

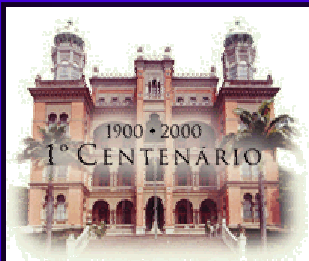


FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

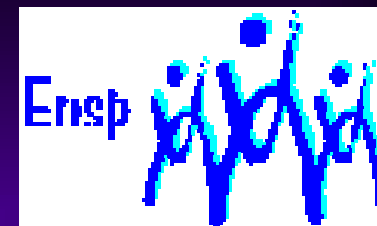
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

MESTRADO 2000/2002

**SUB-ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E
GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**



GISELLE SILVA CALADO



**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais avanços e desafios**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADORA: VIRGINIA ALONSO HORTALE

Rio de Janeiro, 05 de dezembro de 2.002

A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Principais avanços e desafios

INTRODUÇÃO

- Considerações gerais

- START:

Divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998;

Modelo de saúde bucal vigente;

O processo de reestruturação dos serviços de saúde = PSF;

Desenvolvimento de modelos assistenciais em saúde bucal; e

Intersecção entre PSF e saúde bucal em 2000.

A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Principais avanços e desafios

INTRODUÇÃO

1 Capítulo: Modelos assistenciais em saúde bucal

- Antecedentes
- Saúde Bucal Coletiva: principais tendências dos sistemas municipais de saúde

2 Capítulo: A trajetória de implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil

- Os programas: PACS e PSF

3 Capítulo: A Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família

- A ruptura histórica
- Justificativa, Hipóteses, Objetivos e Aspectos Metodológicos da pesquisa

A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Principais avanços e desafios

INTRODUÇÃO

4 Capítulo: Quando, quem, onde, como e por que?

- Caracterização dos municípios estudados
- Caracterização do PSF nos municípios estudados
- Detalhamento do PSF em relação a atividades em saúde bucal

5 Capítulo: Considerações Finais

**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais avanços e desafios**

CAPÍTULO 1

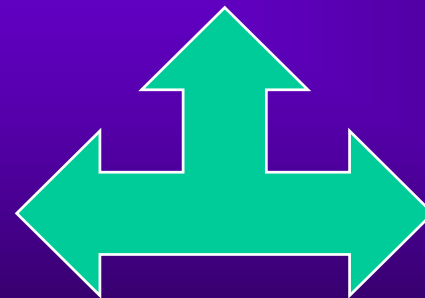
**MODELOS ASSISTENCIAIS EM
SAÚDE BUCAL:
A BUSCA POR RESPOSTAS**

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

ANTECEDENTES

Souza (1996) e Teixeira (2000): “modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial é a organização dos serviços a partir de um conjunto de saberes, e das diretrizes e princípios do SUS, de tal forma que proporcione a resolução do maior número possível de problemas da população”

Estabelecer mecanismos capazes de assegurar as conquistas sociais (SUS, CF 1988)



Odontologia

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

ANTECEDENTES

Modelo de saúde bucal vigente no Brasil:

“caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação”

(Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993)

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

ANTECEDENTES

Histórico:

Flexner (Relatório Flexner, 1910)
- W. J. Gies (Cordón, 2002)

Antes década 40

Pós década 40

1951 – criação da Seção de Odontologia no SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública): fluoretação das águas de abastecimento público e implantação de uma rede básica de atendimento na forma de “sistema incremental”

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

ANTECEDENTES

Sistema Incremental: *“um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”*

(Pinto, 2000)

Período compreendido entre 1950 a 1980: SI = atendimento a escolares.

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

ANTECEDENTES

Anos 80: SUS

- . Municipalização das ações
- . Princípios do SUS

= cheque antigos modelos; imputando responsabilidade aos municípios; e

= Saúde Bucal Coletiva: ênfase no paradigma da promoção da saúde.

Odontologia Simplificada

Odontologia Integral

Saúde Bucal Coletiva

Oliveira (1999): *“os modelos assistenciais em saúde bucal que ora se estruturam no país devem começar a trabalhar exatamente a partir desse novo ponto: um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção”*

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

ANTECEDENTES

Experiências municipais exitosas: BH(MG), Curitiba(PR), Diadema(SP), Ipatinga(MG), SP(SP), Santos(SP) e DF.

TENDÊNCIAS

**Sistema de Inversão da Atenção
Atenção Precoce em Saúde Bucal
Modelos Estruturados a partir do núcleo familiar**

(Oliveira, 1998; Roncalli, 2000)

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

SISTEMA INVERSÃO DA ATENÇÃO

Início fim dos anos 80: Loureiro e Oliveira (1995) – PUC-MG.

Programa de Inversão da Atenção (PIA) – mudança do enfoque de cura para o de prevenção, estabelecido em três fases: estabilização, reabilitação e declínio.

“Paradigma curativo-restaurador, com clara dicotomia curativo-preventivo, sem impacto sobre os níveis de doença bucal e excludente”

(Narvai, 1994; Loureiro, 1995; Zanetti *et al*, 1996)

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

ATENÇÃO PRECOCE EM ODONTOLOGIA

Odontologia para bebês

Prioritário o atendimento a escolares (6 a 14 anos)

- Desenvolvimento da Cariologia
 - Estabelecimento de programas de educação, medidas preventivas e controle da cárie.
 - Experiências:
 - UEL(PR)
 - Volta Redonda (RJ), Cambé (PR), Londrina (PR)
 - UEPonta Grossa (PR), UFRGS, Fac Odt Caxias (RJ) e UnB(DF)
- (Walter et al, 1991; Walter et al, 1996, Temponi & Drumond, 1997; Oliveira et al, 1998)

“a maior parte dos programas não estão inseridos em projetos globais de saúde que busquem desenvolver políticas com estratégia integrada de fatores de risco comum a nível municipal, estadual ou federal”
(Temponi & Drumond, 1997)

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL: A busca por respostas

MODELOS ESTRUTURADOS A PARTIR DO NÚCLEO FAMILIAR

1980 Curitiba (PR):

“concentração da atenção preventiva ainda na unidade de saúde, bem como a falta de mecanismos ‘arquitetados’ para articular o atendimento curativo a uma lógica que potencialize as ações preventivo-promocionais” (Lima et al, 1996)

1995 UnB (DF): grande repercussão – estudo com 600 famílias domiciliadas na cidade satélite do Paranoá: custo *per capita* de R\$5,00/ano obteve-se em crianças na idade escolar (12 anos) menos da metade de casos novos de cárie em relação a crianças de bairros `nobres`. (Lima et al, 1998; Zanetti, 2001)

Aracaju (SE), Cabo de Sto Agostinho (PE), Camaragibe (PE), DF, Palmas (TO), Porto Alegre (RS) e Vitória da Conquista (BA). (Camaragibe, 1998; Lima et al, 1998; Aracaju, 1999; Botelho et al, 1999; Brigham & Rodrigues, 2000; Franklin, 2000; CFO, 2001; Zanetti, 2001; Travaglini, 2002)

2000 ATSB/SPS/MS: “possibilidade de inclusão e/ou integração da saúde bucal no PSF”



**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais avanços e desafios**

CAPÍTULO 2

**A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NO BRASIL**

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

1993: formulação do PSF / MS

- **Mudanças: do objeto de atenção (família); enfoque de atenção (primária) e da organização geral dos serviços (municipalização)**

Contextos que congregaram para impulsionar a expansão de Saúde da Família no Brasil:

- . **Formação médica – recursos humanos;**
- . **Enfoque familiar como política assistencial;**
- . **Atenção primária a saúde e promoção à saúde; e**
- . **Ampliação do acesso).**

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

“trata-se de um modelo de atenção voltado para os pobres, muito aquém das formulações que marcaram o processo da Reforma Sanitária”

(Misoczky, 1994)

“as propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial, utilizando pacotes básicos para os pobres, têm uma tradução para o setor saúde que não pode ser negligenciada, sob pena de constatarmos que esforços genuínos para a democratização da saúde, tais como o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão, e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, como estratégias de reorientação de sistemas de saúde, sejam transformados em fundamentos e argumentos para o apartheid sanitário. A política de tornar os programas especiais de ACS e SF do MS em carros-chefes de novo modelo assistencial do SUS não deixa de ser preocupante”

(Paim, 1996)

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Algumas experiências:

Em 1986/88: Programa de Agentes Comunitários do Ceará, Região Norte (cólera) e estados PR e GO.

Anos 90: Reestruturação de sistemas municipais de saúde, carreadas pelas NOB 91, 93 e 96.

1991: Programa de Agentes Comunitários

“foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas”

(Viana & Dal Poz, 1998)

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

1994: Programa de Saúde da Família

NOB 96 / PAB – estabelece critérios para financiamento

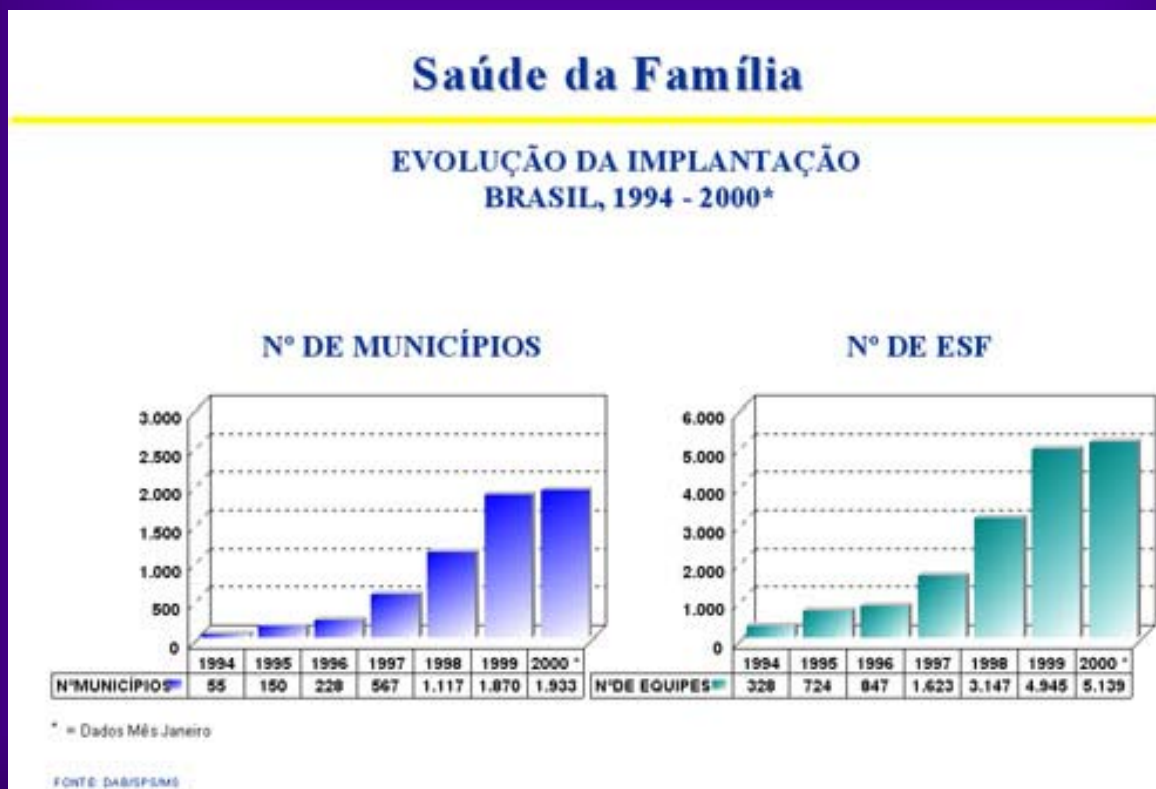
Portaria n. 1.329/MS/99 – estabelece incentivos diferenciados segundo cobertura

Repasse: fundo a fundo (FNS-FMS)

1997: surgimento Pólos de Capacitação

2002: 30 pólos em 27 estados congregando 104 instituições

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB), Ministério da Saúde, 2000.

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO

Caráter substitutivo
Integralidade e hierarquização
Territorialização
Adscrição de clientela
Equipe multiprofissional

ATUALMENTE

Agosto, 2002:
4.266 municípios brasileiros “cobertos” pelo programa
10.788 equipes “atuando” no país
36 milhões de brasileiros “atendidos”

**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais avanços e desafios**

CAPÍTULO 3

**A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANTECEDENTES

MS, 1999: “Avaliação da Implantação e Funcionamento do PSF”

- Outras categorias profissionais: CD (28,8%) pelos secretários e 27,^% pelas equipes

Pinto *et al*, 2000: “O que pensam os gestores municipais de saúde?”

- 49,1% dos gestores entrevistados sugerem a inserção do CD

Receptividade pela classe e divulgação (jornais de entidades – APCD, CFO, ABO-RJ; encontros, seminários – XVI ENATESPO, 1 Encontro do NE de ESB no PSF; outros)

A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RUPTURA HISTÓRICA

25 de outubro de 2000: MS divulga Plano de Inclusão de ESB no PSF

Portaria 1444, de 28 dez 2000: “estabelece incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF”

O lançamento desse Plano nacional pode ser entendido como uma resposta do GF ao resultado da PNAD associado à um contexto político favorável (apoio da categoria e da população), econômico (mecanismos de financiamento aprimorados NOB 96) e social (altos índices CPO-D), além das possibilidade de concretização, na saúde bucal, dos princípios preconizados pelo SUS

**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais avanços e desafios**

**JUSTIFICATIVAS
OBJETIVOS
HIPÓTESES
ASPECTOS METODOLÓGICOS**

JUSTIFICATIVA

Sabe-se que:

- 18,7% da população nunca foram ao dentista;
- a trajetória dos modelos assistenciais em saúde bucal, potencializam os centrados no núcleo familiar;
- o MS implantou em 1994 o PSF; e
- a inserção do CD e ESB já se efetivava antes da Portaria 1444.

E que:

- esses municípios desenvolvem atividades em saúde bucal com lógica própria;
- algumas experiências demonstram resultados positivos;
- nenhum estudo foi realizado de forma a analisar a inserção das ESB no PSF; e
- não há informações sistematizada nos órgãos competentes.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Identificar os municípios que desenvolvem ações em saúde bucal e analisar o estágio de inserção do CD e/ou ESB no PSF

Objetivos Específicos:

Identificar os municípios que há mais tempo desenvolvem ações em saúde bucal no PSF;

Analisar os municípios identificados quanto às suas características sócio-demográficas e econômicas;

Identificar as características do(s) profissional(is) da(s) equipe(s) de saúde bucal implantada(as) quanto à: jornada de trabalho, vínculo empregatício, modalidade de incorporação e teto salarial; e

Identificar as características do programa e ações de saúde bucal desenvolvidas no município quanto ao: período de implantação, natureza e cobertura do programa, atividades desenvolvidas, responsabilidades, e recursos utilizados.

HIPÓTESES

1ª Dimensão – Política:

A opção pela inserção do cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, nos municípios que já estavam trabalhando nesta lógica antes da Portaria n.º 1.444, foi embasada em opções pessoais do gestor municipal; e

A inserção do cirurgião-dentista e/ou equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, foi efetivada por influência das universidades públicas (quando presentes) e suas atividades em saúde bucal, desenvolvidas conjuntamente com o município.

HIPÓTESES

2ª Dimensão – Econômica:

Diferentemente de trabalhos que afirmam ser o Programa de Saúde da Família um modelo assistencial adotado principalmente em municípios considerados pobres, ou ainda, com maior adesão em regiões consideradas menos desenvolvidas como o Norte e o Nordeste, na saúde bucal este quadro não se configura.

HIPÓTESES

3ª Dimensão – Organizacional:

A inserção do cirurgião-dentista e/ou da equipe de saúde bucal no PSF, ainda não está efetivamente concretizada, uma vez que desenvolvem apenas atividades preventivo-promocionais (que já estavam sendo realizadas pelos agentes comunitários de saúde) em detrimento das atividades curativo-restauradoras;

O cirurgião-dentista, por sua vez, continua a desenvolver atividades de baixa resolutividade e baixa cobertura, uma vez que mesmo inseridos no programa, não foram capazes de desenvolver (ou não foram instruídos para desenvolver) atividades programáticas de articulação com a demanda reprimida, enquanto nova unidade assistencial; e

Os vínculos trabalhistas do cirurgião-dentista e/ou da equipe de saúde bucal no PSF são ainda, frágeis e portanto sem sustentação normativa que garanta a continuidade do(a) mesmo(a) no programa. Seja pelo pouco tempo de implantação, seja pelas características dos incentivos definidos pelo Ministério da Saúde.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1a. ETAPA

1a. ETAPA:

- . 21 Pólos de Capacitação
- . 27 Coordenações Estaduais PSF
- . 27 Coordenações de Saúde Bucal

= 75 correspondências

Out 2000 a Jan 2001 = 59 experiências

REGIÃO	UF	MUNICÍPIOS	TOTAL
Região Norte	AM	Manaus	01
Região Nordeste	BA	Alagoinhas, Amargosa, Camaçari, Ilhéus, Lauro de Freitas, Vitória da Conquista	15
	CE	Beberibe, Fortaleza, Maracanaú, Orós	
	PE	Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes	
	SE	Aracaju	
Região Centro-Oeste	DF	Brasília (Cidades-Satélites)	13
	GO	Abadiânia, Amaralina, Crixás Doverlândia, Uirapuru, Santo Antônio do Goiás	
	MT	Confressa, Cuiabá, Nova Olímpia, Sorriso	
	MS	Campo Grande	
	TO	Palmas	
Região Sudeste	MG	Ibiá, Juiz de Fora	08
	RJ	Rio de Janeiro, Teresópolis	
	SP	Marília, Pirajú, São Paulo, Tubarão	
Região Sul	PR	Arapoti, Curitiba	21
	RS	Barão de Cotegipe, Benjamin Constant, Bento Gonçalves, Capivari do Sul, Carlos Gomes, Charqueadas, Cidreira, Coronel Barros, Gramado dos Loureiros, Mariano Moro, Ronda Alta, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, São Jorge, Vanini, Vitória das Missões, Terra de Areia, Tucunduva	
	SC	São Bento do Sul	
TOTAL			58*
TOTAL + Funasa**			59

* Somando-se a experiência do Distrito Federal.

** Foi encontrado ainda distritos indígenas no estado de Pernambuco, trabalhando na lógica da estratégia de saúde da família sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Portanto, ao todo, temos 59 experiências identificadas.

OBS: Os estados do AC, MA e RN enviaram ofícios informando oficialmente o não conhecimento de municípios com experiências semelhantes. Dos demais estados (AP, PA, RR, RO, AL, PB, PI, ES), não obteve-se resposta.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

2a. ETAPA

2a. ETAPA:

- . Enviado questionário para as 59 experiências

Questionário: perguntas abertas e fechadas, três enfoques: programa implantado no município, detalhamento das atividades em saúde bucal, aspectos gerais do município

Elaboração: fev 2001

Envio: abr 2001

Recebimento: mai 2001 a abr 2002

- . Número total de questionários recebidos: 34 (57,62%)

**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais avanços e desafios**

CAPÍTULO 4

**QUANDO, QUEM, ONDE, COMO E
POR QUE?**

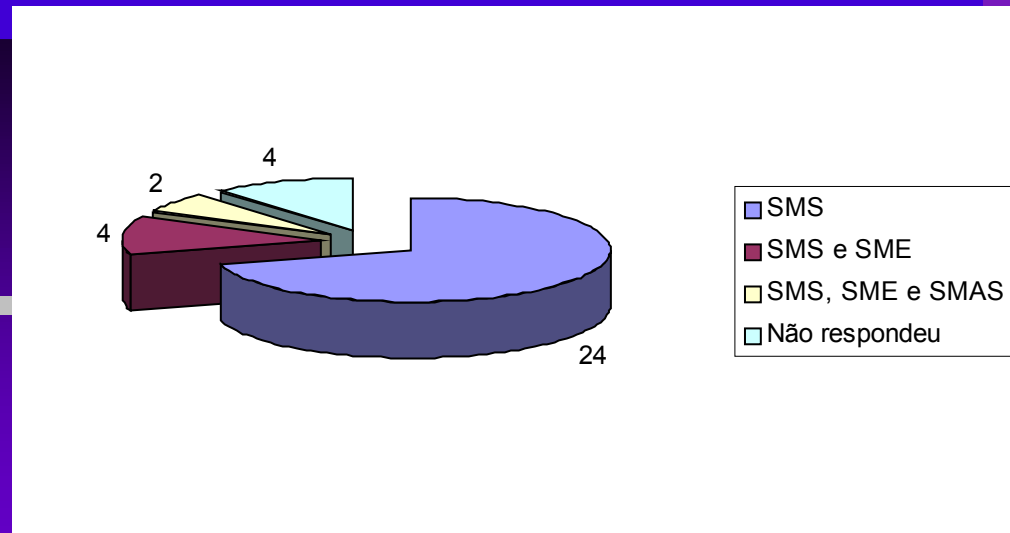
RESULTADOS

Distribuição de estados/municípios com Cirurgião-Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, segundo Região, Unidade Federativa, contribuição percentual no Produto Interno Bruto nacional e número de leitos. Abril, 2002

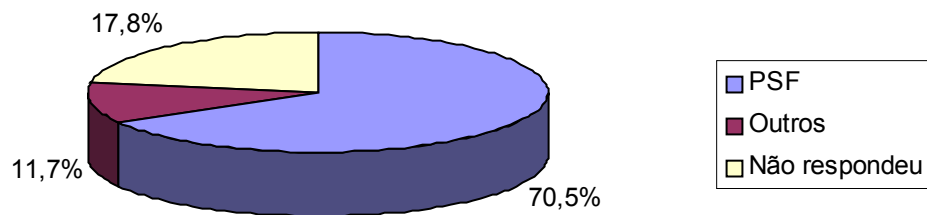
REGIÃO	UF	MUNICÍPIOS	CONTRIBUIÇÃO ESTADUAL NO PIB NACIONAL (%)*	NÚMERO DE LEITOS**	TOTAL DE MUNICÍPIOS
Região Norte	Não houve resposta		1,60 (Regional)	4.538	
Região Nordeste	PE	Camaragibe, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes	2,67	21.525	04
	SE	Aracaju	0,56	3.548	
Região Centro-Oeste	DF	Brasília (Cidades-Satélites)	2,28	4.309	08
	GO	Abadiânia, Amaralina, Crixás, Uirapuru, Santo Antônio do Goiás	1,84	22.131	
	MT	Sorriso	1,20	6.869	
	MS	Campo Grande	1,12	6.363	
Região Sudeste	MG	Ibiá, Juiz de Fora	9,63	51.267	04
	RJ	Rio de Janeiro, Teresópolis	11,75	31.526	
Região Sul	PR	Curitiba	6,34	30.284	18
	RS	Barão de Cotegipe, Benjamin Constant, Bento Gonçalves, Capivari do Sul, Charqueadas, Cidreira, Coronel Barros, Gramado dos Loureiros, Mariano Moro, Ronda Alta, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, São Jorge, Vanini, Vitória das Missões, Tucunduva	7,75	31.526	
	SC	São Bento do Sul	3,66	14.811	
TOTAL					34***

REGIÃO	UF	MUNICÍPIOS	IDH-M*	TOTAL DE MUNICÍPIOS
Região Norte	Não houve resposta		-	
Região Nordeste	PE	Camaragibe Caruaru Jaboatão dos Guararapes	0,585 0,607 0,690	04
	SE	Aracaju	Não encontrado	
Região Centro-Oeste	DF	Brasília (Cidades-Satélites)	0,806	08
	GO	Abadiânia Amaralina Crixás Uirapuru Santo Antônio do Goiás	0,541 0,628 0,581	
	MT	Sorriso	Não encontrado	
	MS	Campo Grande	Não encontrado	
Região Sudeste	MG	Ibiá Juiz de Fora	Não encontrado	04
	RJ	Rio de Janeiro Teresópolis	0,808	
Região Sul	PR	Curitiba	0,819	18
	RS	Barão de Cotegipe Benjamin Constant Bento Gonçalves Capivari do Sul Charqueadas Cidreira Coronel Barros Gramado dos Loureiros Mariano Moro Ronda Alta Santa Cruz do Sul Santa Rosa São Jorge Vanini Vitória das Missões	Não encontrado	
	SC	Tucunduva São Bento do Sul	Não encontrado	
TOTAL				34*

CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA OU SIMILAR NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

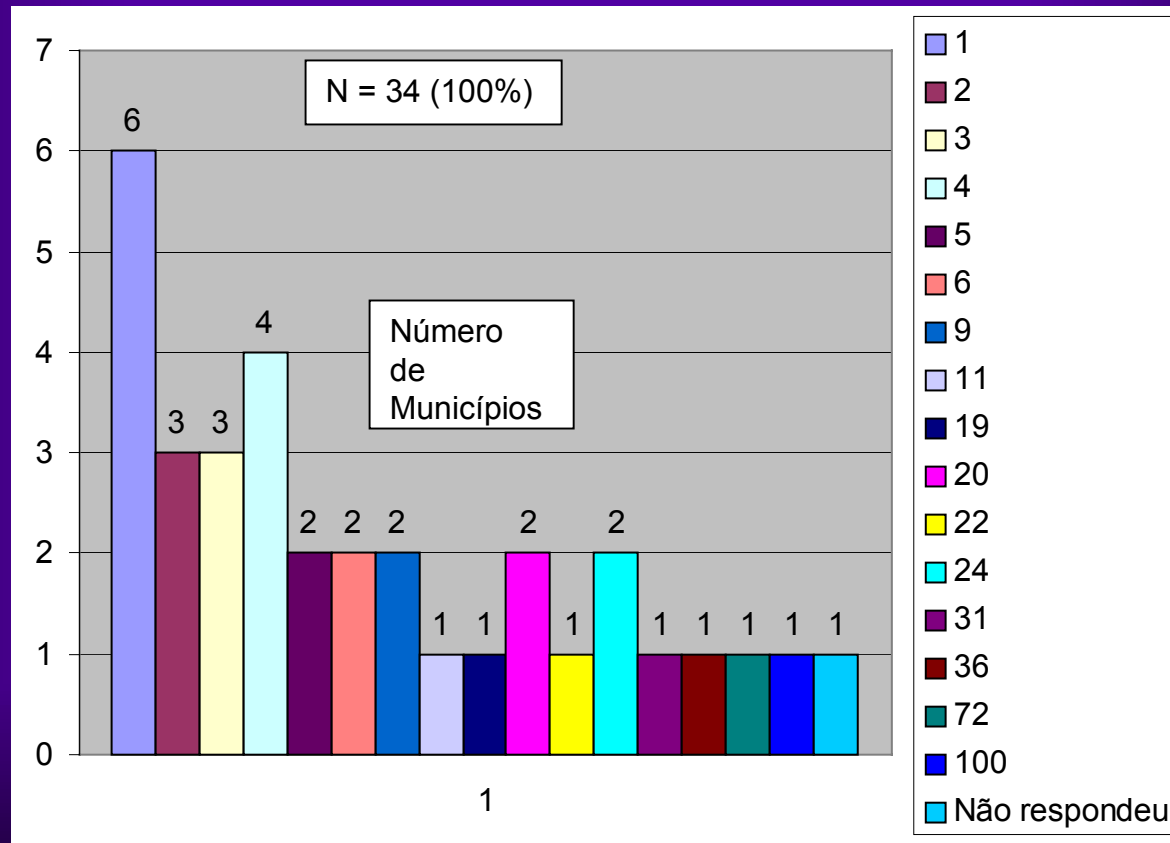


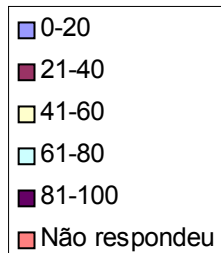
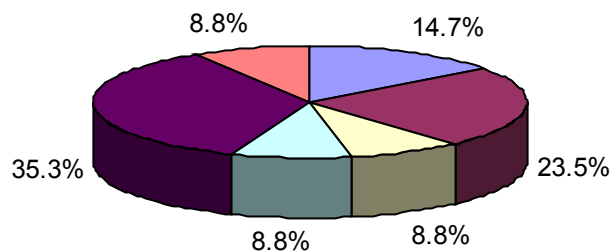
Distribuição percentual de municípios segundo denominação adotada para o Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



Distribuição numérica de municípios segundo instituição responsável pela execução do Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.

Número de municípios segundo número de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.



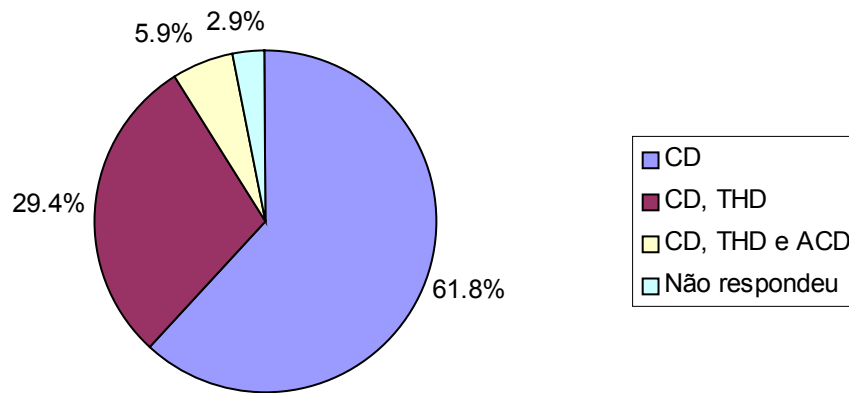


Distribuição percentual de municípios segundo cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.

Características das categorias profissionais da(s) Equipe(s) de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, segundo jornada de trabalho semanal, vínculo empregatício, modalidade de incorporação e faixa salarial. Agosto, 2002.

DETALHAMENTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES EM SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS

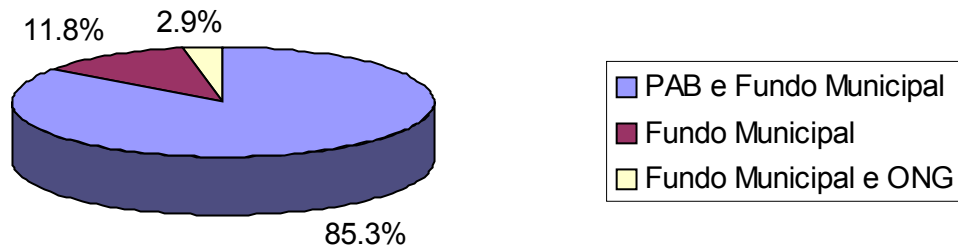
Categoria Profissional	Jornada de Trabalho Semanal	Tipo de Vínculo Empregatício	Tipo de Modalidade de Incorporação	Faixa Salarial (R\$)
Cirurgião-Dentista	88,2% 40 h/semana	47% outros	58,8% contrato	70,5% 2.001,00 - 4.000,00
Técnico de Higiene Dentária*	29,4% 40h/semana	11,7% CLT 11,7% quadro permanente 11,7% outros	17,6% outros	17,6% 500,00 - 700,00 11,7% 701,00 - 1.000,00
Auxiliar de Consultório Odontológico	88,2% 40h/semana	47% outros	41,1% concurso	41,1% 300,00 - 500,00



Distribuição percentual da realização de atividades curativo-restauradoras segundo categoria profissional da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Abril, 2002.

População coberta (que é beneficiado pelas atividades de saúde bucal) no município:

- . menos de 20% - por 5,9% (2 municípios);
- . 20% - por 17,7% (6 municípios);
- . entre 20 e 50% - por 29,4% (10 municípios);
- . entre 50 e 75% - por 11,7% (4 municípios);
- . acima de 75 - por 29,4% (10 municípios);
- . não respondeu - 5,9% (2 municípios).



Distribuição percentual dos recursos financeiros utilizados pelos municípios para o desenvolvimento de atividades em saúde bucal no Programa de Saúde da Família segundo origem (fonte). Abril, 2002.

É realizada avaliação para saber se as metas estabelecidas são atingidas?

- 64,7% SIM
- 23,5% NÃO
- 2,9% “apenas de produtividade”

64,7% (22 municípios) onde a avaliação é realizada:

- 61,5% existe instrumento de avaliação: “instrumento elaborado pela coordenação”, “relatórios”, “ficha comunitária de avaliação” e “reuniões”.
- Restante: não respondeu ou CPO-D

Há participação de IES?

53% (18) NÃO

47% (16) SIM

Dentre os 47% que responderam “sim”, **56,3%** (9) municípios contam com a participação de instituições **privadas** de ensino superior e **37,5%** (6) com **instituições públicas**. Um município (6,3%) relatou que havia participação de uma “fundação, caracterizada como **organização não-governamental**”.

A forma de participação da IES se configura de forma **homogênea** entre as respostas dos coordenadores municipais de saúde bucal. As respostas foram classificadas em: “estágios para alunos de graduação na rede de serviços do municípios” (37,5%); “realização de capacitações para os profissionais do serviço” (25,0%); “atendimento de referência para serviços especializados oferecidos ou não pela rede” (18,8%); “realização de campanhas em parcerias” (12,5%); e “recursos financeiros” (6,3%).

ASPECTOS INOVADORES:

- Inserção e padronização (com o estabelecimento de rotinas) para o atendimento odontológico a bebês na faixa etária de 0 a 3 anos: “pré-natal odontológico”;
- Inserção de atividades de prevenção em todas as escolas, creches etc. com participação dos professores;
- Integração com a Secretaria Municipal de Educação para o desenvolvimento das atividades em saúde bucal;
- Implantação de escovódromos nas unidades básicas de saúde, escolas, creches etc;
- Inserção de alunos de graduação das IES.
- Implementação de equipamentos odontológicos móveis (“equipamento ambulante”) para o atendimento da população na zona rural e “doentes acamados”;
- Estabelecimento de prioridades para atendimento da comunidade. Foi citado como exemplo a priorização dada à gestantes;
- Distribuição de “kits” de higiene bucal nas escolas e creches;
- Financiamento de próteses totais e tratamento endodôntico pelo município para os pacientes impossibilitados de arcar com tais despesas; e
- Parceria com a Pastoral da Criança.

DIFICULDADES:

Poucos recursos existentes para o financiamento (desde a implantação até a manutenção dos serviços). Os recursos foram considerados “poucos”, “escassos” e “irregulares”;

Inexistência de serviços de referência e contra-referência para o atendimento de especialidades oferecidas na rede;

Problemas relacionados à comunidade: “difícil entendimento da proposta para a inserção ou mudança de hábitos” e “grande ansiedade pelo tratamento curativo-restaurador em detrimento do preventivo-promocional”;

Baixa sensibilidade do gestor municipal para o programa;

Perfil inadequado dos profissionais que atuam no programa;

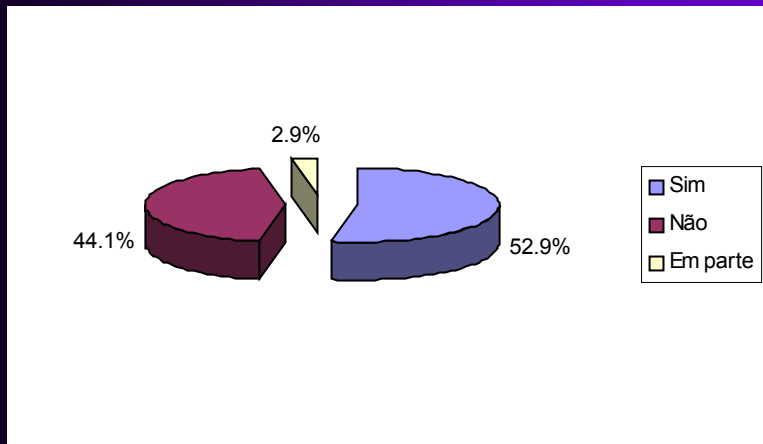
Poucos recursos humanos;

Pouca infra-estrutura;

Inexistência de educação permanente. Foi citado em um município que “CDs não podem participar dos cursos de especialização em Saúde da Família que são oferecidos”; e

Inexistência de coordenador de saúde bucal no município.

Distribuição percentual dos municípios quanto a fluoretação de águas de abastecimento público. Abril, 2002



A não respostas a questões relacionadas à fluoretação de águas de abastecimento, sugerem o desconhecimento por parte dos coordenadores de saúde bucal do município em relação a este tratamento dado à água. Considerando que a fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida considerada “segura, eficaz e barata” (OMS-FDH, 1976) tendo inclusive sendo considerada uma das dez maiores descobertas científicas do século passado na área da saúde, faz-se necessária uma maior divulgação e inserção de conhecimentos dessa natureza na práticas dos profissionais citados.

**A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
Principais avanços e desafios**

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS MUNICÍPIOS IDENTIFICADOS:

- Municípios IDH-M médio / alto
- Em Estados com maior participação no PIB e/ou maior número de leitos hospitalares

OBS: HOJE

- Reversão do quadro após Portaria n. 1.444 do MS de 28 de dez 2000: municípios considerados “mais pobres”.

Hipótese de dimensão econômica nesse trabalho, foi parcialmente refutada.

Pode-se ainda sugerir que, a iniciativa de inserção de novas rotinas em programas pré-estabelecidos e normatizados, reveste-se de interesses políticos, sociais e principalmente econômicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS ATIVIDADES EM SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS:

- Atividades de natureza preventivo-promocionais (por toda a equipe do PSF) e curativo-restauradoras (pelo CD)

Sugere, contrariando a **primeira hipótese de dimensão organizacional**, uma distribuição de atribuições entre as categorias profissionais que compõem a equipe.

Permitindo-se essa atuação multiprofissional nas atividades odontológicas no município, espera-se que o caráter excludente, de alto custo, baixo impacto social e baixa resolutividade apresente um potencial fator de diferenciação positiva nos processos de trabalho.

- Não foi possível estabelecer uma relação direta entre as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal e a articulação implementada com equipes do PSF, parâmetros de cobertura populacional e resolutividade da demanda reprimida.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados com esta finalidade, de forma mais específica, tendo inclusive, metodologia específica para tal. Sob esse aspecto, entende-se que o trabalho e principalmente o questionário elaborado, não conseguiu abarcar questões que pudessem confirmar ou apontar outras direções.

Portanto, não foi possível emitir conclusões: **segunda hipótese de dimensão organizacional**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Mas foi possível concluir que a não existência e/ou indefinição de um sistema de referência: é uma das principais dificuldades encontradas pelos municípios estudados na busca da integralidade do desenvolvimento das atividades em saúde bucal.

- Observou-se que as características de vínculo empregatício e modalidades de incorporação desses profissionais são potencialmente frágeis e ainda indefinidas quanto à sua estrutura normativa.

Sugere que, a inserção destes profissionais têm se dado de maneira aleatória, não-programada e sem critérios explícitos de incorporação.

Primeira hipótese de dimensão política: a inserção destes profissionais, em sua maioria, se configura por opções pessoais de gestores e potencialmente influenciada por critérios políticos.

Terceira hipótese de dimensão organizacional: os vínculos trabalhistas do CD ou ESB não possuem sustentação normativa e, portanto, que possam garantir a continuidade do programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- **Segunda hipótese de dimensão política:** observou-se que 47% dos municípios estudados, desenvolviam atividades conjunta ou paralelamente a instituições de ensino superior.

Apesar dos muitos desafios enfrentados e ainda a serem superados, a inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família tem alcançado inegáveis avanços quanto à garantia de direitos sociais e resgate da cidadania.

Aspectos inovadores como: o estabelecimento de novas rotinas, técnicas e equipamentos são resultantes do processo descentralizado no qual se configura o Programa. Deve-se atentar para a necessidade da promoção à saúde e principalmente, a divulgação desses aspectos, cabendo aqui ao gestor estadual e/ou federal essa função.

Desde que bem planejado, executado e avaliado (outro ponto nevrálgico apontado e que precisa de aprimoramento), o Programa de Saúde da Família pode se constituir como uma das estratégias na busca da desejada universalização da atenção em saúde bucal.

OBRIGADA

gscalado@brturbo.com
(61) 9962-1059

