



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde**

**Avaliação da integralidade como continuidade da atenção à saúde
bucal: estudo de um caso na Bahia.**

Dayse Samara Brandão de Matos

Salvador-BA
2008



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde**

**Avaliação da integralidade como continuidade da atenção à saúde
bucal: estudo de um caso da Bahia.**

Dissertação em forma de artigo apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Dayse Samara Brandão de Matos

Orientadora: Prof^a. Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador-Bahia
2008

*Mas a sabedoria que vem do alto é, primeiramente,
pura, depois, pacífica, moderada, tratável, cheia de misericórdia
e de bons frutos, sem parcialidade e sem hipocrisia.
Ora, o fruto da justiça semeia-se na paz, para os que exercitam a paz.*

Tiago 3:17-18

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um processo de desenvolvimento intelectual e, graças à soma de conhecimentos e atitudes de diversos atores, pude chegar até este momento de sua finalização. Primeiramente, agradeço a Deus, autor de nossas vidas, que esteve comigo desde o início, quando ainda era um sonho a idéia de fazer esse mestrado e ele me fortaleceu, permitindo, assim, que eu chegasse até aqui. Nessa caminhada, também pude contar com o apoio de pessoas muito especiais às quais não poderia deixar de agradecer.

Ao meu marido e companheiro Isaac, aos meus filhos, herança do Senhor, que compreenderam o meu afastamento para pesquisar e escrever este trabalho.

Agradeço aos meus pais que sempre acreditaram em mim e viabilizaram esse processo de crescimento ao longo de minha vida, e aos meus irmãos pelas palavras de ânimo.

À minha orientadora, Prof^{el} Sônia Cristina Chaves, que, apesar da distância, contribuiu decisivamente na construção deste trabalho. Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva que, durante as aulas, dividiram com os alunos parte de seus conhecimentos.

Agradeço à Prefeitura do Município onde trabalho, através da Secretaria Municipal de Saúde, a qual acreditando na importância da formação profissional, tornou possível a realização desse curso.

Aos profissionais que colaboraram com esta pesquisa, disponibilizando tempo para compartilhar seus conhecimentos e opiniões sobre a saúde bucal.

À amiga Denise, líder da turma, pelo incentivo, dedicação e suporte a todos durante o curso.

Meu agradecimento especial a todos os amigos do mestrado e do trabalho na Secretaria de Saúde, companheiros de luta e, às vezes, de lágrimas, os quais eu gostaria de dizer apenas uma coisa: “valeu a pena”!

RESUMO

Problemática: o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), vem disseminando ações que apontam para a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção. Neste sentido, um município de médio porte da Bahia tem buscado organizar os serviços odontológicos através da implementação de protocolos assistenciais e ampliação da atenção especializada.

Objetivo: Este estudo avaliou o componente da integralidade na assistência à saúde bucal, no âmbito da atenção básica e de média complexidade nesse município.

Metodologia: Foi um estudo de caso, descritivo, onde foram realizadas entrevistas com informantes-chave em cinco equipes de atenção primária e usuários de três delas, além da análise documental que possibilitou a construção do modelo lógico da intervenção.

Resultados: Os resultados demonstraram que houve certa apropriação dos executores com relação à integralidade no Protocolo Municipal, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado. Houve diferenças entre as equipes entrevistadas na utilização do protocolo, o que evidencia a importância da supervisão e acompanhamento de seus processos de trabalho.

Conclusão: Como recomendações, sugere-se a ampliação da oferta de serviços e organização de um sistema de marcação permanente de consultas odontológicas, com triagem diária de casos novos com maiores danos e riscos, via acolhimento, articulado com ações educativas na Unidade Básica de Saúde, implantação do tratamento endodôntico multirradicular no serviço público especializado, ampliação da oferta de prótese, cirurgia e ortodontia, além da redefinição das cotas de especialidades para unidades básicas, segundo perfil epidemiológico.

Palavras-chave: política de saúde, saúde bucal, Integralidade, estudo qualitativo, assistência odontológica.

ABSTRACT

Problem: The National Dental Health Policy, *Smiles Brazil*, has been disseminating actions which aim at the reorganization of dental health care at all levels of care. Along the same lines, a medium-sized municipality in the state of Bahia has been seeking to organize actions of dental health via the implementation of care-giving protocols and the amplification of specialized care.

Objective: This study evaluated the component of comprehensiveness in dental health assistance in the primary care and specialized dental care in this municipality.

Methodology: A descriptive case study was carried in which were carried out interviews with the key informants of five primary care teams and the users of three of them, as well as a document analysis that made possible the construction of a logical model of intervention.

Results: The results demonstrate that there was a certain adaptiveness of the executors with relation to comprehensiveness in the Municipal Protocol, especially those with regard to the continuity of care. There are differences between the interviewed teams in the utilization of the protocol, which prove the importance of supervision and accompaniment of the processes of the teams' work.

Conclusion: As recommendations, it is suggested there be organized a permanent system of making appointments for odontological consultations with daily triage of new cases with greatest damage and risk, by collection, together with educational actions in the Basic Health Unit, implantation of multi-radicular endodontic treatment in the Center of Dental Specialties, amplification of the offering of dental prosthetics, surgery and orthodontia, as well as a redefinition of the fees of specialties for basic units, according to the epidemiological profile.

Key words: health policy, dental health, comprehensiveness, qualitative study, odontological care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo Lógico do componente da Integralidade na PNSB e PMSB, 2008.....	21
Quadro 1 – Avaliação da atenção especializada pelos profissionais de Saúde Bucal, 2008.....	52
Quadro 2 - Dificuldade e recomendações dos profissionais acerca da atenção à saúde bucal desenvolvida no município, 2008.....	53
Quadro 3 - Avaliação dos usuários acerca da utilização do serviço de saúde bucal em município de médio porte, 2008.....	54
Quadro 4 - Avaliação dos usuários a cerca da integralidade na atenção em saúde bucal desenvolvida no município, 2008.....	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 MARCO REFERENCIAL.....	16
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 Desenho do estudo.....	20
4.2 O município do estudo.....	21
4.3 Campo de estudo.....	24
4.4 Coleta de dados.....	25
5 RESULTADOS.....	27
5.1 Caracterização da saúde bucal no município.....	27
5.2 Compreensão da integralidade tendo em vista as proposições da Política Nacional de Saúde Bucal.....	28
5.3 O cumprimento do princípio da integralidade na atenção à saúde bucal.....	29
5.4 Responsabilidades de cada profissional no cumprimento do princípio da integralidade.....	30
5.5 Reconhecimento e utilização do protocolo Municipal pelos profissionais de Saúde Bucal.....	31
5.6 Avaliação da atenção especializada pelos profissionais de Saúde Bucal.....	32
5.7 A integralidade da assistência odontológica percebida pelos usuários.....	34
6 DISCUSSÃO.....	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE.....	47
ANEXOS.....	555

1 INTRODUÇÃO

De maneira semelhante à atenção à saúde, de forma geral, a assistência à saúde bucal se desenvolveu ao longo dos anos no Brasil, assumindo um modelo que privilegiava o atendimento individual, curativo, e de forma excludente, onde apenas uma minoria, tinha acesso aos benefícios, demonstrando grandes avanços do ponto de vista científico, mas pouco representou para a grande maioria da população que permanecia sem acesso aos serviços (PINTO, 2000).

Os primeiros registros da assistência pública odontológica no Brasil datam do início do século XIX com a criação do cargo de cirurgião sangrador, no Hospital Militar da Corte. Desde 1880, tem-se referência dos serviços odontológicos nas Santas Casas de Misericórdia, voltados para extrações dentárias. Além disso, a assistência odontológica pública no Brasil se estruturou, historicamente, a partir dos modelos de assistência a escolares, preconizado pelo SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), nos anos 1950, e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde, até o estabelecimento do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 (RONCALLI, 2000).

Já no século XX, as profundas transformações do ensino odontológico, nos Estados Unidos (EUA), influenciaram fortemente os rumos da formação odontológica no Brasil, apresentando as seguintes características:

Ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo cirúrgicas e reabilitadoras como modelo preferencial de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como lócus privilegiado do exercício (MOISÉS, 2007).

Com um grande número de doenças acumuladas e com o aparecimento de novas doenças de maior complexidade, surge, na década de 50, a proposta do sistema produtivista, com o objetivo de resolver essa demanda. Contudo, esse sistema apresentava baixa resolutividade, além de um alto custo, embora houvesse ampliação da produtividade. Na tentativa de se reduzirem gastos, houve uma fragmentação das tarefas (influenciada pelo taylorismo), traduzida na odontologia simplificada. Da aplicação da simplificação na população mais jovem, ainda livre de cárie, surge a odontologia integral, que utilizava a lógica do modelo preventivista, com atenção voltada apenas aos mais jovens e, portanto, excludente, e a lógica do modelo incremental, importado dos Estados Unidos, em que se preveniam cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos (NARVAI, 1994).

Garrafa (1994) e Pinto (2000) afirmam que, apesar da odontologia haver chegado ao final do século XX compreendendo a etiologia das doenças mais frequentes na cavidade bucal (especialmente a cárie e a doença periodontal), bem como alternativas técnicas de crescente sofisticação para preveni-las e curá-las, continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela. Por outro lado, esses autores afirmam que países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, chegaram ao vigésimo primeiro milênio sem uma política definida de saúde bucal e com significativas parcelas da população sem acesso a cuidados clínicos e preventivos odontológicos essenciais, de maneira regular.

Para a saúde brasileira, a Constituição Federal de 1988 representou importante marco, porque estabelece como setor de relevância pública, ficando o Estado, a partir dessa definição, obrigado a garantir as condições necessárias ao atendimento da população (BRASIL, 1988). Segundo Luz (1991), a Constituição confirmou a 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, estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação a saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade.

Considerando o princípio da Integralidade, a Constituição define (art. 198, II) que, em termos de saúde, haja “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

A lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90 - art. 7º, II) determina que as ações devem ser realizadas, tanto nos “serviços públicos de saúde” quanto nos “serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS”, obedecendo ao princípio da “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

De acordo com Paim (1997), as bases conceituais da reforma sanitária brasileira contemplaram originalmente a integralidade em, pelo menos, quatro perspectivas:

1º) Como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária secundária e terciária; 2ª) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológica e social; 3ª) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4ª) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante a ação intersetorial.

Refletindo sobre os estudos de Mattos (2001), observamos três conjuntos de sentidos para o princípio da integralidade: o primeiro, se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo, refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. O autor ainda afirma que “é possível identificar algumas semelhanças nesses sentidos e independente de qual deles

iremos considerar, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa a objetivação dos sujeitos e, talvez, uma afirmação de abertura para o diálogo”. Completa ainda dizendo que “a integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas”.

Citando o estudo de Cecilio (2001), pode-se observar a afirmativa de que “a integralidade não se realiza nunca em um serviço: Integralidade é objetivo de rede”, chamando de Integralidade ampliada a relação articulada, complementar e dialética entre a máxima integralidade de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros.

Apesar da clareza da definição de integralidade, há muitas conotações para o termo e, basta uma rápida consulta na literatura científica, como a descrita anteriormente, para perceber que, no âmbito da saúde, não existe consenso sobre o tema (NARVAI, 2005).

Mesmo após a promulgação da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, o SUS tem encontrado muitos obstáculos para romper com o modelo hegemônico e se estabelecer, de fato, como foi inicialmente descrito. No que diz respeito à saúde bucal, pode-se observar, ao longo da primeira década de implantação do SUS, uma grande desarticulação da mesma com as demais áreas da saúde, manifesta inclusive pela ausência de uma política pública e de financiamento específico para a área, apresentando, assim, um contra-senso no cumprimento do princípio da integralidade definido nos documentos acima citados.

Alguns modelos de atenção à saúde bucal podem ser resgatados na literatura em saúde coletiva e todos são, na verdade, tentativas de implementar o SUS em nível municipal. A rigor, poderíamos dizer que o “modelo” em si, está dado, ou seja, o modelo é o SUS. As

tecnologias que deverão ser desenvolvidas, as estratégias de inclusão, o incentivo à participação popular etc., são desdobramentos importantes e cada nível deve pensar a melhor maneira de colocá-los em prática (RONCALLI, 2000).

Uma avaliação dos serviços públicos de saúde bucal no Brasil, apontou para o predomínio de ações de baixa complexidade, na sua maioria mutiladoras, com acesso restrito, onde grande parte dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social, que se reflete no grave quadro epidemiológico. Nos últimos anos, algumas experiências isoladas ampliaram o acesso e desenvolveram ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Apesar disso, não havia uma política nacional para o setor (BRASIL, 2006).

Como resultado das demandas de alguns grupos organizados, o Ministério da Saúde (MS), através da Coordenação de Saúde Bucal, formulou, no ano de 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, que apresenta, como um dos pressupostos para reorientação do modelo de saúde bucal, a garantia da integralidade nas ações, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população. Essa política propõe o desenvolvimento de práticas participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a realidade do território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas, no campo da saúde bucal, com potencial para propiciar um novo

processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado em saúde bucal. (BRASIL, 2004).

Considerando a afirmação de Teixeira (2000) que defende a necessidade de se buscar reconstruir a organização dos serviços e redefinir o conteúdo das práticas a partir da situação concreta de cada local; seja um distrito, um município, ou uma micro-região de saúde, Mattos (1994) afirma que, “no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. Elas acontecem aqui e acolá, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos”. Dessa maneira, este autor considera oportuno o exame dessas experiências, que transformam as práticas na direção da integralidade, destacando o assunto como importante agenda de pesquisa.

Silva Júnior et al., (2006) citam o esforço do MS no intuito de acompanhar a execução das ações, através do movimento de institucionalização da avaliação da política de saúde e dos serviços, através do monitoramento de indicadores dos pactos firmados com os municípios e estados na assistência a população. Salientam entretanto que esse esforço tem sido insuficiente para perceber as mudanças qualitativas requeridas pelo desenho organizacionais da assistência, definidos pelo ideário do SUS.

Neste sentido, Chaves e Vieira-da-Silva (2007) analisaram a implantação da gestão descentralizada em saúde, em estudo comparativo entre cinco municípios da Bahia, onde incluíram o componente da integralidade como aquele próximo ao terceiro uso proposto por Paim (1997), e observaram que este era um grave problema do sistema nos municípios avaliados. Em outro estudo, esses autores avaliaram as práticas dos profissionais no campo público de atenção à saúde bucal, em dois municípios, onde foi observado um padrão de organização do processo de trabalho mais próximo dos princípios estruturantes do sistema de saúde brasileiro em apenas um dos municípios investigados. Essas diferenças foram atribuídas

às características da gestão do referido município que demonstrou uma articulação entre as atividades clínicas individuais, coletivas, preventivas e de planejamento, apontando em direção ao cumprimento do princípio da integralidade no SUS.

Para Contandriopoulos et al. (1997), “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Seguindo nessa direção, o objetivo desse estudo foi avaliar o componente da integralidade na assistência em saúde bucal, aqui compreendida conforme a terceira perspectiva descrita por Paim (2007), “como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde”; delimitando a atenção primária e a atenção de média complexidade. Dessa maneira esse estudo buscou avaliar o componente da integralidade na política de saúde bucal adotada em um município de médio porte da Bahia, analisando seus reflexos na organização dos serviços e nas práticas de saúde bucal dos profissionais investigados, retomando, assim, os sentidos da integralidade descritos por Mattos (2001) e tendo como referência alguns documentos-base do Ministério da Saúde como as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e o Protocolo Municipal de Saúde Bucal (PMSB). Pretendeu-se também, através deste estudo, colaborar para o aprimoramento do modelo de atenção assumido pelo município, bem como contribuir para ampliação da discussão sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a integralidade na política de saúde bucal adotada no município e seus reflexos na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais de saúde bucal.

2.2 Objetivos específicos

- 1- Identificar as diferentes concepções sobre o conceito de integralidade por parte dos profissionais da saúde bucal e dos usuários;
- 2- Avaliar a continuidade da assistência em saúde bucal entre a atenção básica e a atenção especializada;
- 3- Descrever as dificuldades e facilidades dos usuários na busca da integralidade;
- 4- Identificar pontos positivos e aspectos para melhoria da referida política no nível local.

3 MARCO REFERENCIAL

Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se como referencial o atual modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil, representado pelo SUS que é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos setenta e oitenta em consonância ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (RONCALLI, 2000), e vem enfrentando ao longo dos anos grandes desafios para garantir o cumprimento dos princípios doutrinário da universalidade, integralidade e equidade.

Dentre esses desafios pode-se citar o complexo quadro epidemiológico que caracteriza a saúde bucal dos brasileiros, onde chama atenção uma alta prevalência de cárie dentária, considerado ainda um problema de saúde pública, que no início do século XXI continua mobilizando a maior parte dos recursos neste setor Narvai e Frazão, (2008), fato que não tem se modificado, especialmente na população adulta, ao longo dos anos em função da inexistência de políticas e de financiamento efetivos para à área.

Na busca de encontrar alternativas para esse e outros problemas, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993 aprovou diretrizes e estratégias políticas para saúde bucal (SB) no país, reconhecendo-a como “direito de cidadania”, propondo assim um novo modelo de atenção à saúde bucal descentralizado e baseado na “garantia dos princípios da universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica”, devendo a mesma está ligada a outras medidas de promoção da saúde e impacto social.

Apesar da relevância de tais proposições, a história permaneceu a mesma que dominou ao logo de grande parte dos governos, onde a agenda da saúde bucal não se concretizou, mesmo

traduzindo reivindicações básicas, diante dos problemas da saúde bucal, seja do estado de saúde da população ou dos serviços da área (ASSIS, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Uma nova perspectiva para a SB se configurou no ano de 2000 com a publicação da portaria MS 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo incentivo financeiro para as ações de SB no Programa de Saúde da Família (Brasil, 2000), que constituiu em um incentivo para inserção dos profissionais de odontologia no programa, representando assim um importante passo na ampliação na cobertura da atenção em saúde bucal no país.

Com uma nova conjuntura política, representada com a posse, em 2003, do presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, grupos democráticos que pensavam a saúde bucal como direito de cidadania, agregaram-se num projeto comum que culminou com a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal, a primeira do setor, tendo como objetivo o resgate do direito de atenção odontológica aos cidadãos brasileiros, por meio da adoção de ações governamentais (BRASIL, 2006).

Na PNSB, a integralidade é percebida como direito a ser conquistado através do controle social dos serviços de SB. No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, para ampliação e qualificação da atenção básica, permitindo o “acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção” (BRASIL, 2004).

Reconhecendo que a assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido principalmente aos serviços básicos, ainda assim, com grande demanda reprimida, a PNSB propõe ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, através da implantação e/ou implementação dos CEOs, que são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, devendo está integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertando, “de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município,

procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica” (BRASIL, 2004).

Acreditando que a PNSB representa importante possibilidade de avanço na construção da integralidade na assistência em SB a nível local, lança-se mão do conceito de estratégia como forma de implementar uma política (TESTA, 1995), correspondendo às ações necessárias para alcançar os objetivos definidos, e assim compreender a lógica de implementação do modelo de assistência a SB do município de estudo que utilizou como uma das estratégias a construção coletiva de protocolos, buscando dessa forma a reorganização das práticas em saúde bucal, pautando-se nos pilares da integralidade e da equidade no SUS. Em relação à questão da integralidade na dimensão assistencial das práticas em saúde, Souza et al., (2005) consideraram a utilização de protocolos como estratégia de racionalização e garantia da qualidade da atenção. Na literatura internacional, esse protocolos tem se focado especialmente como guias clínicos (*clinical guides*).

É importante aqui uma definição a respeito da distinção entre assistência e atenção, que apesar de algumas publicações aparecerem como sinônimos, para Narvai (1994), devem ter significados distintos:

Assistência à saúde refere-se ao conjunto de procedimentos clínico - cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não.

A **atenção** à saúde refere-se ao conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença.

Carvalho e Santos, (1992) afirmam que é de responsabilidade do município de forma autônoma, porém articulada com as demais esferas de governo (estadual e federal), formular políticas locais de saúde, gerenciar recursos e as instituições voltadas para atenção à saúde.

Por outro lado, as novas responsabilidades do município remetem também a necessidade de incorporação de estratégias de avaliação como componente do processo de planejamento, capaz de subsidiar a tomada de decisão e como auxiliar nas iniciativas voltadas a mudança do modelo de atenção (VIEIRA-DA-SILVA, 1999). A autora ainda destaca a incorporação da auto-avaliação como importante indicador para modificação do modelo assistencial a nível local.

Neste sentido faz-se necessário avaliar a implantação e implementação de tais políticas nos municípios no sentido de identificar os avanços referentes ao cumprimento do princípio da integralidade na assistência, para isso foi de fundamental importância na compreensão do processo lançar mão de alguns conceitos como o de integralidade das ações e acesso aos serviços, aqui compreendidos conforme descrição abaixo.

No que diz respeito à integralidade foi de grande contribuição na compreensão da pluralidade desse conceito os estudos de Paim (1997), Matos (2004), Narvai (2005) e Cecílio (2001), bem como o entendimento dos fatores organizacionais, geográficos, sociais e financeiros que influenciam a acessibilidade ao serviço de saúde conforme revisão de conceitos descrita por Travassos (2004). Estudos que avaliem a operacionalização da integralidade enquanto política de saúde bucal, podem contribuir na identificação de lacunas quanto às possibilidades de avanço das práticas no cumprimento deste que é um dos princípios doutrinários do sistema único de saúde brasileiro.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa acerca da integralidade na atenção à saúde bucal, delimitada como “garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde” (PAIM, 1997). Neste estudo, portanto, será utilizado o conceito de integralidade na perspectiva da garantia de continuidade da assistência entre os níveis de atenção básica e de média complexidade, no contexto da saúde bucal de um município de médio porte da Bahia. Para maior compreensão das evidências, foi criada uma matriz da implementação da PNSB em nível local, no que se refere à integralidade da atenção à saúde bucal. Para isto, foi construído o modelo lógico da intervenção (Figuras 1 e 2), definido segundo os documentos-base do Ministério da Saúde e do município em questão, e complementado com as entrevistas e observação.

Figura 1- Modelo Lógico do componente da Integralidade na PNSB e PMSB, 2008.

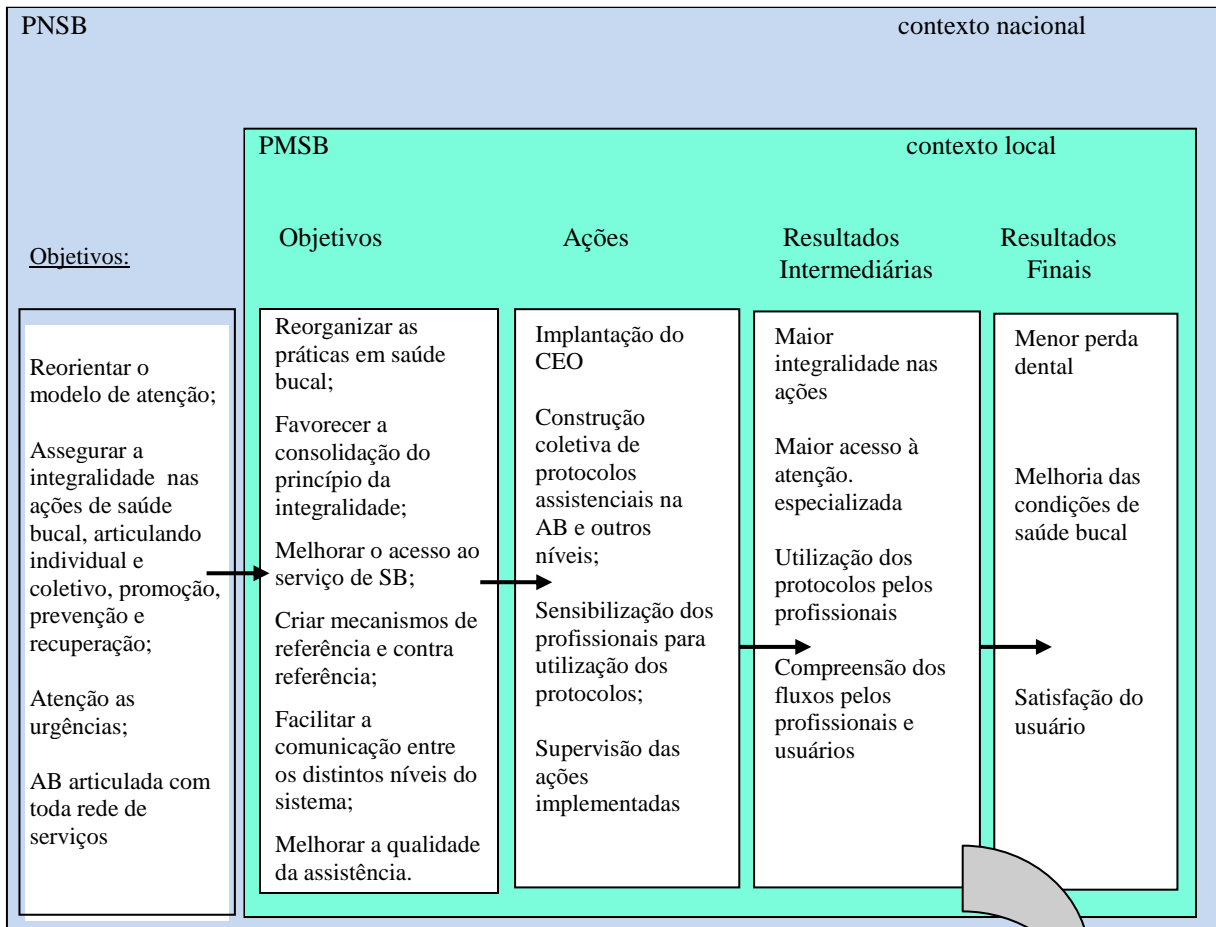
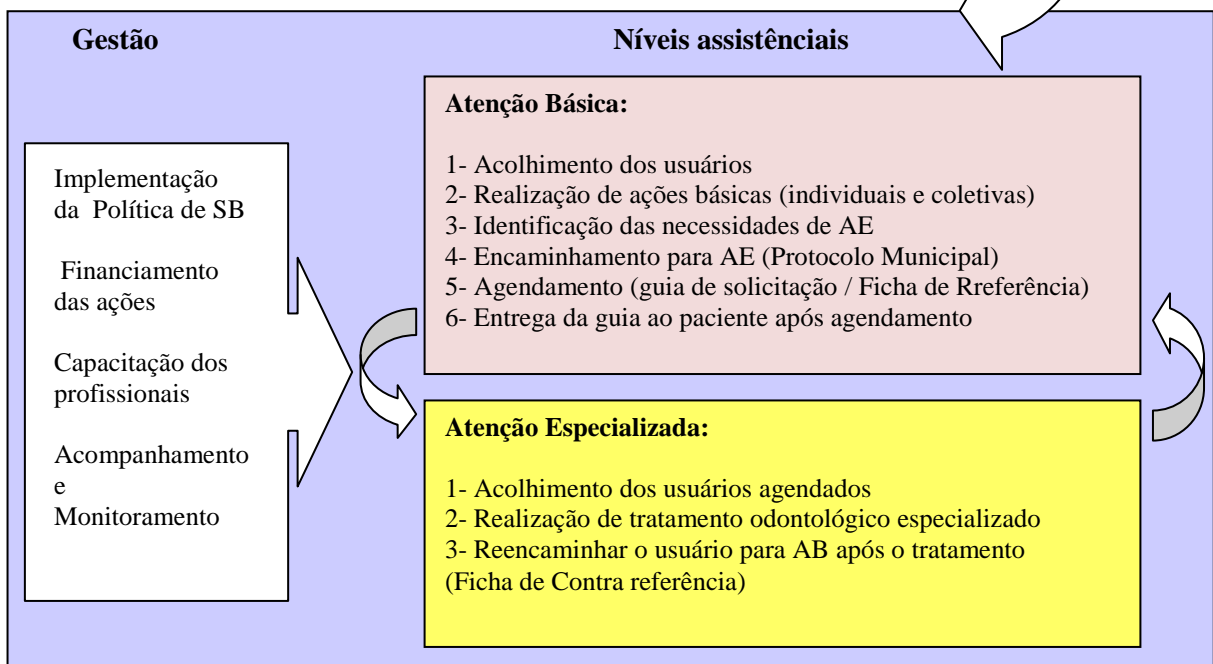


Figura 2- Atribuições da gestão e dos níveis de AB e AE na SB:



4.2 O município do estudo

O município estudado caracteriza-se por um clima semi-árido e baixa precipitação pluvial ao ano, com uma extensão territorial de 3.743 Km², incluindo 12 distritos e com uma população estimada para o ano de 2008 de mais de 300.000 habitantes, distribuída na zona urbana e rural. No que diz respeito ao sistema de saúde, esse vem se reestruturando desde 1997, quando se iniciou o processo de municipalização. Nesse contexto, a saúde bucal vem se desenvolvendo, com a implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) em 1998 inserindo, desde então, o cirurgião-dentista e a auxiliar de consultório dentário (ACD) na equipe mínima, sendo um dos municípios pioneiros nesta iniciativa. Esta decisão possibilitou o desenvolvimento de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação a saúde bucal, baseadas no diagnóstico da situação de saúde bucal da população, identificado através da realização de inquéritos epidemiológicos no ano de 2000 e 2004, que mostraram significativa redução do CPO-D para o grupo etário de 12 anos. Contudo, nas faixas etárias de jovens e adultos (15 a 19 e 35 a 44 anos), além de haver um aumento progressivo dos dentes afetados pela cárie, há um substancial aumento das perdas dentárias, apontando para a necessidade de reorganização do serviço com ampliação do acesso na assistência primária/básica (AB) e oferecimento de tratamento endodôntico e protético na média complexidade. (MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE, 2007). Esse município foi considerado com implantação intermediária da atenção à saúde bucal em estudo recente (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

Tabela 1 - Média dos componentes do índice CPO-D segundo a idade de 12 anos e faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Município de Médio Porte 2000/2004.

Idade/ CPO-D	2000	2004
12 anos	4,5	2,81
15 a 19 anos		6,78
35 a 44 anos		20,24
65 a 74 anos		27,12

Fonte: Levantamento Epidemiológico Município de Médio Porte, 2000 e 2004.

Tabela 2 - Percentagem de indivíduos que necessitam de prótese dentária segundo tipo de prótese e grupo etário. Município de Médio Porte, 2004.

Uso e necessidade de prótese	15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos	
	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Não Necessita	93,62	79,79	65,98	36,08	63,64	36,36
Necessita	6,38	20,21	34,02	63,92	36,36	63,64

Fonte: Levantamento Epidemiológico Município de Médio Porte, 2004.

Outro marco importante para a saúde bucal no município foi a implantação, em 2001, da Policlínica de Atenção Especializada em Saúde Bucal (SB) oferecendo as especialidades de endodontia e ortodontia preventiva e interceptativa. Em 2004, transformou-se no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), passando, desde então receber incentivo do MS, o que possibilitou a ampliação das especialidades oferecidas.

Desde 2004, o município, através da Área Técnica de Saúde Bucal, iniciou processo de avaliação e reorganização da atenção em SB através da realização da I Conferência Municipal de Saúde Bucal e do II Levantamento Epidemiológico que levaram à realização de várias oficinas de discussão com os profissionais da AB e AE culminando com a construção das Diretrizes Municipais de Atenção à Saúde Bucal, documento que serviu de base para reestruturação da SB no município, tendo, como principal referência, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Busca-se, através dele, favorecer a consolidação dos princípios da

equidade e integralidade do SUS, bem como melhorar a qualidade da assistência prestada em SB contribuindo para melhoria das condições de vida da população (MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE, 2007).

Em linhas gerais, este documento propõe uma reorganização das práticas na atenção básica, reafirmando o papel da mesma como porta de entrada de um sistema hierarquizado, bem como definição dos fluxos de referência e contra referência para atenção especializada facilitando, assim, a interlocução entre os diversos níveis de assistência (Anexo A). Neste sentido, o protocolo propôs o instrumento de referência e contra-referência, que deve ser utilizado pelos profissionais da AB, emitindo, assim, algumas informações sobre o paciente tais como: suspeita diagnóstica, conduta adotada na unidade básica de saúde (UBS), motivo do encaminhamento e outras observações. Por outro lado no verso do instrumento consta a ficha de contra-referência que deverá ser preenchida pelos profissionais da AE, informando também a conduta adotada no serviço referido, a confirmação diagnóstica e as devidas recomendações de acompanhamento, a ser reencaminhada a AB. No que diz respeito a AE, o protocolo também descreve os critérios que deverão ser seguidos no encaminhamentos de pacientes, os procedimentos realizados por cada especialidade além de informações sobre a organização interna do serviço: nº de pacientes atendidos por turno, marcação de consultas subsequente, retorno dos pacientes para AB. Em relação à integralidade, há uma quota de procedimentos por , ou seja, cada UBS possui um número de procedimentos reservados por mês para o encaminhamento ao CEO. Essa quota é uniforme e ainda não está adequada às necessidades epidemiológicas identificadas em cada área de abrangência.

4.3 Campo de estudo

Com base em Minayo, (1992), entende-se campo de pesquisa como *o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço*, representando uma realidade empírica a ser estudada. Para realização deste estudo foram entrevistados como informantes chave o coordenador do CEO do município (Anexo b) e cinco equipes de saúde bucal (Anexo C e D), sendo três delas consideradas exitosas na implementação do PMSB e duas equipes não exitosas na implementação de tais ações. A avaliação do desempenho dessas equipes se baseou no instrumento aplicado na supervisão das equipes para a classificação das mesmas no Relatório de Implantação do PMSB em 2007. Assim, cinco cirurgiões dentistas e cinco auxiliares de consultório dentário de cinco equipes de saúde da família foram entrevistados. Para complementar as entrevistas dos profissionais, foram entrevistados também seis usuários do serviço de SB das equipes entrevistadas, sendo dois da zona rural e quatro da zona urbana. Esses foram encaminhados para assistência especializada para realização de tratamento endodôntico, cirurgia oral menor e/ou prótese dentária.

Como se tratou de um estudo qualitativo, o número da sub-amostra dos usuários foi de acordo a saturação da informação por parte dos mesmos, verificada através da repetição dos eventos citados. Essas entrevistas foram realizadas com intuito de complementar as informações dos profissionais constituindo-se apenas em um estudo exploratório (Anexo E).

4.4 Coleta de dados

Optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas que permitiram aos entrevistados expressarem seus conceitos e opiniões a respeito da integralidade na PNSB e aplicação desses no PMSB, e na organização dos serviços bem como nos saberes e fazeres de cada profissional, bem como a avaliação dos usuários a cerca desse serviço. As entrevistas

foram realizadas nas próprias UBS com os profissionais da zona urbana e usuários da área adstrita e na Secretaria Municipal de Saúde com os profissionais da zona rural e coordenador do CEO. Aos profissionais e usuários foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para realização da pesquisa (Anexo F e G).

As dimensões analisadas neste estudo foram as seguintes:

1. Compreensão acerca da integralidade pelos profissionais executores e coordenador do CEO, tendo em vista as proposições da PNSB;
2. Avaliação dos profissionais em relação ao cumprimento do princípio da integralidade, na atenção em saúde bucal desenvolvida no município;
3. Responsabilidades de cada profissional no cumprimento do princípio da integralidade;
4. Reconhecimento e utilização do protocolo Municipal pelos profissionais de Saúde Bucal;
5. Avaliação da assistência especializada pelos profissionais de Saúde Bucal;
6. Avaliação dos profissionais acerca da atenção à saúde bucal desenvolvida no município;
7. A integralidade da assistência odontológica percebida pelos usuários;
8. Avaliação dos usuários acerca das facilidades e dificuldades na utilização do serviço de saúde bucal;
9. Recomendações dos profissionais e usuários para melhoria da integralidade na saúde bucal no município.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da saúde bucal no município

Dos cinco cirurgiões-dentistas entrevistados, todos trabalham no programa de saúde da família do município há mais de um ano e meio e dois deles já estão há nove anos. Entre as ACDs, todas trabalham no município há mais de quatro anos e o coordenador do CEO assumiu a função há sete anos quando foi implantada a Policlínica de Atenção Especializada no município, antes mesmo da criação do CEO pelo MS, que ocorreu somente em 2004.

Os dados revelaram uma pequena rotatividade dos profissionais de saúde bucal no município, o que pode ser explicado pela permanência do mesmo partido na gestão municipal desde 1997 e pelo vínculo CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) dos profissionais no PSF local, além das condições conjunturais do mercado de trabalho odontológico no Brasil.

Os profissionais referiram como importante marco para saúde bucal do município a implantação, em 1998, das primeiras equipes de saúde da família com inclusão do CD e ACD:

Estagiei em 1995 e 1996 a saúde bucal estava perdida, não existia PSF e praticamente o estágio que fazia era só em exodontia, alguns profissionais faziam só restauração de amálgama, não existia restauração de resina[...]O marco que teve foi o início das ESF, eu ingressei na sexta equipe, eu e os CDs ainda não faziam parte da equipe mínima e o município já implantou desde 1998 o CD na equipe[...] CD-2

[...] o serviço público que eu mim lembro era só extração, agente entrou mudando esta realidade tanto ampliando o acesso como ampliando a oferta de serviços.[...] Em 1998 com a implantação do PSF com a participação do CD e 05 ESB, foi quando começou a modificar o quadro, uma nova perspectiva [...] CD-5

Era bem mais difícil, não tinha atenção básica não tinha os postos nos bairros, então superlotava e era só fazer extração, hoje faz o tratamento quase que completo né, e isso facilitou com a implantação do PSF nos bairros. ACD- 1

5.2 Compreensão da integralidade tendo em vista as proposições da Política Nacional de Saúde Bucal

Todos os CD entrevistados salientaram como importante componente para o cumprimento da integralidade o atendimento do indivíduo tanto na AB como na AE, sendo que o cirurgião-dentista da equipe - 4, acrescentou *que, para ser integral, o sistema de saúde precisa atender todas as necessidades das pessoas, tanto no campo da odontologia como na medicina* e dois deles chamam a atenção para a importância da garantia de assistência nos três níveis: promoção, prevenção e recuperação, afirmando que deve haver intercâmbio entre os níveis de AB e AE. Para o coordenador do CEO, a saúde bucal deve agregar profissionais de outras áreas da saúde, promover a saúde e dar respostas às doenças, para isso precisa ter uma AB e AE resolutivas. O conceito de integralidade apresentado pelos CDs ficou bem próximo do tema central deste estudo. Retomando os pressupostos da PNSB, onde a integralidade é definida como articulação entre ações individuais e coletivas, promoção, prevenção e recuperação, além da atenção às urgências, observou-se uma concordância entre este e o discurso dos CDs de quatro das cinco equipes entrevistadas, apesar de nenhum deles ter feito referência direta à ação coletiva e ao atendimento de urgência.

Todo individuo tem direito a uma assistência global, não só uma assistência curativa mas uma assistência preventiva, parte do pressuposto da promoção, prevenção e assistência a saúde e para que este individuo tenha uma assistência integral ele precisa ter uma assistência na atenção básica, firme consististe, e ter assistência na atenção especializada que ao meu ver tem que estar organizada para que haja intercambio[...] CD-2

Oferecer aos pacientes todas as possibilidades de tratamento como um ser integral desde as atividades de promoção ao atendimento curativo básico atendimento especializado, respeitando o direito do paciente de ter o seu processo de saúde e doença resolvido na sua integralidade não só no preventivo mas em todos os níveis. CD-5

A compreensão do conceito de integralidade variou desde uma atenção individual integral à continuidade da assistência. Contudo, houve pouca referência à idéia, expressa por

Paim (1997) e Matos (2001), de integralidade como um conceito mais amplo que envolve outros setores além do sistema de saúde, permeando também as relações entre gestores, trabalhadores e usuários.

5.3 O cumprimento do princípio da integralidade na atenção à saúde bucal

Tendo em vista os princípios e diretrizes do SUS, Mattos (2004) considera o da integralidade como o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Mesmo reconhecendo as grandes dificuldades existentes os CDs reconhecem que houve avanços em direção à integralidade:

[...] na SB o individuo é atendido de forma mais integral do que nos outros municípios que eu já trabalhei, o individuo é atendido na parte de promoção de prevenção na USF, agente tem a oportunidade de encaminhar para um especialista [...] eu acho que está seguindo o caminho da integralidade, agente precisa de algumas coisas como canal de dente multirradicular [...] CD-1

Por outro lado, segundo outros profissionais, o princípio está sendo cumprido em parte, mas não em sua totalidade. Enquanto um agente destaca a problemática da demanda maior do que a oferta, o coordenador do CEO cita questões ligadas a falta de envolvimento dos profissionais e ao financiamento do sistema:

Em relação a saúde bucal ainda não está no nível que as condições epidemiológicas da comunidade requer, uma porque só tem um CEO e não dar para os 300.000 habitantes, precisaria de muito mais, mais profissionais, mais centros, é um princípio é um pontapé, mais ainda não está de acordo com a demanda [...] CD-4

Agente luta, é difícil porque o envolvimento das pessoas, dos profissionais em geral, às vezes eles estão envolvidos mais não totalmente, muitos querem entrar no serviço fazer seus procedimentos e ir embora e aí não acontece [...] para cumprir a integralidade agente precisa de muito avanço ainda, esse princípio para ser cumprido totalmente é muito difícil até pelo financiamento das ações, [...] por mais que tenha melhorado a saúde gasta muito. CD-6

5.4 Responsabilidades de cada profissional no cumprimento do princípio da integralidade

Todos os cirurgiões-dentistas entrevistados reconhecem, de alguma forma, a sua responsabilidade no tocante ao cumprimento do princípio da integralidade, como explicitado nas falas a seguir:

Eu acho que essa lógica do PSF, eu inserida não só no meu consultório ali fechado entre quatro paredes, a gente tem como atingir as pessoas e conscientizar no auto cuidado, para que ela tenha condições de resolver o seu problema de saúde com o que a gente consegue passar para ela, não só de SB mas sobre saúde geral .CD-1

O papel do CD é o compromisso com o programa, acreditar, correr atrás, eu mim sinto responsável pela comunidade [...] precisa de muito interesse do profissional pela saúde do paciente.CD-5

Seria mais capacitação motivação dos profissionais, para tentar mudar o pensamento dos profissionais realmente e tentar mostrar e avançar no sistema, não adianta achar que em relação à odontologia já está bom, [...] não chegar e querer impor, tem várias formas de sensibilizar os gestores através dos conselhos, na tentativa de mostrar outros caminhos [...] (CD-6, coordenador do CEO)

Ao mesmo tempo em que reconhecem sua responsabilidade, outros profissionais revelam a impossibilidade de cumprimento da mesma de maneira constante, em função de dificuldades relacionadas a distância do local de trabalho em uma das equipes de zona rural e outro da zona urbana cita a problemática de 1 CD para 2 ESF:

[...] no ponto de vista do profissional eu procuro acompanhar estes pacientes, o retorno se é um canal eu procuro concluir esta restauração o que é para fazer depois eu tento completar, só que eu tenho outro problema [...] agente chega muito tarde eu atendo um paciente, atendo outro, [...] as vezes fica difícil acompanhar esse paciente[...] CD-3

Primeiro como promotor de saúde, organizar as minhas ações, fazer o levantamento epidemiológico para conhecer a realidade da minha áreas, conhecer as famílias de risco, [...]como agente trabalha com um nº excessivo de famílias e aqui na ZU é 1 CD para 2 ESF, muitas vezes dificulta estas ações. CD-2

5.5 Reconhecimento e utilização do protocolo Municipal pelos profissionais de Saúde

Bucal

A maioria dos profissionais entrevistados reconhecem a existência de um padrão proposto no município para desenvolvimento das atividades em SB, havendo em duas equipes divergência interna entre CD e ACD como denota os relatos a seguir:

Tem um protocolo que a gente segue, serve de parâmetro para as atividades curativas e atividades de promoção, prevenção e encaminhamento para o CEO. CD-4

Existe e foi construído com os profissionais , [...] antes era cada um por si, você tinha uma proposta ia lá e fazia, outro colega tinha outra visão e trabalhava diferente, depois do protocolo ficou uma coisa mais estruturada mais embasada para agente trabalhar corretamente, uma forma de atendimento que deve ser para todos e adequado a realidade de cada um. CD-5

Existe, mas eu não tenho conseguido acompanhar, [...] as fichas eu já tentei passar para os ACS o tempo é curto a demanda é muito grande [...] CD-3

Eu já passei por vários postos e deu para perceber é que cada um tem a sua organização. A gente sempre segue o padrão do que a ACD pode fazer e não pode, eu acho que tem certas coisas que a gente deveria ter mais orientação, no momento da marcação mesmo [...] ACD-3

A dificuldade de identificação das atividades preconizadas no protocolo por parte da ACD pode, em parte, ser justificada pela fala do CD que revelou não ter conseguido implementar as mesmas na sua área. Esta foi, inclusive, uma equipe considerada não exitosa na implementação do PMSB. Uma das justificativas relatadas pelo profissional foi a distância do local de trabalho já que a unidade localiza-se no distrito da zona rural mais distante da sede do município, e a equipe “vai e volta” todos os dias reduzindo bastante o tempo de trabalho do grupo. Por outro lado, percebe-se também na fala do profissional um certo “desinteresse” no sentido de buscar alternativas que possam se adaptar a sua realidade de trabalho. Observou-se através das falas que a implantação do PMSB teve diferentes repercussões entre as equipes, provavelmente por questões relacionadas à organização do processo de trabalho e perfil dos profissionais, que muitas vezes se distancia da lógica do

sistema público de saúde, estando este mais voltado para a assistência curativa, sem manifestar grande interesse com as proposições que visam a consolidação do SUS.

Quando indagados a respeito do fluxo de encaminhamento de pacientes para AE, houve concordância nas respostas de todos os profissionais, o que também coincidiu com a orientação do fluxograma de encaminhamento do PMSB (anexo A). Já em relação à utilização da ficha de referência e contra-referência a maioria das equipes afirmou utilizar a ficha. Contudo, nem sempre recebem de volta e apenas uma equipe informou que recebeu a mesma todas as vezes que encaminhou. Essa informação foi contraditória com a apresentada pelos usuários entrevistados.

5.6 Avaliação da atenção especializada pelos profissionais de Saúde Bucal

Dentre os dez executores entrevistados, oito consideraram a oferta de serviços odontológicos especializados inadequada, no que se refere ao atendimento das necessidades da população. Como sugestões para melhoria do serviço, foram citadas ampliação do serviço de prótese dentária, cirurgia, ortodontia, atendimento de pacientes especiais e realização de endodontia em multirradicular, que foi o maior consenso. Tanto os profissionais da atenção primária quanto o coordenador do CEO concordam a esse respeito:

Precisa fazer endodontia de multirradicular, a agenda de cirurgia está lotada, prótese ainda não atende as necessidades. Precisa contratar mais profissionais e ser mais resolutivo. CD-6 coord. do CEO

O tempo para agendamento dos usuários na AE, variou muito entre as equipes e entre as especialidades oferecidas (Quadro 1).

Em um sentido mais amplo, as equipes foram questionadas acerca da atenção à saúde bucal no município. Foram citadas como principais dificuldades: a oferta de serviços insuficiente para atender às necessidades da população, tanto na AB como AE, onde salientaram o fato de 01 CD trabalhar com 02 ESF, item referido no discurso de todas as equipes da zona urbana:

[...] um profissional para duas equipes, o bairro é grande o pessoal reclama das vagas, que está demorando [...] ACD-1

Eu não diria que falta material e nem falta de cota na atenção especializada mas o maior problema que enfrentamos hoje é trabalhar para duas equipes. CD-2

Outra questão também muito presente nos discursos dos agentes foi a inexistência de referência para realização de tratamento endodôntico multirradicular, dificuldades de encaminhamento para realização de prótese dentária e pacientes especiais. Já o coordenador do CEO refere como principal dificuldade o financiamento insuficiente para realizar as ações (Quadro 3).

Endodontia fazer de molar é o que agente vê mais necessidade e a parte de prótese que já implantou. A parte de endodontia a gente acaba fazendo muita extração de dentes permanentes sem necessidade. ACD-5

As recomendações dos profissionais das equipes para melhoria da integralidade estão diretamente relacionadas à resolução destas dificuldades, incluindo a realização de capacitações e reuniões entre a AB e AE (Quadro 2).

Refletindo acerca dos dez anos de implantação das primeiras ESF no município, fato considerado pelos profissionais como de grande relevância para início da estruturação da saúde bucal no município, foram relatados como principais avanços do período os seguintes aspectos:

Participei do último inquérito epidemiológico e a gente pode observar que em algumas faixas etárias houve uma redução grande de 0 a 6 meses e de 5 a 14 anos, a comunidade está mais consciente. CD-2

[...] melhorou bastante o acesso, hoje tem cirurgião dentista em vários bairros da zona urbana e rural, a presença do CD capacitando o ACS, a cultura preventiva hoje dentro das casas isso a saúde pública influenciou bastante. CD-3

Muitas ações do MS passaram por aqui, a atenção à prevenção e a escovação, o município teve a coragem de colocar CD durante 6 meses a 1 ano só para prevenção e escovação e a necessidade do CEO, o nosso surgiu em 2001 e o do MS em 2004. CD-6 (coordenador do CEO).

5.7 A integralidade da assistência odontológica percebida pelos usuários

Os usuários relataram que a busca pelo serviço foi, especialmente, pela livre demanda para tratar algumas enfermidades sentidas na cavidade oral (Quadro 3). Na maioria dos casos, o usuário procurou a unidade por motivo de dor, perda dentária ou para realizar restauração em unidades que já apresentavam comprometimento endodôntico, revelando, assim, a pouca efetividade do serviço em relação à prevenção e ao diagnóstico precoce dessas enfermidades. Ou seja, a não oferta organizada de um serviço de diagnóstico precoce e acolhimento pode estar influenciando a busca tardia do serviço odontológico pelos usuários, além de outros aspectos de ordem social e cultural. O critério para escolha do serviço mais citado foi a proximidade de casa e falta de dinheiro para fazer tratamento particular:

“ escolhi esse posto porque é mais perto da minha casa.” U-2

“[...] a CD é muito boa e eu estava sem poder pagar.” U-5

Nesse sentido, cabe ressaltar que as barreiras geográficas estão sendo superadas com a maior proximidade do serviço de atenção primária, mas, barreiras organizacionais ainda são muito relevantes na assistência odontológica desse município, como aquela referente à chegada tardia do usuário ao serviço e à não oferta de endodontia multirradicular (Quadro 2).

Essa última questão, inclusive, pode ser considerada um importante problema, haja vista que o CEO não está oferecendo serviços adequados ao perfil epidemiológico do município.

Não houve consenso entre os usuários em relação ao tempo para agendamento no CEO (Quadro 3), apresentando nas respostas uma variação de um a quatro meses, igualmente ao que foi observado no discurso das equipes de saúde bucal (Quadro 1). Quando foram indagados em relação ao recebimento da ficha de referência e contra-referência no momento do encaminhamento para a AE, apenas um dos entrevistados afirmou ter recebido o instrumento (Quadro 4).

O confronto entre a fala dos usuários e a fala dos profissionais revelou uma concordância em relação à imprecisão no tempo para agendamento dos usuários no CEO após o atendimento na AB e uma discordância em relação à utilização e recebimento do instrumento de referência para AE. (Quadros 1 e 3). Estudos específicos de avaliação de acesso à média complexidade poderão explicar as divergências observadas.

Como facilidades referidas pelos usuários, houve consenso da maioria entrevistada em relação à importância dos profissionais da ESF no encaminhamento para o CEO, reforçando, assim, o papel desses na garantia da continuidade da atenção e reconhecimento das necessidades da comunidade, já que representam a porta de entrada do sistema de saúde. A forma de marcação para o CEO tem se constituído em uma estratégia interessante de redução de barreiras organizacionais, haja vista a não necessidade da ida do usuário para a marcação da consulta. Contudo, algumas dificuldades foram relatadas pelos usuários como, por exemplo, a dificuldade de acesso ao serviço de atenção básica devido à presença de fila para marcação e a não oferta organizada de ações e acolhimento aos usuários, já evidenciado anteriormente, e a falta de dinheiro para garantia do transporte para o CEO, constituindo-se esse último, portanto, em importante barreira econômica, associada à uma barreira geográfica

importante de localização do CEO, ou seja, pela distância desse serviço em relação aos bairros periféricos e ao centro do município.

Fui no posto de saúde para arrancar e o dentista me falou que não podia e mim encaminhou lá pro CEO, aí eu comecei a ir e depois eu desisti, porque não estava tendo condições de ir pra lá, é muito longe, eu acabei desistindo, só fui umas três vezes pra lá. U-2

A dificuldade maior é que tem dia que a gente não tem dinheiro, precisa pegar uma condução para ir para Conquista e outra para ir para o CEO, a dificuldade maior que agente encontra é essa. U-5

Dentre as recomendações dos usuários para melhoria do serviço de saúde bucal, destaca-se, como a mais citada, a melhoria de acesso ao serviço na atenção básica (Quadro 4).

Tem que melhorar, porque muita gente vai lá e não consegue marcar. U-3

Pra mim está bom, se não fosse tão difícil de marcar. U-2

6 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou certa apropriação dos executores com relação à integralidade da atenção à saúde bucal no PMSB, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado entre atenção básica e atenção especializada. Ao avaliar o cumprimento de tal princípio na atenção à saúde bucal desenvolvida no município, considerando o modelo teórico estabelecido, e retomando a terceira perspectiva da integralidade, descrita por Paim (2007), “como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde”, observou-se que, apesar de ter apresentado avanços na ampliação e estruturação dos serviços de saúde bucal nos últimos anos, no que diz respeito à implementação dos serviços especializados, ainda é necessário superar o desafio de implantar o tratamento endodôntico em dentes multirradiculares e ampliar o serviço de prótese dentária, com grande demanda reprimida no município, fato ratificado com os dados do último inquérito epidemiológico realizado em 2005. Ressalta-se, também a necessidade de melhoria do acesso à atenção primária, citada diversas vezes pelos informantes. Essa melhoria possibilitaria uma maior organização dos fluxos e da oferta de serviços para as respectivas especialidades. Pinheiro e Mattos, (2006) “reforçam a importância da atenção básica na oferta de serviços públicos, considerando a mesma como local mais importante na consolidação dos princípios do SUS, no qual a integralidade da atenção é o amálgama dos demais princípios.” Ações articuladas de oferta organizada para triagem de casos novos e acolhimento permanente dos usuários que buscam o serviço odontológico é uma estratégia essencial a ser implementada pelo município. Nesse sentido, o PMSB propõe a utilização de instrumentos específicos que devem auxiliar os profissionais no levantamento de necessidades e organização dos fluxos de atendimento,

possibilitando a realização do planejamento local das ações, o que parece não estar sendo plenamente utilizado pela equipes.

De acordo com Mattos (2004), a integralidade define que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem, necessariamente, uma dimensão dialógica. Refletindo acerca desse conceito ampliado de integralidade, e considerando os princípios norteadores das ações na PNSB, no que diz respeito à responsabilidade do profissional, pode-se dizer que o profissional de saúde precisa estar aberto ao diálogo, “implicando-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas e tornando-se co-responsável pelo enfrentamento do processo saúde doença em cada território, criando assim suportes para a atenção integral à saúde” (BRASIL, 2004). Assim, nota-se certa divergência nas respostas que, em sua maioria vinculam-se à atuação técnica do profissional que, segundo os entrevistados, sofre a influência de fatores como excessivo número de famílias cadastradas por ESF, financiamento insuficiente, entre outros.

A análise da intervenção no município, expressa no PMSB, documento-base para a elaboração do modelo lógico, revelou que houve certa disseminação e utilização do protocolo pela maioria dos profissionais. Ressalta-se, aí, a importância do mesmo ter sido elaborado coletivamente com os profissionais, valorizando a experiência local. Por outro lado, observou-se também nos discursos que alguns agentes, que, apesar de conhecerem tal instrumento, não fizeram uso do mesmo para modificar sua prática, argumentando dificuldades em relação à administração do tempo de trabalho e, até mesmo, a inexistência de qualquer proposta de padronização por parte da gestão municipal. Reforça-se aí o papel da gestão no que tange ao acompanhamento contínuo das ações, no sentido de favorecer o diálogo com os executores das intervenções e os usuários, agregando, assim, novas idéias que venham colaborar para superação das dificuldades.

Houve concordância em relação ao fluxo de encaminhamento para a AE descrito pelos profissionais e o estabelecido no PMSB, o que demonstra certo grau de organização do serviço ao mesmo tempo em que chama atenção a discordância entre os relatos dos profissionais e usuários a respeito da utilização do instrumento de referência e contra-referência, onde os primeiros afirmam estar utilizando, apesar de, na maioria das vezes, não receber de volta, enquanto a maioria dos usuários informaram não ter recebido o instrumento no momento do encaminhamento para a AE.

Quanto ao tempo médio para agendamento dos usuários encaminhados da AB para AE, observou-se uma concordância nas informações dos profissionais quando relacionadas com as respostas segundo os usuários, revelando grande variação no tempo de agendamento, fator de difícil compreensão gerando diversas explicações por parte dos agentes como indefinição de cotas para as unidades, problemas com a central de marcação de consultas, inadequação da oferta de serviços na AE em relação à demanda. Este último foi considerado consenso entre a maioria dos executores entrevistados coincidindo, também, com a afirmação do coordenador do CEO. Estudos de avaliação de acesso, com amostras maiores e mais estruturadas, poderiam responder a essa questão e devem ser estimulados.

Nesse sentido, em relação às dificuldades encontradas, houve certa aproximação da fala dos profissionais e usuários no que diz respeito ao número excessivo de famílias sob a responsabilidade de uma equipe de saúde bucal, podendo estar dificultando o acesso do usuário ao serviço na atenção primária e a distância do CEO constituindo-se barreiras organizacionais e geográficas para utilização desses serviços, o que muitas vezes faz o usuário desistir de realizar o tratamento. Outro aspecto relevante referido pelo Coordenador do CEO foi a questão do financiamento da AE que representa um grande entrave para ampliação do serviço, merecendo estudos posteriores abordando essa temática.

Estudos de avaliação da oferta potencial e utilização dos serviços de média complexidade devem ser conduzidos para explicar as dificuldades enfrentadas para o cumprimento do princípio da integralidade na saúde bucal no referido município, bem como para colaborar na discussão sobre o financiamento do mesmo.

Os principais resultados do serviço de saúde bucal no município, segundo a percepção dos agentes, foram a implantação de atividades coletivas de promoção e prevenção da saúde bucal e ações de recuperação e reabilitação, inclusive na zona rural, com redução da demanda para endodontia de unirradicular e exodontias.

Tendo como base os resultados encontrados nesse estudo, algumas recomendações são sugeridas no sentido de contribuir para melhoria da integralidade na saúde bucal e para uma maior organização dos fluxos e da demanda para as especialidades, a saber:

1. Ampliação da atenção básica;
2. Organização de um sistema de marcação permanente de consultas odontológicas com triagem diária de casos novos com maiores danos e riscos, via acolhimento, articulado com ações educativas na Unidade Básica de Saúde;
3. Estabelecimento da proporção de um CD para uma ESF;
4. Implantação do tratamento endodôntico multirradicular no CEO;
5. Ampliação da oferta de prótese, cirurgia e ortodontia;
6. Realização de reuniões periódicas entre os distintos níveis do sistema para maior organização dos fluxos de encaminhamento;
7. Implantação de outro CEO mais próximo do centro da cidade ou a transferência deste;

8. Redefinição das cotas de especialidades para unidades básicas, segundo perfil epidemiológico.

Diante dos dados empíricos aqui descritos e das recomendações acima é imprescindível salientar a afirmação de Narvai, (2005): de que *sem as ações necessárias em todos os níveis de atenção, não se pode falar sequer em 'atendimento integral' muito menos em 'integralidade' que num certo sentido "começa" (nem sempre...), mas não "termina", nas ações assistenciais. É necessário portanto o engajamento de outras esferas social, política e econômica, transcendendo, e muito, os serviços de saúde.*

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inter-relação entre os dados empíricos coletados neste estudo, os documentos base e a revisão de literatura sobre o tema, revelou que o princípio da integralidade pode ser considerada como incipiente na atenção a saúde bucal do município. A inexistência de referência para realização de tratamento endodôntico em multirradiculares e a pequena oferta de prótese dentária caracteriza-se como grandes obstáculos para integralidade. Apesar de não ser objeto deste estudo a questão da dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal na atenção básica e atenção especializada emergiu no discurso dos agentes como importante empecilho para consolidação desse princípio.

Reconhecendo o grande desafio de romper com práticas assistenciais individuais e curativas, hegemônicas na busca de implementar um novo modelo de atenção à saúde, baseado nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, o município estudado deu importante passo em direção a garantia da saúde bucal no ano de 1998, cuja conjuntura política favorável permitiu e viabilizou de forma pioneira a implantação das primeiras ESF com inserção do cirurgião-dentista, mesmo antes da indução pela política federal em 2001.

Após dez anos dessas primeiras equipes no município, muito se avançou na ampliação e estruturação da atenção a saúde bucal, mas, alguns desafios continuam atuais, como a garantia da integralidade na assistência, amplamente discutida neste estudo.

Neste sentido, acredita-se que o caminho para enfrentamento desses desafios será construído num esforço conjunto entre gestores, profissionais de saúde e usuários, para que o município possa realmente continuar progredindo no intuito de escrever uma nova história sobre o sorriso de seus munícipes. O acompanhamento sistemático da política proposta pelo

PMSB deve ser constante por parte da gestão, com a participação ativa dos executores da mesma.

Estudos mais extensivos sobre os processos de trabalho das equipes não exitosas na utilização dos protocolos assistenciais devem ser estimulados, bem como estudos mais aprofundados que incluam a visão dos usuários sobre o serviço a partir de suas trajetórias terapêuticas na saúde bucal que podem trazer evidências importantes sobre a implementação da política no nível local.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, L. N. **Políticas de Saúde Bucal no período Pós-Constituinte (1988 - 2004)**. 2006 . Dissertação de Mestrado - Salvador.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição (1988)**. Brasília, 1988a. 292p.
- BRASIL. Lei 8.080/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em out. 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.444, de 28/12/2000**. Diário Oficial da União 29/12/2000, seção1, p. 85.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB 2003**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: out. 2005.
- BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília, 2006. 72p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius/CBC, 2001. p.113-126.
- CARVALHO, G.L.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde. Comentários a lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.143/90)**. Hucitec, São Paulo.
- CHAVES, S. C. L.; BARROS, S. G.; FIGUEIREDO, A. L. **A implantação da política nacional de saúde bucal**: o caso dos centros de especialidade odontológicas. Projeto de pesquisa submetido ao Edital 01/2006 da FAPESB/CNPq.
- CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. As práticas profissionais no campo público de atenção a saúde bucal: O caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva** 12(6):1697-1710, 2007.
- CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção a saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5), maio 2007.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2. **Relatório final**. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB, 1993. 28p.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. (ed.) **Avaliação em saúde**: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 29-48.

FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. Guia de desenvolvimento de modelos lógicos. One East Michigan Avenue East Battle Creek, Michigan 49017-4058. Disponível em: <www.wkkf.org>. 2004.

GARRAFA, V. Saúde bucal e cidadania. **Rev. Saúde em Debate**. (41):50, 1994.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. A. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: OPAS; WHITE, K. L. (Ed.). Reproducción del artículo original de 1973. Investigaciones sobre servicios de salud: una ontología. Washington, DC: OPAS/OMS, 1992. p. 555-563. (Serie Publicacion científica - n. 534).

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80**. **PHYSIS**. p. 77-96, 1991.

MATTOS, R. A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set./out. 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-61

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde**. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro, Salvador: FIOCRUZ- EDUFBA, 2005.

MINAIO, M. C. de S. **Fase de trabalho de campo**. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992, p. 105-196.

MOYSÉS, S. J. Saúde bucal. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

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

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (Org.). **Novos rumos da saúde Bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ; ANS; UNESCO, 2005. p. 28-42.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOISÉS, S. J. (coord.) **Saúde Bucal das famílias – Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **A luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. 2006. p. 11-26.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. p. 541.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. Universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva.** 2000. Tese (Doutorado) - Araçatuba.

SILVA JÚNIOR, A. G. da et al. Avaliação de redes de atenção a saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. 2006. p. 60-87.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A.; Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA –DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde.** Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 65-102.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, p. 261-281, dez. 2000.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação:** o caso da saúde. Hucitec/Abrasco. São Paulo. Rio de Janeiro. 1995.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n. 20, Sup. 2S, p. S190-S198, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Conquista sorriso:** resultados principais. 2005. 75p.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes municipais da atenção em saúde bucal.** 2006. 72p.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de acompanhamento da implantação do protocolo de saúde bucal do município de Vitória da Conquista.** 2007. 47p.

APÊNDICE

Roteiro 1- Entrevista com o coordenador do CEO.

1. Qual a sua formação? Conte-me sua trajetória profissional
2. Há quanto tempo você trabalha nesta função?
3. Quando e como se deu o início da estruturação da Saúde Bucal no município?
4. Você se recorda como era a saúde bucal no município antes deste período?
5. Vitória da Conquista foi um dos municípios pioneiros na inclusão da ESB junto a ESF, como se deu este processo?
6. Neste momento inicial quais os espaços e os atores que contribuíram significativamente para o surgimento deste novo cenário da Saúde bucal no município?
7. Desde o período inicial até o momento atual você considera que houve muitos avanços na Atenção a saúde Bucal desenvolvida no município? Cite alguns deles:
8. Você poderia citar alguma decisão no âmbito federal que apoiou e fortaleceu o processo que vinha sendo desenvolvido no município?
9. Você se lembra a partir de quando o município passou a oferecer assistência odontológica no nível secundário e terciário?
10. Na sua opinião o que é oferecido atualmente (Atenção especializada) é adequado a necessidade da população?
11. Fale um pouco sobre o princípio da integralidade no SUS.
12. Você se lembra o que está proposto sobre a integralidade na Política Nacional de Saúde?
13. Você observa o cumprimento deste princípio na Prática da atenção a saúde Bucal realizada no município?
14. Quais as suas responsabilidades no que diz respeito ao cumprimento deste princípio?
15. No que diz respeito a Política Nacional de Saúde bucal , você considera que ela vem sendo implementada no município?
16. Quais as facilidades e dificuldades na implementação da saúde bucal no município?

Roteiro 2 - Entrevista semi-estruturada aos Cirurgiões Dentistas das Unidades de Saúde da Família (USF).

- 1- Há quanto tempo você trabalha aqui?
- 2- Conte-me sua trajetória profissional.
- 3- Quando e como se deu o início da estruturação da Saúde Bucal no município?
- 4- Você se lembra como era a saúde bucal no município antes desse período?
- 5- Vitória da Conquista foi um dos municípios pioneiros na inclusão da ESB junto a ESF, como se deu este processo?
- 6- Neste momento inicial quais os espaços e os atores que contribuíram significativamente para o surgimento deste novo cenário da Saúde bucal no município?
- 7- Você se lembra o que está proposto sobre a integralidade na Política Nacional de Saúde Bucal?
- 8- Você observa o cumprimento deste princípio na Prática da atenção a saúde Bucal realizada no município?
- 9- Quais as suas responsabilidades no que diz respeito ao cumprimento deste princípio?
- 10- Descreva as atividades que você desenvolve?
- 11- Há um padrão proposto pelo serviço?
- 12- Como é feito o encaminhamento para Atenção especializada?
- 13- A Ficha de Referência e Contra-referência tem sido utilizada por você e pelos profissionais do CEO?
- 14- Em média quanto tempo decorre entre o atendimento do paciente na UBS e o seu agendamento no CEO?
- 15- Na sua opinião o que é oferecido atualmente (Atenção especializada) é adequado a necessidade da população? Dê algumas sugestões.
- 16- Quais os principais resultados observados por você no serviço de saúde bucal?
- 17- Quais seriam suas recomendações para a melhoria da integralidade na atenção em saúde bucal no município?
- 18- Quais as principais dificuldades encontradas?

Roteiro 3 - Entrevista semi-estruturada as Atendentes de Consultório odontológico das Unidades de Saúde da Família (USF).

1. Há quanto tempo você trabalha aqui?
2. Conte-me sua trajetória profissional.
3. Quando e como se deu o início da estruturação da Saúde Bucal no município?
4. Você se recorda como era a saúde bucal no município antes deste período?
5. Descreva as atividades que você desenvolve?
6. Há um padrão proposto pelo serviço?
7. Como é feito o encaminhamento para Atenção especializada?
8. A Ficha de Referência e Contra-referência tem sido utilizada nesta unidade e pelos profissionais do CEO?
9. Em média quanto tempo decorre entre o atendimento do paciente na UBS e o seu agendamento no CEO?
10. Na sua opinião o que é oferecido atualmente (Atenção especializada) é adequado a necessidade da população?
11. Quais os principais resultados observados por você no serviço de saúde bucal?
12. Quais as principais dificuldades encontradas?
13. Quais seriam suas recomendações para a melhoria da integralidade na atenção em saúde bucal no município?

Roteiro 4 - Entrevista semi-estruturada junto aos usuários dos serviços de saúde por condição traçadora

Condição traçadora:

- Paciente com necessidade de tratamento endodôntico, por qualquer razão
- paciente com necessidade de realizar cirurgia oral menor
- paciente com necessidade de prótese dentária

1. Por que o Senhor (a) resolveu procurar este serviço?
2. Conte-nos como foi que o (a) senhor (a) percebeu seu problema de saúde bucal?
3. Quando foi que o senhor decidiu procurar ajuda?
4. Fale-me sobre os profissionais e os locais que o senhor buscou para resolver seu problema.
5. Por que buscou estes serviços de saúde e não outros?
6. Quando foi encaminhado para atenção especializada, quanto tempo demorou até você ser atendido no CEO?
7. Você recebeu do profissional a ficha de referência?
8. Que dificuldades encontrou?
9. Que facilidades encontrou?
10. Quais seriam suas recomendações para o serviço de saúde bucal?

Quadro 1 – Avaliação da atenção especializada pelos profissionais de Saúde Bucal, 2008.

Agentes	Adequação da AE às necessidades da população	Comentários/sugestões dos profissionais	Tempo médio para agendamento para o CEO
CD – 1	Adequado	Inclusão de endodontia em dentes multirradiculares.	1 mês
ACD – 1	Não é adequado	Ampliar prótese e atendimento de crianças especiais	Endodontia- 1 mês Cirurgia 2 a 3 m
CD – 2	Não é adequado	Endodontia só é feito em unirradicular, falta profissional para cirurgia e prótese, periodontia nunca encaminhou.	Endodontia – 20 d Cirurgia – 3 m Prótese – 4 a 5 m
ACD – 2	Não é adequado	Está faltando endodontia de molar e pré-molar, a fila de prótese é muito grande.	Varia de 15 d até 2 m
CD – 3	Não é adequado	Pequena oferta de prótese e ortodontia.	30 d em média
ACD – 3	Para a área onde trabalho é ótimo	Precisa fazer endodontia de molar.	15 d
CD – 4	Não é adequado	Oferecer ortodontia corretiva e não só preventiva.	Endodontia 4 m, as outras especialidades 6 m
ACD – 4	Não é adequado	Só faz endodontia de anteriores, pacientes especiais e crianças pequenas é difícil e prótese só conseguimos enviar 01 paciente	30 d, cirurgia é o mais difícil, <i>as vezes o paciente vai e não é atendido</i>
CD – 5	Parcialmente adequado	Seria importante endodontia de molar	1 m, 2 m, 3 m, <i>não compreendo direito</i>
ACD – 5	Não é adequado	Precisa fazer endodontia de molar, <i>ainda fazemos muita extração de molar permanente</i>	Endodontia é mais rápido, as outras especialidades em torno de 3 semanas
CD – 6	Não é adequado	Precisa fazer endodontia de multirradicular, a agenda de cirurgia está lotada, prótese ainda não atende as necessidades.	

Quadro 2 - Dificuldade e recomendações dos profissionais acerca da atenção à saúde bucal desenvolvida no município, 2008.

Dentistas e ACDs	Dificuldades	Recomendações para melhoria da integralidade	Resultados observados no serviço de Saúde Bucal
CD-1 ACD-1	Tornar a SB mais inserida na equipe; Não ter vaga para todos que procuram; falta de participação dos pais; 01 CD para 2 ESF.	Fazer endodontia em multirradicular; aumentar oferta de prótese, ampliar o acesso no PSF e no CEO, fazer mais capacitações	Agente faz levantamento epidemiológico e muitos estudantes estão livres de cárie; redução da demanda de prótese e endodontia unirradicular; a população hoje está mais informada.
CD-2 ACD-2	Não fazer endodontia em multirradicular; fazer escovação com adolescentes; Trabalhar com nº excessivo de famílias,[...] <i>“não dar atendimento integral a todos, tem que priorizar, o maior problema que agente enfrenta hoje é trabalhar para 2 equipes”.</i>	Contratar mais profissionais para AB e para área de prótese no CEO, fazer endodontia em todos os dentes, realizar mais escovações e ter reuniões semestrais com o CEO para padronizar a referência.	Redução da cárie em crianças de 0 a 6 meses e 5 a 14 anos; a comunidade está mais consciente <i>“Melhorou muito, quando agente começou fazia muita extração até de adolescentes [...] agente ficava até apavorada e agora tem mais restauração, canal e nas escolas no início tinha muito aluno com dor de dente [...] e hoje melhorou muito”.</i>
CD-3 ACD-3	Horário de saída dos profissionais do CEO [...] <i>as vezes os pacientes reclamam que quando eles chegam para o tratamento no CEO os profissionais já foram[...]</i> Demanda grande para ortodontia e prótese/oferta pequena; paciente não vai para o CEO por falta de dinheiro; encaminhamento de pacientes especiais, falta informação sobre o que está ou não fazendo no CEO; distancia grande do local de trabalho; problemas com o supervisor da equipe.	Mais reuniões entre AB e AE; Endodontia de multirradicular; mais capacitações; implantar consultório nos assentamentos.	CPOD aos 12 anos < 3, avançou muito, o serviço público favoreceu com a prevenção e o privado com o tratamento, mudando o componente de C para O; melhora do acesso, hoje tem CD em vários bairros, a presença do CD capacitando o ACS; a cultura preventiva entrou dentro das casas.
CD-4 ACD-4	Falta de luva e gaze, demanda muito grande, distância do CEO.	Aumentar o nº de vagas na AE ou criar novos centros mais próximos; contratação de odontopediatra no CEO e na AB implantação de outra equipe na minha área	Redução do CPOD que é resultado de um trabalho de quase 10 anos
CD-5 ACD-5	Atendimento de pacientes especiais; falta de material didático; falta de planejamento na unidade.	Aumentar o nº de vagas de prótese; fazer endodontia de molar; redefinir as cotas na AE, contratação de mais CD e ACDs para AB, realização de planejamento em cada área; fazer reuniões para troca de experiência.	<i>“As equipes que tem nº adequado de família tem resultado muito bom, na minha área quando implantou o posto quase 100% das pessoas necessitavam de exodontia hoje é só 40%, já conseguimos cobertura de 50% das famílias”</i>
CD-6	<i>Financiamento das ações</i>		Muitas ações do MS passaram por aqui; valorização de atividades de prevenção e o CEO, o nosso surgiu em 2001 e o do MS em 2004.

Quadro 3 - Avaliação dos usuários acerca da utilização do serviço de saúde bucal em município de médio porte, 2008.

Usuário	Motivo da busca ao serviço	Motivo da escolha do serviço (AB)	Tempo para agendamento no CEO	Recebimento da ficha de referência e contra referência.
U1	Sangramento gengival, mal hálito, fazer uma limpeza	Não podia pagar particular	4 meses	Não
U2	<i>“Fui no posto de saúde para arrancar e o dentista me falou que não podia e mim encaminhou lá para o CEO”[...]</i>	Proximidade de casa	1 mês	Não
U3	<i>“descobrir que tinha alguma coisa estranha na língua”[...]</i>	Proximidade de casa	1 mês	Sim
U4	Dor de dente	Proximidade de casa	11/2 mês	Não
U5	[...] <i>fazer obturação</i> [...]	[...] <i>a C.D é muito boa e eu estava sem poder pagar</i>	2 a 3 meses	Não
U6	<i>minha boca não tem dente e estava afundando mais</i>	Proximidade de casa	3 meses	Não

Quadro 4 - Avaliação dos usuários a cerca da integralidade na atenção em saúde bucal desenvolvida no município, 2008.

Usuário	Dificuldades	Facilidade	Recomendações para melhoria do serviço
U1	Distância do CEO	Bom atendimento no CEO	Melhorar o acesso, contratar mais 1 CD para UBS
U2	Agendamento na AB; Falta de dinheiro para ir para o CEO	<i>Tudo me ajudou, o ruim é as condições da gente</i>	Melhorar o acesso na unidade
U3		A ACS que me encaminhou	Melhorar o acesso na unidade, muita gente não consegue marcar
U4	Falta de dinheiro para o transporte	A CD que encaminhou para o CEO	Melhorar o atendimento por parte dos profissionais, <i>“uns atendem bem outros não”</i>
U5	Falta de dinheiro para o transporte	A CD que encaminhou para o CEO	Melhorar o acesso e fazer endodontia na própria unidade
U6	Vários retornos no CEO	A CD que encaminhou para o CEO	Maior boa vontade dos profissionais e usuários

ANEXOS

Anexo A – Fluxograma.

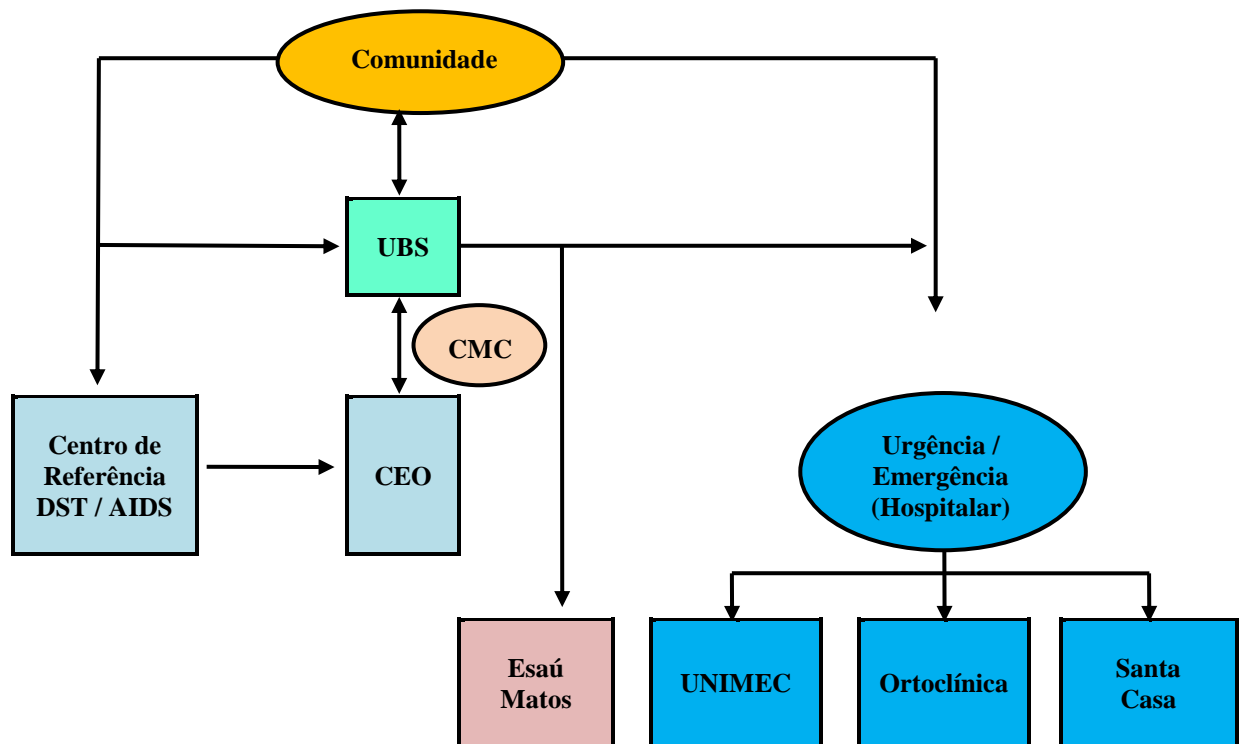


Figura 2 - Fluxo da Atenção em Saúde Bucal do Município de médio Porte, 2008.

Fonte: Diretrizes Municipais de Atenção a Saúde Bucal. Município de médio porte 2007.

Anexo B - Termo de Consentimento livre e esclarecido dos profissionais.



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

E-mail: ppgsc@ufba.br –(071) 3263-7409/7410

Eu, Dayse Samara Brandão de matos (entrevistador), estou pesquisando os problemas que a população enfrenta no encaminhamento da atenção básica para o Centro de Especialidades Odontológicas desse município e a forma como esse se organiza, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu (entrevistado) (a)----- declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **“Construindo a Integralidade na Atenção à Saúde Bucal: A Experiência do Município de Vitória da Conquista-Ba.”** e aceito nela participar.

_____, ____/____/2007.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

Anexo C -Termo de Consentimento livre e esclarecido dos usuários.



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia

E-mail: ppgsc@ufba.br –(071) 3263-7409/7410

Eu, Dayse Samara Brandão de Matos, estou pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nos postos de saúde da Prefeitura, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu (entrevistado) (a)----- declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "**Construindo a Integralidade na Atenção à Saúde Bucal: A Experiência do Município de Vitória da Conquista-Ba.**" e aceito nela participar.

_____, ____/____/2007.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado