prestação de serviços de saúde bucal?
- 7) Existe sistema de controle e avaliação da atenção prestada? Em caso afirmativo, como ele funciona e como está organizado?
- 8) O que você entende por cuidado em saúde bucal?
- 9) Há fornecimento de kits de higiene bucal (escova, dentifrício e fio dental)?
- 10) Qual o seu grau de satisfação com os serviços oferecidos?
- 11) Há um Sistema Local de Informação?

Apêndice 2

Roteiro da entrevista 2 (Direcionado a usuários do SUS)

Município:

Nome:

Idade:

Ator da Saúde: Usuário

Escolaridade: () 1º grau completo () 1º grau incompleto

() 2º grau completo () 2º grau incompleto

() 3º grau completo (Especificar: _____)

() 3º grau incompleto

Estudante: () Sim () Não

Tipo de escola: () Pública () Privada () Outros () Não é estudante

Moradia: () Própria () Própria em aquisição () Alugada () Cedida () Outros

Número de cômodos da casa: _____

Renda familiar: _____ (em reais)

Renda pessoal: _____ (em reais)

Posse de automóvel: () Não possui () Possui um automóvel () Possui dois ou mais automóveis

- 1) Quais os serviços de saúde bucal ofertados no território do seu município?
- 2) De que maneira você tem acesso às unidades básicas de saúde?
- 3) Quando você precisa de um tratamento que a USF não realiza, o que você faz?
- 4) Você precisa se dirigir a outros municípios para realizar exames e/ou tratamentos?
- 5) Você precisa recorrer a algum setor privado (particular)?
- 6) Existe sistema de controle e avaliação da atenção prestada? Em caso afirmativo, como você participa dele?
- 7) O que você entende por cuidado em saúde bucal?
- 9) Qual o seu grau de satisfação com os serviços disponibilizados?
- 10) Você tem acesso a escova, dentifrício e fio dental?
- 11) Com que frequência e em que momentos realiza a higiene bucal?

Apêndice 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA CIENTÍFICA:
A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE CIDADES DA 1ª
MACROREGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

_____, ____/____/ de 2010
Prezado Senhor (a),

Está sendo realizado um trabalho com o objetivo de analisar, em cidades da 1ª Macroregional de saúde do estado da Paraíba, a organização do cuidado em saúde bucal.

É importante avaliar a funcionalidade do sistema, suas rotinas, seus indicadores de saúde, a forma como o financiamento das ações ocorrem, entre outras, na perspectiva de diagnosticar os fatores que dificultam a integralidade das ações de saúde.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com diferentes atores envolvidos na atenção a saúde bucal como gestores, trabalhadores e usuários. As entrevistas apresentam perguntas relacionadas a aspectos sócio-econômicos, bem como organização dos serviços, fluxo dos usuários, grau de satisfação com a atenção prestada e conceito de cuidado em saúde bucal. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão a proporcionar a elaboração de propostas e subsidiar a organização dos serviços na perspectiva da atenção integral, buscando consolidação de uma das importantes diretrizes do SUS - a integralidade da atenção em saúde.

Por isso, sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização da entrevista é muito importante. Esclarecemos que a sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar e poderá desistir de sua participação a qualquer momento.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos/danos à sua dignidade.

Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor entre em contato com a responsável pela pesquisa, por intermédio do seguinte endereço e telefones: DANILSON FERREIRA DA CRUZ – UFPB, Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Campus I, Cidade Universitária – João Pessoa/PB; telefones (83) 8805-3141.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os envolvidos nesta pesquisa.

DANILSON FERREIRA DA CRUZ

Coordenador da Pesquisa

CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO: Admito que revisei totalmente e entendi o conteúdo deste termo de consentimento. Estou permitindo a minha participação neste estudo, desde que assegurado o anonimato e preservado o uso de imagens em recursos audiovisuais (registros digitais de entrevistas em som ou imagem), e o faço por livre e espontânea vontade, não tendo sido forçado ou coagido.

Assinatura do voluntário : _____

Local e Data: _____

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Certifico que revisei o conteúdo deste Termo de Consentimento com o participante em questão, explicando os riscos e benefícios conhecidos desta pesquisa. Assumo plena e total responsabilidade sobre a realização deste estudo.

Assinatura do (a) Pesquisador (a) Responsável: _____

Anexo 1 - Certidão de Comitê de Ética em Pesquisa



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

C E R T I D ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 52ª Reunião Ordinária realizada em 31.03.09, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto: **A Linha de Cuidado em Saúde Bucal na 1ª Macrorregional de Saúde do Estado da Paraíba** da pesquisadora responsável Ana Maria Gondim Valença.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 02 de Abril de 2009.


Carolina Calvão Maranhão Trindade
Coordenadora do CEP-SES/PB