

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

JOÃO WEBER RODRIGUES DE ANDRADE

**ADEQUAÇÃO DO TRABALHO DO
CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE ÀS DIRETRIZES
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

TEÓFILO OTONI /MINAS GERAIS

2010

JOÃO WEBER RODRIGUES DE ANDRADE

**ADEQUAÇÃO DO TRABALHO DO
CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE ÀS DIRETRIZES
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Projeto Ágora, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Efigênia Ferreira e Ferreira

TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS

2010

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho ao Senhor Deus, Criador e Sustentador deste universo, para quem são todas as coisas. À minha amada esposa, cujo respeito e dedicação a mim dispensados me incentivam a lutar pelos meus ideais. À tutora Sibebe Guimarães de Barros, cujo comprometimento com o ensino e prontidão em ajudar serviu-me de referência de profissional apaixonada pelo que faz. À professora Efigênia Ferreira pela orientação.

“O correr da vida embrulha tudo.

A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.

O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

Resumo

Este trabalho relata a trajetória do autor durante o Curso de especialização em Saúde da Família e analisa a evolução da adequação do trabalho do Cirurgião-dentista frente às diretrizes da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras Chave: Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Cirurgião-dentista.

Abstract

This paper describes the trajectory of the author during the Specialization Course in Family Health and analyses the evolution of the appropriateness of the work of Dentists face the guidelines of the Health Strategy of the Family.

Keywords: Strategy Family Health, Primary Health Care, Dentist.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	9
3	OBJETIVOS	
	3.1 Geral	10
	3.2 Específicos	10
4	CAMPO DA PESQUISA	11
5	METODOLOGIA	12
6	RESULTADOS	
	6.1 O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	13
	6.1.1 Atenção Primária à Saúde: Aspectos conceituais	13
	6.1.2 Princípios da Atenção Primária à Saúde	15
	6.2 A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	16
	6.3 ANÁLISE DA COBERTURA DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS.	30
	6.4 ANÁLISE QUALITATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/SAÚDE BUCAL (APS/SB) NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS, SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DA APS.	30
	6.5 CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS COLETADOS MEDIANTE O PREENCHIMENTO DAS MATRIZES PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS MEMBROS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS.	30
	6.6 LEVANTAMENTO DOS ITENS CONSIDERADOS	

	CRÍTICOS EM CADA PRINCÍPIO DA APS	35
	6.6.1 Princípio: Primeiro contato	35
	6.6.2 Princípio: Longitudinalidade	36
	6.6.3 Princípio: Integralidade	36
	6.6.4 Princípio: Coordenação	37
	6.6.5 Princípio: Centralização na família	37
	6.6.6 Princípio: Orientação comunitária	38
7	CONSIDERAÇÕES	39
8	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE – MATRIZES DE VERIFICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE APLICADOS À ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (PRIMEIRO CONTATO, LONGITUDINALIDADE, INTEGRALIDADE, COORDENAÇÃO, CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA).	45

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo traz uma abordagem teórica acerca da adequação do trabalho do Cirurgião-dentista frente às diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O seu objetivo foi analisar se o processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas participantes da ESF está coerente com os princípios preconizados por esta política de saúde pública responsável pela reorganização da atenção primária à saúde no país.

A inclusão de profissionais da saúde bucal na ESF, iniciada efetivamente em 2001, caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país e estabeleceu-se como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde ou Atenção Primária à Saúde. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que se caracterizam como curativo-mutilador, e que privilegia apenas a promoção da saúde bucal da população infantil escolar. O seu objetivo principal é diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal. Entretanto, o que tem sido visto na prática, é a dificuldade da equipe de saúde bucal em cumprir os preceitos da ESF.

Este trabalho pretende levantar e discutir estas dificuldades e apontar os atributos necessários ao Cirurgião-dentista para se enquadrar neste novo perfil de profissional exigido por esta política pública de saúde.

Foi realizada uma discussão teórica sobre o papel da Estratégia de Saúde da Família na organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e a inserção do Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A cobertura das equipes de ESF/SB foi analisada no município de Poté, Minas Gerais e uma análise qualitativa da Atenção Primária à Saúde/Saúde Bucal foi feita em nível municipal por meio do preenchimento de matrizes de verificação dos princípios da Atenção Primária à Saúde (Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Centralização na Família e Orientação Comunitária), pelos Cirurgiões-dentistas membros das equipes de

saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (Ver apêndice). Estas matrizes foram elaboradas contendo itens de verificação que são frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS analisados, discutidos e apresentados a partir do referencial teórico adotado.

Foi feita, ainda, a consolidação dos dados coletados mediante o preenchimento das matrizes que serviram de instrumento para analisar a Atenção à Saúde Bucal no município de Poté, segundo os princípios da APS.

2 Justificativa

A dificuldade dos profissionais de saúde bucal em adequarem seu processo de trabalho às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde poderá perpetuar o modelo tradicional da atenção à saúde bucal no Brasil, que tinha foco em ações curativas e, que, por isso mesmo, era ineficaz, ineficiente, com baixa resolutividade, desumano e mutilador. A reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, tendo como base a Estratégia de Saúde da Família aponta para a construção de um novo perfil de profissional cujo processo de trabalho esteja em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Este modo de operar os serviços de saúde visando a produção do cuidado requer mudanças de comportamento de todos os atores envolvidos: profissionais, usuários e gestores.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Contribuir na efetivação da política de saúde bucal no município.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as dificuldades dos profissionais da equipe de saúde bucal na efetivação das diretrizes da estratégia de saúde da família;
- Identificar os itens críticos dos princípios da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família/Saúde Bucal no município de Poté, Minas Gerais
- Sensibilizar os profissionais da equipe de saúde bucal sobre as mudanças de comportamento requeridas pelo processo de trabalho proposto pela Estratégia de Saúde da Família.

4 CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa é realizada na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família no município de Poté, Minas Gerais. Este município situa-se na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, está vinculado à Gerência Regional de Saúde com sede em Teófilo Otoni, exerce a gestão Plena de Atenção Básica e possui uma população de 15237 habitantes (IBGE, 2009). Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2000), 55,49% da população de Poté vivia na zona urbana e o restante na zona urbana no ano 2000.

O município conta com o programa de saúde bucal desde 1994, atendendo grupos populacionais previamente identificados (0 a 14 anos, adolescentes, gestantes e adultos). Diante da necessidade de melhorar o atendimento da população foi criada no ano 2004 a primeira equipe de PSF/Saúde Bucal e no ano 2006 mais duas equipes. Atualmente o município conta com quatro equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família que trabalham com adscrição da população mas que não realizam programação local com atividade coletivas e nem estratificação de risco. O fluxo do atendimento obedece ao agendamento das consultas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Além destas equipes, os serviços de saúde bucal contam com mais 2 dentistas que atendem na Policlínica Municipal, numa jornada de 20 horas semanais, nos moldes do modelo tradicional, cujas ações desenvolvidas são predominantemente de caráter curativo. Há 4 Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e 4 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB).

5 METODOLOGIA

Este estudo constitui-se de uma pesquisa quantitativa, de natureza descritiva e exploratória. A unidade geográfica de investigação foi o município de Poté, Minas Gerais, no ano de 2010.

Os profissionais pesquisados foram os Cirurgiões-dentistas que trabalham nas equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família deste município e que quiseram participar do estudo.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário, com o objetivo de caracterizar o profissional, com relação ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família do município pesquisado e a cursos de capacitação realizados para trabalhar no PSF; e seis matrizes que deveriam ser preenchidas pelos próprios profissionais com itens de verificação da qualidade da atenção à saúde bucal do município com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde.

6 RESULTADOS

6.1 O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

6.1.1 Atenção Primária à Saúde: Aspectos conceituais

Segundo Mendes (2009), a maior dificuldade para definir precisamente a atenção primária à saúde é caracterizada pela ambigüidade do termo primário que pode levar a alguns significados distintos: simples ou primitivo, ponto de primeiro contacto, ponto de triagem, ponto principal de atenção, etc. Levando em consideração o cenário dos países desenvolvidos que implantaram os sistemas integrados de saúde ou de redes de atenção à saúde, a atenção primária constitui - se como parte essencial desses sistemas ou redes, centro de comunicação, ligando todos os níveis de atenção a população, domicílios, médicos generalistas, especialistas e hospitais. A tendência observada de composição das redes de atenção à saúde apresenta uma nova definição de atenção primária à saúde como a providência de serviços de saúde acessíveis e integrados, ofertados por clínicos que são responsáveis por oferecer serviços básicos essenciais à saúde da população, através de uma parceria com os pacientes e, experimentando sua prática no contexto das famílias e da comunidade. De acordo com Mendes (2009), esta definição inclui três novas dimensões: o paciente e sua família, a comunidade e a rede de atenção à saúde.

Mendes (2002) argumenta que torna-se necessário definir o que seja atenção primária em saúde. Para este autor, pode-se identificar três interpretações principais: a atenção primária à saúde como atenção primária seletiva, atenção primária à saúde como o nível primário de sistemas de serviços de saúde e a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 1999).

Ainda segundo este mesmo autor, a Atenção Primária à Saúde como estratégia de Organizações do Sistema de serviços de saúde “é a mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua

significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil”.

Para Starfield (2002), a atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) define atenção primária à saúde como sendo:

...um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato de preferência dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004).

Mendonça *et al* (2008) resgatam um pouco da evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil ao dizer que com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90, o desafio era reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde, como também é denominada no país. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade ou entre profissionais de saúde e usuários, dentro de dado território, tendo por referência o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994.

Segundo este mesmo autor, o PSF se constituiu num modelo de organização das ações e serviços de saúde, em que o nível primário da atenção se inseriu na atenção básica dentro do SUS. Desde a sua emergência observam-se mudanças nas condições de sustentação financeira e política, indicando o planejamento de sua expansão, induzido pela normatização do processo de descentralização do sistema de saúde. Hoje, em fase de expansão em todo território nacional, o Saúde da Família define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial. Assim, atualizou-se a perspectiva da Atenção Primária à Saúde dentro das políticas públicas brasileiras, cujo objetivo é a proteção social pela garantia da universalidade e integralidade da atenção. Confirmou-se ainda a afirmativa de que a Atenção Primária à Saúde assume sentidos variados conforme o modo como se estrutura nos diversos sistemas de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2008).

Segundo Viana & Dal Poz (1998) as repercussões do PSF na atenção à saúde, na organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e remuneração das ações de saúde fizeram com que o programa fosse considerado um instrumento de reforma incremental da política de saúde. Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

6.1.2 Princípios da Atenção Primária à Saúde

Starfield (2002) afirma que só haverá atenção primária à saúde de qualidade quando os seis princípios que seguem abaixo forem obedecidos e respeitados:

. O primeiro contato: é o acesso ao uso dos serviços para novo problema para qual se procura atenção à saúde;

- . Longitudinalidade: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde, num ambiente humanizado e de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;

- . Integralidade: é o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população adstrita, no que se refere aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença;

- . Coordenação: capacidade de garantir a continuidade da atenção da atenção;

- . Focalização na família: considerar a família como o sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde;

- . Orientação comunitária: é o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto sócio-econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva.

A autora ainda afirma que a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

6.2 A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ocorrido no ano de 1988, registraram-se importantes avanços no setor saúde, sobretudo no que se refere ao acesso e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Entretanto, à medida que o país avança na implementação deste sistema (SUS), surgem novos desafios tanto para os formuladores de políticas públicas de saúde quanto para os profissionais que atuam nesta área.

Estes novos desafios do SUS relacionam-se com a ousada proposta de garantir universalidade, integralidade e equidade, além da busca constante de melhorar a organização e qualidade da atenção primária à saúde e da gestão do sistema de saúde.

Desta forma, vem sendo realizada, tanto no campo da teoria quanto da prática, uma permanente e abrangente revisão da inserção da equipe de saúde bucal na estratégia Saúde da Família. Tem sido avaliada a eficácia e eficiência da equipe de saúde bucal no sentido de garantir um melhor atendimento às necessidades atuais de saúde da população.

O objetivo deste capítulo é realizar uma discussão teórica sobre a inserção da Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, numa perspectiva histórica, a partir da qual serão destacados os avanços registrados nesta área.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde e vem sendo implantado em todo o Brasil como importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde e reordenação do modelo assistencial. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde, 1997).

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL. Ministério da Saúde, 1997).

O PSF tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL. Ministério da Saúde, 1997).

As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações

desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000).

Segundo Viana &, Dal Poz (1998), as repercussões do PSF na atenção à saúde, na organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e remuneração das ações de saúde fizeram com que o programa fosse considerado um instrumento de reforma incremental da política de saúde.

As mudanças operadas por meio do PSF podem ser observadas em diferentes dimensões, pois incidem tanto na condução da política e prestação de serviços nas diferentes esferas de governo, como nos padrões de utilização dos serviços ambulatoriais e hospitalares pelo reordenamento da demanda nos locais, onde se encontra implantado. Em decorrência da priorização do PSF na política nacional, são criadas as condições para a adoção de mecanismos de indução mais eficazes para a sua expansão, fundindo-o com o próprio processo de descentralização do SUS (MACHADO, 2008).

Por sua vez, a inclusão de profissionais da saúde bucal no PSF se iniciou efetivamente nos primeiros meses de 2001 e caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar. A inclusão de equipes de saúde bucal no PSF surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

A publicação da Portaria Ministerial no 1.444, de 28 de dezembro de 2000, anunciou oficialmente a inserção de “profissionais de saúde bucal” no PSF. A inserção da odontologia poderia, ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: a modalidade 1, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade 2, de um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD) (BRASIL.Ministério da Saúde, 2000). A regulamentação desta portaria se deu por meio da portaria nº 267, de 06 de Março de 2001, com um plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.

Para Capistrano Filho (2000), “[...] a incorporação das ações de saúde bucal no PSF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios dos SUS – o da integralidade das ações em saúde [...]”

De acordo com Calado GS (2002), avanços importantes foram conseguidos com a implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESF) no PSF tais como: mudança na prática assistencial, inserção de outras categorias profissionais, como Técnicos em Higiene Dentária (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) na rede de serviços municipais e participação conjunta de instituições de ensino superior no desenvolvimento das atividades. Entretanto, muitos obstáculos ainda precisam ser superados, dentre eles, a fragilidade dos serviços de referência e contra referência, escassos recursos financeiros para implantação, execução e manutenção do programa, perfil inadequado dos profissionais e falta de sensibilidade do gestor para o tema.

Segundo Reis e Hortale 2004, é necessário o redirecionamento do processo de trabalho devido às novas competências exigidas do trabalhador de saúde, iniciando-se, então, a discussão sobre a formação de recursos humanos para o SUS, em particular o profissional que atua no PSF e o papel que a supervisão deve assumir, a qual tem como objetivo geral dar suporte técnico às equipes com a finalidade de garantir que a implantação e manutenção do programa se façam totalmente.

É certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada. São necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo CD, que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais (AERTS D *et al.*, 2004).

No ano de 2004, o governo lançou a atual Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, buscando ampliar e garantir a assistência odontológica à população, propondo a operacionalização dos pressupostos do Ministério da Saúde, e oferecendo crescentes incentivos à implantação da Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Nesse sentido, as ações de saúde bucal na estratégia da família devem expressar os princípios e as diretrizes do SUS e ter como objetivo ampliar o

acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo PSF (ANDRADE KLC; FERREIRA EF, 2006).

Assim, nesse momento histórico a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica, pois o CD necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS (MATOS P.E.S. *et al.*, 2004).

No entanto, conforme afirma Calado GS (2002), tornar a saúde bucal universal, resolutiva e integrada aos serviços é muito difícil, mesmo com essas políticas de financiamento, uma vez que a mesma é caracterizada historicamente como ineficaz, isolada, elitista, de alto custo e excludente. Tais características são justificadas pela necessidade do uso de tecnologias sofisticadas, necessárias para sua prática, mesmo na atenção básica. Sabemos que, mesmo focalizando a prevenção no primeiro momento, é imprescindível e essencial a oferta do tratamento curativo, paralelo ou simultâneo ao trabalho educativo com a realização de procedimentos básicos, como exodontias e restaurações, haja vista o volume de necessidades odontológicas acumuladas ao longo do tempo.

Desse modo, encontramos no Brasil uma odontologia “tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica” (GARRAFA; MOYSÉS, 1996). Fato que gera a drástica situação demonstrada nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar da Fundação (PNAD) do IBGE, em 1998, revelando que cerca de 29,6 milhões de brasileiros que nunca haviam consultado um dentista, valor que equivale a 18,7% da população (MANFREDINI, 2003). Os números revelam algumas das causas da má colocação do Brasil, em termos de saúde bucal, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) – 129º lugar, entre 186 países (RADIS, 2001). Contraditoriamente, no Brasil, em 2003, existiam mais de 183 mil dentistas, para uma população de 176.876.251 brasileiros (BRASIL, 2003a). Apresentando a relação dentista por habitante melhor que a considerada ótima pela OMS (FREITAS, 2001), distribuídos desigualmente no território nacional.

Segundo Alves, S.F.F. (2008), a atuação do Cirurgião-Dentista (CD) no serviço público de saúde tem consistido tradicionalmente em somente proceder

ao atendimento clínico da população nos antigos Postos de Saúde, hoje denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta autora aponta isto como sendo uma tradição, pois “desde os primórdios da profissão, o Cirurgião-Dentista trabalha sozinho no ambiente restrito de seu consultório. No entanto, atualmente a exigência do trabalho em equipe tornou-se um desafio a ser enfrentado por esse profissional”.

Ainda segundo a mesma autora, baseada num estudo que abordou a Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no que diz respeito ao local de atuação profissional, constatou-se que a maioria dos Cirurgiões - dentistas (47,9%) entrevistados trabalha no Programa Saúde da Família (PSF). Segundo ela, isso demonstra que o SUS de Montes Claros está em acordo com a nova política pública de saúde, que vem incentivando a inserção da Odontologia no PSF, compreendendo a importância do trabalho multiprofissional como nova estratégia de atuação no SUS.

No PSF, a saúde bucal também apresenta desafios a serem superados, questões referentes à implantação das equipes, ao financiamento, à organização dos serviços e, sobretudo, aos recursos humanos. Este último pode ser visto como um dos maiores desafios, pois o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança de atitude dos profissionais em saúde bucal coletiva que atuem na atenção básica (SILVEIRA FILHO, 2002).

Segundo dados obtidos do CAPES-MEC e “Perfil atual e tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro, 2009.” (MS/FO-USP e OPAS) havia no país até o mês de outubro de 2008, 219.575 Cirurgiões-Dentistas. Ainda, segundo a publicação “Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-dentista brasileiro”, 2/3 do total de cirurgiões-dentistas no país são autônomos – cerca de 140.000 cirurgiões-dentistas, enquanto que emprego em Serviços Públicos de Saúde estão em expansão:

- equipes de Saúde Bucal no PSF: em 2003, 6.170;
- em 2008, 18.482
- 1/3 do total de profissionais estão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com algum vínculo em serviço público – cerca de 70.000.

Outra informação importante acerca do perfil do CD brasileiro, que reflete na absorção deste profissional na rede pública de saúde é a de que a proporção de população por profissional está entre as menores do mundo (1 cirurgião-dentista para cada 838 habitantes). Entretanto, existem disparidades regionais enormes, onde essa relação é de 1 CD para 65.000 habitantes e outros com menos de 1 cirurgião-dentista para 171.

Entre as 10 especialidades mais freqüentes, o menor número de especialistas tem formação na área de Saúde Coletiva, sendo apenas 1.430 profissionais registrados (Fonte: Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-dentista brasileiro”).

Moysés, S.J. 2008 aborda que, no caso brasileiro, nossa herança histórica de formação do campo odontológico traz distintos problemas, que se interligam e criam obstáculo a uma compreensão mais clara e pragmática, ou seja, uma compreensão historicamente coerente e contextualmente melhor situada sobre a importância de pensar/praticar a Odontologia sob dois aspectos centrais. Primeiro, como uma área de atividade em Saúde inexoravelmente integrada à Política Nacional de Saúde, incluindo, aqui, a Política Nacional de Saúde Bucal e a Política Nacional de Promoção da Saúde, ambas as políticas no âmbito do SUS. Segundo, sobre a importância da Odontologia como integrante de uma cadeia de produção social em Saúde, seja como serviço que demonstre resolutividade na assistência clínica (tão necessária à maioria dos brasileiros), seja como parte de políticas intersetoriais sustentáveis, que demonstrem efetiva atenção em Saúde Geral /Bucal, de natureza mais abrangente e que podem impactar positivamente os principais indicadores epidemiológicos de Saúde Bucal.

Ainda segundo este mesmo autor, podemos identificar, no mínimo, os seguintes problemas: a) de natureza ideológica (as crenças, os valores, as opiniões, enfim, o ideário corporativo dos cirurgiões-dentistas, que se inicia na graduação e se consolida no mundo do trabalho, de forma dominante com ênfase para as práticas privadas de mercado); b) de natureza sociológica (relações de produção e reprodução social que afetam o mundo do trabalho odontológico, especialmente no que tange à regulação econômica, legal e institucional com valoração excessiva para a esfera privada em detrimento da esfera pública, no que tange ao exercício profissional); c) de natureza política

(relações de poder entre sujeitos e disputas de projetos profissionais e, em última instância, de projetos societários que condicionam os praticantes da Odontologia a uma certa miopia em sua relação com a sociedade); e de natureza científica e tecnológica (sobretudo, quando se trata de um mundo profissional, cujo exercício especializado atribui grande ênfase às abordagens biomédicas para o tratamento de doenças e ao uso intensivo de tecnologias de alto custo que alimentam a indústria de materiais e equipamentos odontológicos). Aqui, seria necessária uma advertência, interrogando o porquê do descrédito com a esfera pública brasileira, já que, de resto, parece que outros países, conjunturalmente mais desenvolvidos que o nosso em suas políticas sociais, encontraram não só na esfera privada, mas também na esfera pública, a resposta para suas questões políticas e programáticas em Saúde, tais como Canadá, Inglaterra ou Austrália. A rigor, somente o preconceito descabido ou o dogmatismo intransigente conduziria ao raciocínio falso de que a esfera privada seria sempre superior e a esfera pública inferior, quanto se trata de assistir ou cuidar das pessoas com ações em Saúde. Contudo, no caso brasileiro, não se pode ser ingênuo nesta questão. Dentro da complexidade de uma sociedade como a brasileira, não parece provável (ou viável), no momento atual e no futuro imediato, imaginar que iremos preparar nossos profissionais para o mundo real do trabalho sem considerar diferentes cenários do chamado "mercado de trabalho". Isto inclui progressivamente o serviço público (com suas contradições, claro!), mas impõe pensar outras contradições encontráveis também na esfera privada, tal como na Odontologia de Grupo (empresarial), na relação com convênios e credenciamentos, na autogestão de planos de saúde/planos odontológicos e na clínica privada. Esta última, cujo peso profissional (e cultural) é muito grande para os profissionais e usuários, traz a contradição fundamental relativa ao acesso, pois uma parcela muito pequena da nossa sociedade pode historicamente utilizar clínicas privadas.

Ainda que a clínica privada possa suprir as necessidades individuais com relativa qualidade técnica e capacidade de resposta, há um desafio em termos de abrangência: existe um abismo entre esta prática odontológica e a perspectiva de universalização da atenção à Saúde Bucal, com base nas necessidades observadas na realidade brasileira e nas exigências de integralidade e equidade, com participação social (MOYSÉS, S.J., 2008).

Este mesmo autor ainda faz a seguinte consideração: “Embora tenham ocorrido, em período recente, movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre as possibilidades de mudança na formação profissional, em várias áreas da Saúde, em relação à Odontologia há a necessidade de um esforço redobrado para que se possa integrar a Saúde Bucal dentro do novo contexto de ação interdisciplinar e multiprofissional. A utilização, com maior ou menor grau de resolutividade, dos serviços ofertados pelo SUS nos municípios brasileiros é, hoje, a realidade objetiva para cerca de 140 milhões de brasileiros. A nova geração de profissionais de Saúde que estamos formando não deve ter o seu foco de atuação apenas no atendimento individual, com visão clínica restrita à odontotécnica, mas sim deve ser preparada para as necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade e para a mudança do paradigma de atenção. Entender a Promoção da Saúde com enfoque ampliado, parece ser o ponto de partida de todo o processo de reformulação da prática clínica, no nível individual, e da intervenção coletiva, nos espaços comunitários. Cabe aos serviços também ampliar este entendimento da Promoção da Saúde, estabelecendo-o como filosofia de trabalho” (MOYSÉS, S.J., 2008).

Por exemplo, a inserção da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família, que se tornou objeto de tanta atenção em período recente no Brasil, deve ter como ênfase um modelo de intervenção focado na saúde e não na doença. O trabalho com famílias traz potencialidades para uma maior humanização do cuidado, com vínculo e responsabilização. Modificar a matriz curricular e os projetos político-assistenciais dos serviços, com a filosofia da Promoção da Saúde, poderá conduzir docentes, discentes e trabalhadores da equipe de saúde a uma prática comum, onde os problemas de formação, de inserção na realidade, e de resolução de problemas que esta realidade teima em apresentar, sejam mais bem equacionados (MOYSÉS, S.J., 2008).

Repensar a Promoção da Saúde, neste contexto, exige incrementar atividades de base populacional, potencializar os fatores protetivos (positivos) de Saúde, com maior utilização de pessoal auxiliar, controlar determinantes de Saúde e a distribuição iníqua dos riscos sociais e biológicos, bem como a redução de danos que já acometeram grupos específicos da população. Isto implica em uma concepção de clínica ampliada, mais resolutiva e com

procedimentos menos invasivos. A discussão destes aspectos deve nortear qualquer movimento de mudança, para que possamos transformar o "modismo" da prevenção e promoção de Saúde em uma prática efetiva de transformação da realidade social, com base em evidências científicas e uma efetiva filosofia de promoção e manutenção da Saúde, na busca da melhoria da qualidade de vida para todos. Se reconhecermos que a prática odontológica pode se realizar para além dos limites do consultório tradicional, teremos condições de romper com a dicotomia preventivo-curativa, enviesada pela valorização precoce da microespecialização e com o relativo isolamento profissional, que caracterizou o exercício da Odontologia, pelo menos, nos últimos cem anos (MOYSÉS, S.J., 2008).

Segundo, ainda, este mesmo autor, poderíamos listar alguns atributos requeridos deste cirurgião-dentista, para a atuação clínica ampliada e a intervenção familiar e comunitária, com ênfase na Promoção da Saúde:

- Capacidade de entender os determinantes sócio-ambientais do processo saúde-doença e das iniquidades em saúde bucal, bem como de fatores de risco em geral, incluindo os biológicos;
- Apreensão do ciclo de vida, o qual é constituído por uma série de eventos previsíveis que ocorrem no desenvolvimento da vida pessoal e familiar;
- Preparação para a prática profissional que ultrapassa o campo clínico, incluindo as ciências humanas, sociais e comportamentais;
- Formação generalista para compreender e atuar na relação entre as doenças bucais e doenças sistêmicas;
- Motivação para estudos permanentes e busca de novas evidências científicas que refletem a importância da bucalidade no corpo biológico, psíquico e afetivo;
- Capacidade de construção de um processo de raciocínio para a intervenção clínica ampliada, com base em técnicas menos invasivas, menos centradas em tecnologias "duras", aproveitando a evolução dos biomateriais dentários e lançando mão de terapias alternativas, sempre reconhecendo

que o dono do corpo deve participar da decisão do tratamento;

- Atuação de forma interativa, não só interdisciplinarmente, mas também multi-profissionalmente, entendendo que a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde geral;
- Intervenção de modo respeitoso, com forte fundamentação ética, sobre a dinâmica da vida e da comunidade, já que como profissional de saúde, o cirurgião-dentista pode ter influência decisiva sobre as pessoas, devendo atuar como um transformador social em sua comunidade de atuação;
- Atuação consciente sobre a família, pois a inserção da saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família permitiu a reorientação da atenção básica, melhorando a resolutividade, tendo a família como a base do atendimento individual e coletivo;
- Competência para fazer diagnóstico integral, fazendo da consulta inicial um momento de rara oportunidade para conhecer a pessoa, bem como a competência para fazer diagnóstico epidemiológico;
- Realização de diagnóstico que leve à promoção e manutenção da saúde, compreendendo que isto não é apenas a contagem de lesões e a reposição de peças perdidas, exigindo amplo conhecimento científico, capacidade de observação e estratégia/manejo de situações variadas;
- Consecução de planos terapêuticos adequados e necessários a cada caso em particular, trabalhando dentro de princípios éticos/bioéticos;
- Utilização de abordagens em que a ética humanista seja a base da atuação profissional, já que a relação dialética que se estabelece influencia a qualidade em saúde;
- Compreensão de que o desenvolvimento pleno de um conceito estético (para além das questões funcionais e/ou morfológicas) deve representar, também, a renúncia definitiva em executar distorcidamente qualquer intervenção de custo-

benefício questionável, quando a mesma não tem efetividade/eficácia comprovada para a melhoria da saúde humana (MOYSÉS S.J., 2008).

O grande desafio, portanto, está em superar um modelo centrado no diagnóstico de doenças e orientado para o tratamento invasivo, com tecnologia de alto custo, para outro, centrado no diagnóstico integral, na Promoção da Saúde, na prevenção de doenças e no cuidado vigilante das pessoas da comunidade onde o cirurgião-dentista está inserido. Os movimentos mundiais em prol das mudanças nos projetos educacionais e a valorização recente da Promoção da Saúde podem oferecer um bom roteiro para esta agenda de mudanças. A reorientação dos serviços é um fenômeno observável em várias partes do mundo, já que acompanha a dinâmica mundial de reestruturação de Sistemas Nacionais de Saúde; espera-se que esta idéia-força, já presente no Brasil pós-1988, seja capaz de influenciar definitivamente o planejamento político-pedagógico das instituições de ensino e a organização e gestão dos serviços de saúde bucal, repercutindo favoravelmente para a sociedade e para os profissionais da Odontologia (MOYSÉS, S.J., 2008).

Segundo Feuerwerker L, Almeida M. 2004, no Brasil, a formação acadêmica na área da saúde, de modo geral, tem sido incapaz de conceber profissionais que atendam eficazmente às necessidades da coletividade. O foco do processo educativo, na maioria das vezes, é direcionado para os aspectos técnicos e biológicos com ênfase ao atendimento individual em detrimento de uma abordagem mais ampla que inclua dimensões sócio-educativas.

Conforme Morita MC; Kriger L., 2004, o aprendizado e concomitantemente a formação acontecem de forma fragmentada, em disciplinas isoladas e inexoravelmente esse quadro induz à capacitação técnica e especializada, distante das reais demandas da sociedade.

Neste cenário, esforços têm sido direcionados para mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde. O principal objetivo dessas mudanças tem sido propiciar efetiva integração ensino-serviço numa perspectiva de alterar o perfil do futuro profissional ajustando-o às necessidades sócio-sanitárias da população. (MORITA MC; KRIGER L. 2004; BRASIL. Ministério da Saúde).

Sob essa visão há intenção de reverter o modelo majoritariamente vigente que evidencia tendência à especialização do trabalho e das profissões. (CARVALHO CL; LOPES AMF, 2001).

Na Odontologia, a partir das mudanças iniciadas na década de 1990 e referendadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), verificam-se avanços nos currículos e projetos político-pedagógicos de algumas instituições de educação superior. Observam-se alterações do modelo de ação curativa para formação de profissionais voltados para saúde coletiva. Há o reconhecimento, ainda não preponderante, da importância de se analisar as condições materiais do cotidiano da população e de que um sistema de saúde efetivo não pode se limitar apenas ao tratamento das alterações verificadas (PELISSARI LD et al., 2005).

Assim, torna-se comportamento necessário ao trabalho dos profissionais de saúde advogar politicamente soluções sociais, como cidadãos. (MOYSÉS SJ. In: Kriger L. 1997). Desde 2002, encontram-se em vigência as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em odontologia e estas devem fundamentar o planejamento dos cursos de graduação (Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. 2002). As DCN sinalizam para mudanças paradigmáticas na formação de um profissional crítico, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética. Dentro dessas mudanças, percebe-se uma transição do modelo de atuação profissional do Cirurgião dentista, resultante do processo evolutivo da profissão. (AQUILANE AG; TOMITA NE, 2005).

Desde a fase meramente artesanal e pré-científica até os dias atuais, em que se observa forte aporte tecnológico e científico, o exercício da profissão odontológica se estabeleceu na sociedade, apesar da alta competitividade e saturação do mercado de trabalho (BASTOS JRM et al., 2003).

Nos últimos anos, entretanto, verificam-se maiores opções mercadológicas pela valorização da odontologia como prática social (MORITA MC; KRIGER L., 2004; PELISSARI et al., 2005).

Santos AM 2006 et al evidenciam que dentro das universidades há uma explícita tendência à especialização precoce, em que o estudante inicia a graduação e, nos primeiros semestres, antes mesmo de cursar determinados conteúdos, já afirma qual especialidade deseja dominar.

Segundo o Conselho Nacional de Educação, na odontologia, a adequação da atuação profissional à realidade local e regional constitui-se numa orientação para formação de recursos humanos com vistas à melhora da saúde bucal da população. Além disso, competências e habilidades devem ser adquiridas pelo futuro profissional para o enfrentamento do mercado de trabalho e das condições do exercício profissional, tendo como foco a prática profissional generalista. (BRASIL. Conselho Nacional de Educação, 2002; QUELUZ DP, 2003). Também, com a consolidação do SUS, houve necessidade de maior politização das ações de saúde bucal (SANTOS AM et. al, 2006).

Tem-se verificado, em função das DCN, diversas propostas inovadoras nos cursos de graduação em odontologia por parte das instituições, visando formar um profissional sintonizado com as demandas sociais. (FEUERWERKER L; ALMEIDA M., 2004; MORITA MC; KRIGER L., 2004; FORESTI MCPP, 2001).

6.3 ANÁLISE DA COBERTURA DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS.

Para esta análise, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura PSF/SB} = \frac{\text{População cadastrada nas equipes PSF/SB} \times 100}{\text{População total}}$$

Parâmetro: equipe responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2006).

COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
<p>COBERTURA PSF NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS</p> <p>Cobertura PSF/SB= $\frac{15263}{15237(\text{IBGE 2009})} \times 100 = 100,1 \%$</p> <p>Obs.: População cadastrada nas equipes de PSF/SB em Poté: 15263</p> <p>Fonte: Sistema de informação de Atenção Básica (SIAB)</p> <p>Data: 29/01/2010</p>

6.4 ANÁLISE QUALITATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/SAÚDE BUCAL (APS/SB) NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS, SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DA APS.

Para esta análise foi feito o preenchimento das matrizes 1 à 7 (Apendice 1) pelos cirurgiões-dentistas, membros das equipes de PSF/Saúde bucal. O município conta com 4 equipes de saúde da família, todas com equipe de saúde bucal.

6.5 CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS COLETADOS MEDIANTE O PREENCHIMENTO DAS MATRIZES PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS MEMBROS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS.

As matrizes foram preenchidas pelos 4 cirurgiões-dentistas (Cd 1, Cd 2, Cd 3, Cd 4) que compõem as equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. Foram levantados os seguintes dados destes profissionais: tempo de atuação na ESF no município e formação profissional na área da Estratégia da Saúde da Família.

- Cd 1: com 2 anos e 5 meses de atuação . Faz curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
- Cd 2: com 11 meses de atuação. Não possui formação na área da ESF.
- Cd 3: com 7 meses de atuação. Não possui formação na área da ESF.
- Cd 4: com 5 meses de atuação. Não possui formação na área da ESF.

Estas matrizes foram elaboradas contendo itens de verificação que são frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS analisados, discutidos e apresentados a partir do referencial teórico adotado. Após a reflexão e discussão com a equipe sobre os itens de verificação, o profissional responde e pontua segundo os seguintes critérios:

- Se considerar que “atende com excelência” deverá pontuar 4 pontos.
- Se considerar que “atende” deverá pontuar 3 pontos.
- Se “atende parcialmente” deverá pontuar 2 pontos.
- Se “atende de forma incipiente” deverá pontuar 1 ponto.
- Se “não atende” deverá pontuar 0.
- Para cada item de verificação é feita uma justificativa. Após a pontuação de todos os itens, o profissional soma todos os pontos dados e estabelece o percentual alcançado em relação à pontuação máxima estabelecida.

Seguindo estes critérios para o preenchimento das matrizes, o resultado da análise feita por cada cirurgião-dentista, segundo os princípios da APS foi o seguinte:

Tab. 1- A análise da APS segundo os seus princípios realizada pelo Cd 1

PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA ¹	% ALCANÇADO ²	MÉDIA ALCANÇADA ³
1º Contato	40	20	50%	2,0
Longitudinalidade	28	18	64%	2,57

Integralidade	20	05	25%	1,0
Coordenação	28	11	39%	1,57
Centralização na Família	28	18	64%	2,57
Orientação Comunitária	24	10	42%	1,66
Total	168	82	49%	1,95

¹ Pontuação alcançada: somatório de todos os itens de verificação de cada princípio da APS, segundo os critérios previamente definidos.

² % alcançado: percentual alcançado em relação à pontuação máxima

Exemplo: Pontuação máxima para o princípio Primeiro Contato= 40

Pontuação alcançada= 20

Percentual alcançado= 50%

³ Média alcançada: somatório da pontuação de todos os itens de verificação de cada princípio dividido pelo nº de itens

1º Exemplo: O princípio Primeiro Contato possui 10 itens de verificação. Segundo o Cd 1 , o somatório da pontuação para estes itens foi igual a 20, que dividido pelo nº de itens de verificação (10) é igual a 2. Portanto, a média alcançada para este princípio foi 2.

2º Exemplo: para o cálculo da média total, foi utilizado o seguinte raciocínio: nº total de pontos alcançados em todos os princípios dividido pelo nº total de itens verificados. Assim, no caso do Cd 1, o somatório dos pontos alcançados foi igual a 82 que dividido pelo nº total de itens (42) é igual a 1,95.

Análise dos resultados:

- 1º Contato: com um percentual de 50% e escore médio de 2, o município atende parcialmente ao princípio.
- Longitudinalidade: com um percentual de 64% e escore médio de 2,57, o município atende parcialmente a este princípio.
- Integralidade: o município atende a este princípio de forma incipiente, ao alcançar 25% e escore médio de 1.
- Coordenação: com um percentual de 39% e escore médio de 1,57 o município atende de forma incipiente a este princípio.
- Centralização na Família: com um percentual de 64% e escore médio de 2,57, o município atende parcialmente a este princípio.
- Orientação comunitária: o município atende de forma incipiente a este princípio com um percentual de 42% e escore médio de 1,6

Num total de 82 pontos alcançados e escore médio geral de 1,95, a Atenção à Saúde Bucal no município de Poté, segundo o Cd 1, atende parcialmente às necessidades da sua população.

Tab. 2- A análise da APS segundo os seus princípios realizada pelo Cd 2

PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA ¹	% ALCANÇADO ²	MÉDIA ALCANÇADA ³
1º Contato	40	15	37,5%	1,5
Longitudinalidade	28	10	35,7%	1,4
Integralidade	20	10	50,0%	2,0
Coordenação	28	12	42,8%	1,7
Centralização na Família	28	19	67,8%	2,7
Orientação Comunitária	24	08	33,3%	1,3
Total	168	74	44%	1,7

Análise dos resultados:

- 1º Contato: com um percentual de 37,5% e escore médio de 1,5, o município atende de forma incipiente ao princípio.
- Longitudinalidade: com um percentual de 35,7% e escore médio de 1,4, o município atende de forma incipiente a este princípio.
- Integralidade: o município atende parcialmente a este princípio, ao alcançar um percentual de 50% e escore médio de 2.
- Coordenação: alcançando um percentual de 42,8% e escore médio de 1,7, o município atende de forma incipiente a este princípio.
- Centralização na Família: com um percentual de 67,8% e um escore médio de 2,7, o município atende parcialmente a este princípio.
- Orientação comunitária: o município atende de forma incipiente a este princípio com um percentual de 33,3% e um escore médio de 1,3.

Num total de 74 pontos alcançados e escore médio geral de 1,7, a Atenção à Saúde Bucal no município de Poté, segundo o Cd 2, atende de forma incipiente às necessidades da sua população.

Tab. 3- A análise da APS segundo os seus princípios realizada pelo Cd 3

PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA ¹	% ALCANÇADO ²	MÉDIA ALCANÇADA ³
1º Contato	40	33	82,5%	3,3
Longitudinalidade	28	20	71,0%	2,8
Integralidade	20	15	75,0%	3,0
Coordenação	28	14	50,0%	2,0
Centralização na Família	28	21	75,0%	3,0
Orientação Comunitária	24	12	50,0%	2,0
Total	168	115	68,0%	2,7

Análise dos resultados:

- 1º Contato: com um percentual de 82,5% e escore médio de 3,3, o município atende ao princípio.
- Longitudinalidade: com um percentual de 71,0% e escore médio de 2,8, o município atende parcialmente a este princípio.
- Integralidade: o município atende a este princípio, ao alcançar um percentual de 75% e escore médio de 3.
- Coordenação: com um percentual de 50,0% e escore médio de 2,0, o município atende parcialmente a este princípio.
- Centralização na Família: com um percentual de 75% e escore médio de 3,0, o município atende a este princípio.
- Orientação Comunitária: o município atende parcialmente a este princípio com um percentual de 50,0% e escore médio de 2,0.

Num total de 115 pontos alcançados e escore médio geral de 2,7, a Atenção à Saúde Bucal no município de Poté, segundo o Cd 3, atende parcialmente às necessidades da sua população.

Tab. 4- A análise da APS segundo os seus princípios realizada pelo Cd 4

PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA ¹	% ALCANÇADO ²	MÉDIA ALCANÇADA ³
1º Contato	40	27	67,5%	2,7
Longitudinalidade	28	18	64,2%	2,5
Integralidade	20	13	65,0%	2,6
Coordenação	28	08	28,5%	1,1

Centralização na Família	28	18	64,2%	2,5
Orientação Comunitária	24	17	70,8%	2,8
Total	168	101	60,1%	2,4

Análise dos resultados:

- 1º Contato: com um percentual de 67,5% e escore médio de 2,7, o município atende parcialmente ao princípio.
- Longitudinalidade: com um percentual de 64,2% e escore médio de 2,5, o município atende parcialmente a este princípio.
- Integralidade: o município atende parcialmente a este princípio, ao alcançar um percentual de 65% e escore médio de 2,6.
- Coordenação: com um percentual de 28,5% e escore médio de 1,1, o município atende de forma incipiente a este princípio.
- Centralização na Família: com um percentual de 64,2% e escore médio de 2,5, o município atende parcialmente a este princípio.
- Orientação Comunitária: o município atende parcialmente a este princípio com um percentual de 70,8% e escore médio de 2,8.

Num total de 101 pontos alcançados e escore médio geral de 2,4, a Atenção à Saúde Bucal no município de Poté, segundo o Cd 4, atende parcialmente às necessidades da sua população. Considerando a situação da APS de cada UAPS e de todo o município de Poté, foram identificados os itens críticos, apontados pelos 4 cirurgiões-dentistas, relativos a cada princípio da atenção primária, ou seja, os itens que deverão ser priorizados para o enfrentamento, devido à gravidade, magnitude do problema e viabilidade do enfrentamento.

6.6 LEVANTAMENTO DOS ITENS CONSIDERADOS CRÍTICOS EM CADA PRINCÍPIO DA APS.

6.6.1 Princípio: Primeiro contato

Itens críticos:

- A maioria da população procura a UBS como porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde; entretanto, parte significativa ainda procura o hospital.
- A UBS, por ter população adscrita da zona rural, é de difícil acesso para certas comunidades. Há necessidade de nova territorialização.
- O horário de atendimento na UBS poderia ser estendido após as 17:00 horas.
- O processo de avaliação inicial das necessidades dos usuários que acessam a UBS para a detecção dos casos de risco e priorização do atendimento não foi implementado em todas as UBS.
- O critério utilizado para atendimento de urgência/emergência é a ordem de chegada.
- Ocorre a captação precoce apenas de gestantes para atenção programada.
- A maior parte do atendimento é feita por demanda espontânea.
- Não são realizadas ações de acolhimento.
- Algumas UBS não são bem centralizadas, dificultando o acesso para os usuários do território.

6.6.2 Princípio: Longitudinalidade

Itens críticos:

- As UBS contam com protocolos clínicos para o atendimento, mas não são utilizados rotineiramente por todos os profissionais.
- As UBS estão estruturadas de forma parcial para atender os usuários em todos os ciclos de vida da família: infância, adolescência, vida adulta e velhice.
- Não existe vínculo entre a equipe da UBS e os usuários e é grande a rotatividade profissional.

6.6.3 Princípio: Integralidade

Itens críticos:

- Os profissionais não seguem as diretrizes clínicas para a solicitação de exames de apoio diagnóstico
- A UBS viabiliza com dificuldade aos usuários consultas especializadas. O tempo de espera é longo devido à grande demanda.
- Não há protocolos para prescrição de medicamentos.
- Apenas em alguns casos os profissionais das UBS têm o retorno das informações da consulta especializada de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.
- A equipe de saúde bucal articula parcialmente com as equipes médica e de enfermagem. Não há presença do Cd em todos os grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes).

6.6.4 Princípio: Coordenação

Itens críticos:

- O prontuário na UBS não é preenchido pela equipe multiprofissional. O prontuário de saúde bucal é separado do médico e de enfermagem
- O prontuário não é arquivado de forma adequada para garantir segurança e sigilo das informações nele contidas.
- A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não conta com comissão de revisão de prontuário.
- A SMS nem sempre dispõe de mecanismos para que as equipes de saúde realizem a programação local adequada à população adscrita e recursos disponíveis. Às vezes falta transporte e material.
- A SMS não dispõe de um mecanismo de contratualização com as equipes de saúde da UBS, mediante metas pactuadas resultantes da programação local.

6.6.5 Princípio: Centralização na família

Itens críticos:

- A equipe de saúde não realiza ações de prevenção da doença cárie. Existem algumas ações, incipientes, na clínica odontológica.

- A equipe de saúde bucal ainda não realiza visitas domiciliares.
- A equipe de saúde realiza ações de educação em saúde voltada apenas para grupos de risco.
- As equipes dispõem de pouco material de educação em saúde e, embora o Ministério da Saúde disponibilize algum material, ele não tem sido utilizado para esta finalidade.

6.6.6 Princípio: Orientação comunitária

Itens críticos:

- A equipe de saúde identifica de maneira parcial as necessidades da comunidade.
- A equipe de saúde desenvolve ações de educação em saúde somente para escolares.
- A equipe de saúde desenvolve poucas ações de prevenção de doença/agravos para a comunidade.
- A UBS não conta com conselho de saúde atuante.

7 CONSIDERAÇÕES

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, registraram-se avanços importantes no setor saúde, sobretudo no que se refere ao acesso e à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Entretanto, à medida que o país avança na implementação deste sistema (SUS), surgem novos desafios tanto para os formuladores de políticas públicas de saúde quanto para os serviços e os profissionais que atuam nesta área. Estes novos desafios do SUS geralmente estão relacionados com a arrojada e ousada proposta de garantir universalidade, integralidade e equidade, além da busca constante de melhorar a qualidade da organização e gestão do sistema de saúde.

Nesta perspectiva, vem sendo realizada, tanto no campo da teoria quanto da prática, uma permanente e abrangente revisão da efetividade da inserção do Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família. Urge a necessidade de qualificar esta inserção no sentido de torná-la mais efetiva e mais eficiente e, assim, garantir um melhor atendimento às necessidades atuais de saúde da população. Este estudo se propôs a discutir a adequação do trabalho deste profissional frente às diretrizes desta política de saúde.

Com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), fica evidente a necessidade de se consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, por meio do desenvolvimento de estratégias que visem a ordenação da formação de recursos humanos para a área de saúde.

No caso específico deste estudo, pôde-se confirmar que a equipe de saúde bucal tem sido incorporada, de direito, na Estratégia de Saúde da Família no município de Poté, Minas Gerais, mas não de fato.

A realidade vivenciada pelos profissionais de saúde bucal a nível local no município de Poté, com a cumplicidade de uma realidade que teima em permanecer a níveis insatisfatórios de qualidade de vida, deve impulsionar os mesmos a assumirem, de fato, o seu papel de construtores de um sistema público de promoção de saúde local. Numa sociedade em constante transformação, é evidente a necessidade de se adequar o processo de trabalho do Cirurgião-dentista a princípios tão nobres que norteiam o SUS como os princípios da Integralidade, da Universalidade e da Equidade.

Diante do exposto, fica a clareza de que a implementação das políticas públicas de saúde em nosso país, desde a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, é fortemente influenciada por peculiaridades regionais relacionadas à formação educacional de profissionais na área da Estratégia de Saúde da Família, passando pela adequação do perfil dos gestores nesta nova visão de se fazer saúde em nosso país, e pelo envolvimento da população usuária do SUS na participação das decisões políticas deste sistema. Pôde-se perceber claramente o quanto o SUS tem alcançado suas metas e o quanto ainda precisa alcançar, tendo que enfrentar desafios constantes para a efetivação dos seus princípios.

Embora sejam necessários estudos mais abrangentes e específicos, que permitam uma caracterização mais clara do perfil do CD na ESF, este estudo evidenciou a necessidade de se qualificar o trabalho do CD na ESF no sentido de torná-lo mais efetivo e eficiente, garantindo assim um melhor atendimento às reais necessidades de saúde da população.

8 REFERÊNCIAS

1. AERTS D, ABEGG C, CESA K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9 (1):131-8.
2. ANDRADE KLC, FERREIRA EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006, 11 (1): 123-130.
3. AQUILANE AG; TOMITA NE. O estudante de odontologia e a educação. *Rev ABENO* 2005; 5:6-11.
4. BRASIL. *Atenção primária. Seminário do CONASS para construção de consensos.* (CONASS Documenta; v. 2). Brasília: CONASS; 2004.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 76 p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Recursos humanos em saúde bucal (CD, THD, ACD, TPD, APD) e população residente, por Estado, Brasil, 2003a**
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Projetos e Programas. Saúde da Família. Disponível em www.saude.gov.br. 2000.
8. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002
10. CALADO GS. A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ; 2002.
11. CAPES-MEC e Perfil atual e tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro, 2009.
12. CAPISTRANO FILHO, D. O Cirurgião-Dentista no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2000; 1:8.

13. FEUERWERKER L; ALMEIDA M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. Rev ABENO 2004; 4:14-6.
14. FORESTI MCPP. Ação docente e desenvolvimento curricular: aproximações ao tema. Rev ABENO 2001;1:13-6.
15. GARRAFA, V.; MOYSÉS, S.J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. Saude Debate, v.13, p.6-16, 1996.
16. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.
17. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos/ Edison José Corrêa, Mara Vasconcelos, Maria Suzana de Lemos Souza.-- Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.
18. MACHADO, C.V. Direito universal, política nacional: **o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República; 2007.
19. MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T. W. F. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. p. 139-162.
20. MANFREDINI, M. A. Planejamento em Saúde Bucal. In PEREIRA, A.C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 56.
21. MATOS PES, TOMITA NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Cad Saúde Pública 2004; 20(6):1538-44.
22. MEDEIROS CLA, QUEIROZ MDD, SOUZA GCA, COSTA ICC. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007;9(2):379-88.
23. MENDES, Eugênio Vilaça. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

24. MENDES E.V. ***Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*** 3 ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995, 310p.
25. MENDES E.V. ***Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE; Guia do Tutor/Facilitador Oficina 01 PDAPS***, SES-MG/ESP-MG: 2009.
26. MENDES, E. V. ***Uma Agenda para Saúde***. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
27. MENDONÇA M.H.M.; VASCONCELLOS M.M.; VIANA, A. L. d' Á. Atenção primária à saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro 2008.
28. MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia curricular. Curso Técnico em Saúde Bucal: Módulo I - O contexto em saúde no SUS/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.-- Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
29. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. ***Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina II – Análise da Atenção Primária à Saúde***. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.
30. MORITA MC; KRIGER L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Rev ABENO 2004; 4:17-21.
31. MOYSÉS, S.J. 2008. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). ***Revista da Associação Brasileira de Odontologia***, v.16, n.1, p.10-13. 2008
32. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde***. Brasília: Ministério da Saúde, 1979.
33. PELISSARI LD, BASTING RT, FLÓRIO FM. Vivência da realidade: o rumo da saúde para a odontologia. Rev ABENO 2005; 5:32-9.
34. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. ***Relatório de desenvolvimento humano 2001***. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/HDR/HDR2001>> Acesso em: Janeiro de 2010.
35. QUELUZ DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC. ***Odontologia em saúde coletiva***. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.140-59.

36. RADIS. Saúde Bucal. **Súmula**, n. 84, p.1, 2001
37. REIS CCL, HORTALE VA. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. Cad Saúde Pública [serial on line] 2004 mar-abr [cited 2007 abr 10]; 20 (2): 492-501. Available from: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/17.pdf>
38. SANTOS AM, RODRIGUES AAO, SUZUKI CLS, MAGALHÃES DC, BRANDÃO PTJ, BATISTA RL, FRÓES TC. Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de odontologia: o paradigma da mudança. Rev Saúde Com. 2006; 2:169-82.
39. SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica.
40. SILVEIRA, A. D. F. Odontologia no PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n 4, p.18, 2002.
41. Secretaria de Estado da Saúde (MG). Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte (MG): SES; 1997.
42. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
43. VIANA, A. L.D´A. & DAL POZ, M. R., A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 8(2): 11-48. 1998.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World health report 2000: **health systems, improving performance**. Geneva, WHO. 2000.

SITES DE PESQUISA

1. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1960-2001. Censos Econômicos. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>.
2. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Brasil. Site. Disponível em: <[http:// www.pnud.org.br/](http://www.pnud.org.br/)>.

APÊNDICE 1– Matrizes de verificação dos princípios da Atenção Primária à Saúde aplicados à Atenção à Saúde Bucal (Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Centralização na Família e Orientação Comunitária)



O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família — CEABSF é voltado para médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros vinculados a equipes de saúde da família do estado de Minas Gerais. É ofertado na modalidade pós-graduação *lato sensu*, certificado pela Universidade Federal de Minas Gerais. O Curso é estruturado como educação a distância, com tutoria presencial, à distância e de especialistas.

Como trabalho de conclusão do curso (TCC), está sendo desenvolvida uma análise da adequação do trabalho do Cirurgião-dentista frente às diretrizes da Estratégia de Saúde da Família.

Neste sentido, Cirurgiões-dentistas, membros de equipes de saúde da família/saúde bucal do município de Poté, estão sendo convidados a preencherem matrizes de verificação dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), aplicados na atenção à saúde bucal municipal. A sua participação é importante para a conclusão deste trabalho.

- 1) Tempo de atuação no município: _____
- 2) Data do preenchimento das matrizes: _____
- 3) O profissional possui curso na área da Estratégia de Saúde da Família?
 Sim. Qual? _____
 Não

Estas matrizes foram elaboradas contendo itens de verificação que são frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS analisados, discutidos e apresentados a partir do referencial teórico adotado. Após a reflexão e

discussão com a equipe sobre os itens de verificação, o profissional responde e pontua segundo os seguintes critérios:

- Se considerar que “atende com excelência” deverá pontuar 4 pontos.
- Se considerar que “atende” deverá pontuar 3 pontos.
- Se “atende parcialmente” deverá pontuar 2 pontos.
- Se “atende de forma incipiente” deverá pontuar 1 ponto.
- Se “não atende” deverá pontuar 0.
- Para cada item de verificação é feita uma justificativa. Após a pontuação de todos os itens, o profissional soma todos os pontos dados e estabelece o percentual alcançado em relação à pontuação máxima estabelecida.

ANÁLISE QUALITATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/SAÚDE BUCAL (APS/SB) NO MUNICÍPIO DE POTÉ, MINAS GERAIS, SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DA APS.

O Primeiro Contato:

Para Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. O acesso foi definido por Millman (1993) como o uso oportuno de serviços de saúde visando o alcance dos melhores resultados possíveis em saúde. A acessibilidade possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços, sendo que o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema de saúde.

MATRIZ 1

A ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
PRINCÍPIO: PRIMEIRO CONTATO		
ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As UBS são a porta de entrada dos usuários para o sistema de serviços de saúde.		
2. As UBS são de fácil acesso para os usuários residentes no território.		
3. As UBS atendem em horário adequado às necessidades dos usuários.		
4. As UBS estão dimensionadas para garantir a cobertura da população residente no município.		
5. As equipes de saúde da família estão dimensionadas conforme os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.		
6. Os agentes comunitários de saúde estão dimensionados para viabilizar a cobertura da população, conforme os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.		
7. Existe um processo de avaliação inicial das necessidades dos usuários que acessam a UBS para a detecção dos casos de risco e priorização do atendimento.		
8. Existem critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência/emergência.		
9. Existem critérios padronizados de captação precoce de usuários para atenção programada (ex.: atenção à saúde bucal de crianças, idosos, hipertensos e gestantes).		
10. O agendamento na UBS é realizado de modo a garantir o atendimento necessário a cada usuário. São realizadas ações de acolhimento.		
TOTAL		

Longitudinalidade:

A longitudinalidade é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde, num ambiente humanizado e de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de

saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema.

MATRIZ 2

A ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
PRINCÍPIO: LONGITUDINALIDADE		
ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As UBS estão estruturadas para atender os usuários em todos os ciclos de vida da família: infância, adolescência, vida adulta e velhice.		
2. As UBS estão organizadas para viabilizar a continuidade do cuidado aos usuários com a doença cárie e periodontal.		
3. As UBS contam com protocolos clínicos para o atendimento dos ciclos de vida – criança, adolescentes, adultos e idosos –, das principais patologias crônicas – hipertensão e diabetes – e das condições crônicas – gestantes.		
4. Os protocolos clínicos são utilizados rotineiramente pelos profissionais das UBS.		
5. Os profissionais das UBS contam com um processo de educação permanente.		
6. Cada equipe de saúde é responsável por um número de usuários/famílias residentes no território.		
7. Existe vínculo entre a equipe da UBS e os usuários/famílias residentes no território de sua responsabilidade.		
TOTAL		

Integralidade:

A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para o encaminhamento do usuário a outros pontos de atenção para satisfazer suas necessidades.

O princípio da Integralidade é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde, num ambiente humanizado e de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (STARFIELD, 2002).

O artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde a define 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".

MATRIZ 3

A ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
PRINCÍPIO: INTEGRALIDADE		
ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico		
2. A UBS viabiliza aos usuários consultas especializadas quando necessário, no tempo adequado		
3. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações da consulta especializada de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.		
4. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a prescrição de medicamentos.		
5. A equipe de saúde bucal articula com as equipes médica e de enfermagem ações conjuntas de prevenção à cárie dental e outras doenças bucais e promoção à saúde bucal.		
TOTAL		

Coordenação:

Visto como a capacidade de garantir a continuidade da atenção (STARFIELD, 2002), a essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados.

MATRIZ 4

A ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
PRINCÍPIO: COORDENAÇÃO		
ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. A UBS tem prontuário para registro das informações do atendimento prestado pela equipe multiprofissional ao usuário.		

2. Os profissionais da UBS preenchem o prontuário adequadamente.		
3. O prontuário é arquivado de forma adequada para garantir segurança e sigilo das informações nele contidas.		
4. A SMS conta com comissão de revisão de prontuário.		
5. A SMS dispõe de mecanismos para que as equipes de saúde realizem a programação local adequada à população adscrita e recursos disponíveis na UBS.		
6. A SMS dispõe de um mecanismo de contratualização com as equipes de saúde da UBS, mediante metas pactuadas resultantes da programação local.		
7. A SMS realiza o monitoramento das metas pactuadas na programação local.		
TOTAL		

Centralização na Família:

Este princípio remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, acerca dos membros da família e dos seus problemas de saúde. Segundo Starfield (2002), é “considerar a família como o sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde”.

MATRIZ 5

A ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
PRINCÍPIO: CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA		
ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. A equipe de saúde realiza o cadastro de todas as famílias residentes no território.		
2. A equipe realiza a classificação de risco para as famílias residentes no território de sua responsabilidade.		
3. A equipe monitora as famílias de acordo com o grau de risco, priorizando as de maior risco.		
4. A equipe de saúde realiza ações de prevenção da doença cárie de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.		
5. A equipe de saúde realiza ações de educação em saúde voltada para as famílias		

6. A equipe de saúde realiza visitas domiciliares de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.		
7. As equipes dispõem de materiais de educação em saúde destinado aos usuários/famílias.		
TOTAL		

Orientação comunitária:

É o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto sócio-econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva (STARFIELD, 2002). A orientação comunitária também pode ser vista como o envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção através do controle social, com a instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde.

MATRIZ 6

A ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL		
PRINCÍPIO: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. A equipe de saúde identifica de forma sistematizada e periódica as necessidades de saúde da comunidade.		
2. A equipe de saúde desenvolve ações de educação em saúde para a comunidade		
3. A equipe de saúde desenvolve ações de prevenção de doença/agravos para a comunidade.		
4. A UBS conta com conselho local de saúde atuante.		
5. O conselho local de saúde participa do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.		
6. O conselho local de saúde participa do monitoramento das ações realizadas pela equipe de saúde.		
TOTAL		

MATRIZ 7

ANÁLISE DA APS			
PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	% ALCANÇADO
PRIMEIRO CONTATO	40		
LONGITUDINALIDADE	28		
INTEGRALIDADE	20		
COORDENAÇÃO	28		
CENTRALIZAÇÃO FAMILIAR	28		
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	24		
TOTAL	168		