

A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios

The inclusion of the oral health team in the Brazilian Family Health Strategy: barriers, advances and challenges

Grazielle Christine Maciel Mattos¹
Efigênia Ferreira e Ferreira¹
Isabel Cristina Gonçalves Leite²
Rosângela Maria Greco²

Abstract *This scope of this article is to discuss the inclusion of oral health in the Brazilian Family Health Strategy in municipalities of a micro-region of southeastern Brazil, from the standpoint of human resources. Questionnaires were distributed to members of the oral health service: dentists, assistants and managers. The instrument included three dimensions: how and why they adopted the new model; how the service is being reorganized; and what advances were perceived by professionals. The most common reason mentioned by managers for the inclusion of Oral Health was the possibility of changing the technical care model. When asked about their motivation, dentists and assistants also considered the possibility of change in practices to be a priority. It was also seen that there are critical bottlenecks in the hiring and training of human resources to work in the oral health team and in integration among health professionals. Indeed, access is enhanced either by the organization or by the expansion of the teams. The municipalities of the micro-region still encounter difficulties for the functioning of the oral health service, after Family Health, to show actual progress in care practices. However, advances exist and these need to be bolstered to consolidate the health system and improve the quality of life of the population.*

Key words *Family health, Oral health, Health care*

Resumo *O objetivo deste artigo é discutir a inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em cidades de uma microrregião do sudeste do Brasil, sob a perspectiva dos recursos humanos. Foram aplicados questionários aos integrantes do serviço de saúde bucal: dentistas, auxiliares e gestores. O instrumento considerou três dimensões: como e porque se adotou o novo modelo, como o serviço está se reorganizando e que avanços foram percebidos pelos profissionais. O motivo mais mencionado pelos gestores, para inclusão da Saúde Bucal foi a possibilidade de mudança do modelo tecno-assistencial. Dentistas e auxiliares quando questionados sobre sua motivação, também consideraram prioritariamente a possibilidade de mudança na prática. Observou-se ainda que existem nós críticos na contratação e capacitação de recursos humanos para atuar na equipe de saúde bucal e na integração entre os profissionais de saúde. Mas o acesso está melhor, seja pela organização efetuada, seja pela expansão de equipes. Os municípios da microrregião ainda enfrentam percalços para que o funcionamento do serviço de saúde bucal, após a Saúde da Família, apresente avanços reais nas práticas de atenção. Porém, os avanços existem e estes devem ser reforçados, para consolidação do sistema de saúde e melhoria na qualidade de vida da população.*

Palavras chave *Saúde da Família, Saúde bucal, Atenção à Saúde*

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Presidente Antônio Carlos 6627, Ventosa. 31.270-901 Belo Horizonte MG Brasil. gueziabh@yahoo.com.br
² Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora.

Introdução

Os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil demonstraram ineficácia, na medida em que não responderam, em níveis significativos, aos problemas de saúde da população, e ineficiência, uma vez que possuíam um alto custo de execução e baixíssimo rendimento, apesar do grande desenvolvimento científico e tecnológico da Odontologia nos últimos anos^{1,2}.

Historicamente, esses modelos deixaram traços marcantes na prática odontológica atual. Antes da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), só tinham direito a assistência odontológica pública os trabalhadores contribuintes ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social), a exemplo do que também acontecia em outros setores da saúde. Essa assistência priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, realizada individualmente pelo Cirurgião Dentista (CD). Com o SUS, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente e não mais se admite exclusão de grupos populacionais³.

Com o advento dessa nova política nacional de saúde pós 1988, visualizou-se a possibilidade da criação de novos vínculos entre os sujeitos históricos que entram como atores sociais do SUS (trabalhadores de saúde, gestores, acadêmicos e a população), todos em igualdade de condições para, de uma maneira mais radical e mais orgânica, intervir na solução das necessidades da sociedade, isto é, a construção de uma saúde bucal coletiva. Esse cenário ilustra a importância da inserção da odontologia no SUS, como estratégia de transformação da prática, introduzindo novos conceitos, conteúdos e formas de organização e buscando a melhoria das condições de saúde bucal da população⁴.

A Saúde da Família, vista atualmente como estratégia prioritária e alavancadora para a reorganização da atenção primária no Brasil, reafirma os princípios e os valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma visão ampla da saúde da família, no seu território de vida. Com base em uma ação multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades locais e as possibilidades de parcerias intersetoriais para alcançar a integralidade da atenção. A articulação deve garantir o foco na identificação de vulnerabilidades e criação de mecanismos que protejam a saúde e defendam a equidade e a participação social⁵.

Para ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, estimulando dessa forma a reorganização destas ações no nível primário de atenção, foi proposta pelo Ministério da Saúde a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa inclusão se deu através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000⁶. Poucos meses depois, foi publicada também a Portaria 267 de março de 2001, que regulamentou e estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária, descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos nesse nível de atenção, bem como os tipos de equipe: Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário, atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico de Higiene Dentária, atual Técnico de Saúde Bucal (TSB)⁷.

A ampliação da atenção primária em saúde bucal no Brasil e sua (re)valorização através da incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes da ESF apontam para a necessidade de se investigar como se formulam e se instalam as práticas de saúde bucal em diferentes contextos organizacionais e políticos e em que medida os agentes dessas práticas estabelecem suas ações e as compreendem⁸. O sistema de atendimento utilizado na ESF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção⁹.

De fato, com o surgimento da Estratégia Saúde da Família, a odontologia se viu imersa num contexto de mudança de paradigma, numa ótica diferente de atenção em saúde, que busca olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais⁹. As ações de saúde bucal na ESF devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS que buscam, além da ampliação do acesso da população às ações e à resolução dos problemas de saúde-doença bucal instalados e a intervenção nos fatores determinantes de saúde¹⁰.

Muitos são os motivos que têm sido apontados como principais estimuladores da incorporação das equipes de saúde bucal na ESF: os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; a crença dos gestores de que esse novo modelo pode melhorar a saúde bucal da população; a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal baseadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Percebendo o papel que a saúde bucal exerce na saúde geral do indivíduo e a importância do seu desenvolvimento no sistema público de saúde, a inclusão da Odontologia na ESF tem sido

vista como possibilidade de romper com os históricos modelos de atenção à saúde bucal, ineficientes e excludentes, baseados no curativismo e biologicismo. Isso porque a ESF tenta modificar a lógica programática dos modelos de atenção antes adotados pela odontologia, visto que articula as propostas da vigilância à saúde, baseando-se na integralidade, procurando organizar a atenção através da busca ativa de famílias e promovendo mudanças no processo de trabalho¹¹.

Segundo Calado¹², havia relatos de 76 experiências de incorporação do CD nas equipes de saúde da família pelo Brasil, antes da inclusão oficial da saúde bucal na ESF. Em fevereiro de 2002, num intervalo de apenas dois anos após a divulgação da Portaria de incentivos, segundo o Ministério da Saúde¹¹, o número de municípios com equipe de saúde bucal aumentou substancialmente para 1.526 em todo país. De dezembro de 2002 até agosto de 2009, o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.482, significando um aumento de 334%¹³.

Diante de tantas possibilidades e de promessas para a mudança do modelo de atenção à saúde bucal a partir de sua inclusão na ESF, é importante verificar se realmente está havendo alguma mudança no modelo das práticas no nível local. Frente a esse contexto e a essas questões, o presente trabalho discute a inclusão da saúde bucal na ESF, em cidades pertencentes a uma Microrregião de Saúde da Região Sudeste do Brasil, sob a perspectiva dos recursos humanos envolvidos.

Metodologia

Para execução deste estudo, foram observadas as determinações e princípios éticos da Resolução 196/96¹⁴ do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, para apreciação, recebendo aprovação. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2009.

A microrregião do estudo pertence ao estado de Minas Gerais e, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística)¹⁵, ela é composta por 24 municípios, possui uma população em torno de 271.000 habitantes e uma área de cerca de 4.900 km². O Índice Médio de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) variou de 0,662 a 0,776 e a estrutura etária populacional era predominantemente constituída por adultos. As taxas de mortalidade infantil veem decrescendo substancialmente desde o ano 2000.

Dentre os 24 municípios, foram selecionados para participar do estudo aqueles que já haviam implantado a saúde bucal, incluída na ESF, há pelo menos dois anos, em fevereiro de 2009, totalizando 20 municípios. Os sujeitos participantes da pesquisa foram os integrantes do serviço de saúde bucal: Cirurgiões-Dentistas (CD) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), e o responsável pela coordenação da Saúde Bucal (Coordenador de Saúde Bucal ou Secretário Municipal de Saúde). Todos os municípios participantes optaram por fazer a inserção da saúde bucal na ESF através de ESB modalidade I, formada por CD e ASB, por isso, não houve participação de TSB na pesquisa. Dos 20 municípios que poderiam compor a amostra, 14 aceitaram participar do estudo, ficando a amostra composta por 14 gestores, 43 cirurgiões dentista e 48 auxiliares de saúde bucal.

Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento na forma de questionário, semiestruturado, autoaplicável, adaptado do instrumento utilizado no estudo desenvolvido por Souza¹⁶. Neste trabalho foram avaliadas três dimensões para a discussão da implantação da saúde bucal na estratégia saúde da família da microrregião: como e porque se adotou o novo modelo, como o serviço está se reorganizando e que avanços foram percebidos pelos profissionais envolvidos.

Antes da coleta de dados, foi requerida uma autorização, concedida pelo Secretário Municipal de Saúde, para a execução do estudo em cada cidade. Um estudo piloto foi realizado em um município, também pertencente à microrregião, mas excluído da amostra, por não possuir dois anos de inclusão da saúde bucal na ESF, realizado dois meses antes do início da coleta dos dados, com a finalidade de identificar possíveis falhas no instrumento.

Os dados levantados foram armazenados em um banco de dados informatizado, criado através do programa Statistical Package For Social Sciences - SPSS 17.0 e analisados descritivamente, através números relativos e absolutos.

Resultados e discussão

O tempo de implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (EqSF) nos municípios variou de 4 a 17 anos, com média de $8,2 \pm 3,7$ anos. Entre os 14 municípios, dez tiveram essa implantação num tempo antecedente de 4 a 8 anos. Um dos gestores relatou que a primeira EqSF foi implantada na sua cidade há 17 anos, apesar do início da implementação da Estratégia Saúde da

Família no Brasil ter ocorrido oficialmente no Brasil a partir do ano de 1994.

Todos os municípios estudados somente constituíram Equipes de Saúde Bucal após a Portaria 144⁶ que estabeleceu os incentivos federais, o que evidencia a importância desses incentivos na viabilização da implantação dessas equipes.

Particularmente para a Saúde Bucal, a questão financeira parece ter grande influência na sua implantação e desenvolvimento. Os gestores justificaram essa opção em função dos altos custos advindos da compra de materiais, instrumentais e equipamentos indispensáveis para o atendimento odontológico, mesmo considerando a atenção primária. De fato, percebe-se que a incorporação expressiva da Saúde Bucal na ESF só se deu após o estabelecimento desses incentivos financeiros federais para os municípios. Ao avaliar a Saúde Bucal após um ano de qualificação para incentivo federal, Zanetti¹⁷ concluiu que os estados que possuíam mais de 70% dos seus municípios qualificados para o recebimento de incentivos federais eram os que menos participavam no PIB nacional, portanto, os estados mais pobres.

Na avaliação da implantação da ESF elaborada pela Escola Nacional de Saúde Pública, o incentivo financeiro do Ministério da Saúde não foi mencionado como fator decisivo, em dez grandes centros urbanos. No entanto, a capitalização política por parte do executivo local, com a expansão de cobertura de assistência à saúde propiciada pela ESF pode ser observada, por vezes, com indícios de clientelismo¹⁸.

No presente estudo, oito (57,1 %) municípios optaram por implantar as ESF incluindo a ESB, no mesmo momento. Em média, as equipes de saúde bucal (ESB) foram implantadas há $5,5 \pm 2,5$ anos, com intervalo de 3 a 6 anos em 11 dos 14 municípios. Em 10 (71,4 %) municípios a relação EqSF/ESB era 1:1, ou seja, para cada Equipe de Saúde da Família implantada havia também uma Equipe de Saúde Bucal.

Como motivação para a inclusão da saúde bucal na ESF, a possibilidade de mudança do modelo tecno-assistencial em saúde bucal de acordo com os princípios do SUS foi o motivo mais considerado pelos gestores, 8 (57,1%), seguido de incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a ESB, 5 (35,7%), e a possibilidade de ampliação da oferta de recursos humanos capacitados para a população, um (7,1%). Apesar de o principal motivo para a incorporação da Saúde Bucal, considerado pelos gestores, ter sido a possibilidade de mudar o modelo de práticas, atendendo aos

princípios do SUS, após terem sido questionados a respeito da importância do incentivo financeiro federal, a grande maioria, 12 (85,71%), considerou tal incentivo muito necessário.

Os municípios brasileiros apresentam grande desigualdade na capacidade de geração de receitas próprias e o custeio, especialmente com pessoal de nível superior para atuar nas equipes de saúde da família, é mais elevado nos menores municípios, naqueles com piores indicadores de saúde, menor capacidade instalada de serviços de saúde e os localizados no interior e localidades de mais difícil acesso. Nesse cenário as transferências federais podem cumprir papel destacado na busca de equidade no âmbito do SUS, particularmente no tocante a organização das ações e serviços de atenção básica, sendo às vezes mais consideradas que o próprio impacto das mudanças nas práticas¹⁹.

Quando questionados a respeito de suas motivações para ingresso na ESB, 25 (58,5%) cirurgiões dentistas e 28 (58,1%) auxiliares também consideraram como motivação principal a possibilidade de mudança na prática assistencial.

Considerando a capacitação dos gestores para o enfrentamento de uma nova realidade propiciada pelo novo modelo, observou-se que 4 (28,5%) possuíam formação profissional de nível superior, 3 (21,4%) deles na área de saúde, sendo 2 dentistas e um fisioterapeuta. O tempo em que atuavam na gestão da saúde variou de 3 meses a 6 anos.

A falta de formação dos gestores certamente impacta consideravelmente na forma como a implantação do novo modelo de atenção vem acontecendo pelos municípios do Brasil. Segundo Pierantoni²⁰, um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para as ações a serem desenvolvidas na gestão em saúde pode acentuar as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado e da retribuição financeira.

Dos 43 CD que participaram da pesquisa, 12 (27,91%) já trabalhavam no serviço de saúde bucal do município antes de sua inserção na ESB. Observou-se que 29 (67,44%) possuíam uma vinculação com o município, firmada através de contrato temporário e 28 (58,30%) tiveram a indicação como requisito para a contratação. Com relação aos 48 ASB, 25 (52,08%) firmaram contratos temporários e 18 (37,50%) foram indicados para o cargo.

Entre os ASB, 29 (60,42%) possuíam curso formal para exercer a função e 28 (58,33%) já trabalhavam no serviço de saúde bucal do mu-

nício antes de sua inserção na ESB. Pôde-se constatar que 19 (39,58%) exerciam a função de ASB, sem capacitação formal e nem mesmo um treinamento específico. Exerciam a função seguindo instruções e orientações do cirurgião dentista da própria equipe.

Essa realidade aponta para a precarização das relações de trabalho, evidenciada pela falta de capacitação técnica formal, excluídos os CD. Além disso, observou-se a predominância da informalidade na vinculação e contratação dos profissionais.

Para Volschan et al.²¹, o CD e o ASB somente devem ser incorporados à equipe de saúde da família após treinamento, que deve proporcionar aos profissionais a compreensão das políticas de saúde propostas pelo SUS, estimular a desmonopolização dos saberes de saúde bucal para o restante da equipe e capacitar o desenvolvimento de atividades em grupo, como educação em saúde, porque o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal depende, fundamentalmente, de recursos humanos adequadamente preparados.

A flexibilização de jornada tem sido o motivo mais considerado pelos municípios para a adoção de formas precárias de contratação de profissionais. Tal flexibilização, considerada por Viana e Dal Poz²² como “elementos de reforço ao processo de mudança”, infelizmente, na prática, tem sido traduzida em instabilidade no emprego e em práticas clientelistas (critérios políticos), especialmente nos municípios de menor porte com até 100 mil habitantes.

Contradições foram observadas ao se confrontar dados a respeito da jornada de trabalho contratada e da jornada de trabalho cumprida do CD. Observou-se que 37 (86,05%) afirmaram possuir contrato de 40 horas semanais de trabalho; 4 (9,30%) ter contrato de 10 a 25 horas semanais e 2 (4,65%) não responderam. Portan-

to, alguns profissionais, mesmo cadastrados na ESF, afirmaram terem sido contratados para uma jornada de trabalho menor do que o tempo de 40 horas semanais preconizado pela estratégia. Somando-se a isso, temos o fato de que 17 (45,95%) dos 37 CD contratados para 40 horas declararam não cumprir tal carga horária, sobretudo por não residirem no município onde trabalham.

O profissional que compõe a ESF deve conhecer a comunidade com a qual está trabalhando, suas necessidades, vulnerabilidades, a fim de reforçar o vínculo, criando possibilidades para poder atuar na promoção e prevenção da saúde. Esse vínculo pode ser inviabilizado, quando não há a permanência do profissional no serviço²³.

Diferentemente dos CD, todos os ASB contratados para uma jornada de 40 horas semanais (38, 79,17%) afirmaram cumprir a carga horária. Esse resultado evidenciou a responsabilização cada vez maior atribuída a esse profissional no que se refere à saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde, pois é o auxiliar que fica a maior parte do tempo na unidade e é ele que responde pela saúde bucal na ausência do CD.

As formas de contratação informais e precárias, que provocam instabilidade de emprego e a jornada de trabalho semanal inferior a 40 horas, fundamentais para a construção do vínculo e implementação do modelo, são fatores que, mesmo não sendo determinantes no modo como se define a atenção ao usuário do serviço, podem estar interferindo nesse processo²³.

Com relação ao desenvolvimento de ações articuladas entre a Equipe de Saúde Bucal e a Equipe de Saúde da Família, somente 12 (29,27%) CD e 13 (30,23%) ASB afirmaram sempre realizá-las. As ações desenvolvidas em conjunto (ESF e ESB), segundo os CD e ASB estão explicitadas a seguir (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa das ações desenvolvidas pela ESB juntamente com a EqSF segundo CD e ASB, Microrregião de Saúde do Sudeste brasileiro, 2009.

Tipo de ações	CD		ASB	
	n	%	n	%
Educação e prevenção em saúde bucal	32	75,0	25	52,9
Encaminhamento de pacientes entre as equipes	2	5,55	3	5,9
Atendimento aos pacientes de grupos programáticos	2	5,55	0	0,0
Não desenvolve ações em conjunto	6	13,9	20	41,2
Total	43	100,0	48	100,0

Parece que existe certa resistência por parte da própria ESB na execução do trabalho em equipe com a ESF, resistência esta percebida e relatada pelo ASB. Podemos atribuir esse fato às características inerentes à formação do cirurgião dentista, inclusive responsável por capacitar o ASB, que atribui valorização extrema ao desenvolvimento de habilidades técnicas e especializadas, em detrimento das habilidades necessárias ao trabalho em equipe, articulado e com a coletividade²⁴. Deve-se considerar, no entanto, que o trabalho em equipe ainda não é prática de ensino aprendizagem em nenhuma instituição de ensino superior da área de saúde. Os cursos são ministrados separadamente, e esta vivência acontece em poucas e honrosas exceções.

A abordagem da ESF para o trabalho do cirurgião dentista vai muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada. No entanto, a formação acadêmica dos profissionais não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada, o que reflete na falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde. Há a necessidade de motivar os profissionais de saúde bucal para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e o estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas²⁵.

Em relação ao desenvolvimento de ações intersetoriais, de um total de 57 dentistas e gestores participantes, 43 (75,44%) afirmaram realizar ações intersetoriais, visando integrar a Saúde Bucal às demais ações de saúde do serviço. Dentre as atividades mais consideradas por eles, as ações de informação e prevenção em saúde bucal desenvolvidas na comunidade ou nas escolas estiveram em primeiro lugar.

Parece haver uma falta de entendimento do real sentido da intersetorialidade em saúde por parte da maioria dos participantes. Ao se considerar intersetorial o desenvolvimento de ações de informação e prevenção desenvolvidas na comunidade ou em escolas, deve-se questionar de que maneira essas ações vem sendo desenvolvidas²⁶.

A este respeito, podemos citar um estudo realizado em Curitiba²⁶ onde este tema foi explorado. Das 65 equipes pesquisadas, apenas 23% afirmaram realizar ações intersetoriais, referindo-se, em sua maioria, a ações de educação em saúde bucal, palestras educativas, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica com flúor e bochechos fluoretados, reali-

zadas em outros espaços que não a Unidade de Saúde, prioritariamente em escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino. Empresas, entidades comunitárias, igrejas e a Unidade de Saúde também foram apontadas como lócus para o desenvolvimento destas ações.

Silva²⁷ coloca que todo esforço de desenvolvimento da saúde, com um enfoque mais amplo exige a associação de todas as forças sociais e econômicas com o propósito do bem-estar coletivo. A intersetorialidade materializa-se em atividades no nível local, porém sua articulação deve-se dar em todos os níveis de governo.

Com relação à organização da atenção à saúde, a articulação entre a “oferta organizada” e a “demanda espontânea”²⁸ ainda apresenta entraves, nos municípios da microrregião. Mais de 95% das ESB trabalhavam com uma área definida, porém apenas 39 (81,40%) possuíam o mapeamento da área. O agendamento foi a forma de acesso aos serviços mais considerada (primeira opção) por mais de 90% dos CD e ASB participantes. Dois (2,30%) CD e ASB elegeram como primeira opção a livre demanda. O agendamento descrito acima ocorre de duas formas. Em algumas unidades os usuários teriam acesso aos serviços através do agendamento feito pelo Agente Comunitário de Saúde; em outras, o agendamento seria feito pelo Auxiliar de Saúde Bucal, em um dia específico na unidade ou nas escolas.

Para 39 (90,2%) CD e 41 (86,0%) ASB, independente da forma como é feito, o agendamento melhorou o acesso da população aos serviços de saúde bucal, após a inclusão da mesma na ESF, apesar desse acesso restringir-se grande parte das vezes ao nível primário de atenção, não havendo referenciamento adequado para os níveis secundário e terciário.

No entanto, foi possível perceber que a maioria das respostas, tanto dos CD quanto dos ASB, relacionadas à modificação do acesso da população aos serviços de saúde bucal pelo agendamento, referia-se mais ao aumento do número de profissionais de saúde e ESB no município.

Considerando os princípios organizativos e doutrinários do SUS, percebe-se que, se articulados, têm como objetivo principal promover o acesso universal às ações e serviços de saúde como direito de cidadania. É na relação do usuário com os serviços e seus profissionais que devem ser centradas as análises que buscam conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas²⁹.

Apesar de avanços político-administrativos, reconhecem-se dificuldades para adequar o mo-

delo de atenção aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e maior integralidade das práticas. Segundo Conill³⁰, as principais limitações para sua operacionalização seriam decorrentes da formação inadequada dos profissionais e gestores, falta de recursos financeiros e falta de entendimento das estratégias de execução dos serviços e ações de saúde preconizadas pela política de saúde atual. Limitações essas ainda presentes confirmadas pelos resultados do estudo.

Sobre a atenção secundária e terciária em Saúde Bucal, gestores e cirurgiões dentistas foram questionados a respeito do funcionamento do Sistema de Referência e Contra-Referência (SRCR) para os outros níveis de atenção nos municípios da microrregião, como foi descrito na Tabela 2.

As principais dificuldades apontadas pelos gestores e CD para que o SRCR não funcione dizem respeito à falta de recursos humanos capacitados para atividades de média complexidade, ao número limitado de vagas e à falta de centros de referência em Saúde Bucal na região.

Ao se tratar do referenciamento, os dados do estudo remetem ao fato de que o acesso à atenção secundária e terciária no modelo de atenção desenvolvido pela saúde bucal ainda é um nó crítico, que precisa ser analisado e discutido para que possam ser estabelecidas propostas de superação¹¹. Considerando a importância de oferecer à população todos os níveis de complexidade do tratamento, incluídos no princípio da integralidade da atenção, observou-se que a maioria dos municípios da microrregião ainda não oferece o referenciamento para as ações secundárias e terciárias.

Nessa análise, considerou-se que a insuficiência do número de vagas está diretamente relacionada à ausência de centros de referência em saúde bucal na região e que o problema da falta de re-

ursos humanos capacitados esteja relacionado ao limitado aparato no Serviço Público para absorver essa mão de obra especializada, havendo ainda um direcionamento da formação profissional para o setor privado, como dificultador¹¹.

A atual Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde se propõe a assegurar o atendimento aos níveis secundários e terciários de Atenção³¹. Entretanto, o número de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CEOS) no Brasil ainda se encontra muito aquém do necessário para responder aos problemas da população²⁵.

Por fim, procurou-se saber a opinião dos gestores, CD e ASB a respeito de possíveis avanços promovidos pela ESF. A totalidade dos gestores afirmou que ocorreram avanços no novo modelo implantado. Para os CD e os ASB, existe unanimidade em se considerar como avanço, o maior acesso, e a introdução das atividades preventivas. Além disso, esses profissionais consideraram que a população também está mais consciente da importância da saúde bucal.

Para a consolidação da saúde da família como novo modelo de atenção à saúde, a inclusão da saúde bucal na estratégia exige uma reorganização da prática odontológica, com as equipes de saúde bucal preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Para que avanços reais na atenção possam ser constatados, todos os recursos humanos envolvidos necessitam serem sujeitos de um processo de qualificação profissional, que os capacite a participar dos processos decisórios, integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia³².

Percorrendo a trajetória histórica da programação em saúde bucal no Brasil, verifica-se que

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa sobre o funcionamento do SRCR em Saúde Bucal consideradas por gestores e CD, Microrregião de Saúde do Sudeste brasileiro, 2009.

SRCR	Gestores		CD	
	n	%	n	%
Não existe referência	6	42,9	32	74,4
Adequado; pactuado com outro município	2	14,3	7	16,3
Precário; pactuado com outro município	3	21,4	3	7,0
Não funciona; pactuado com outro município	2	14,3	1	2,3
Existe no próprio município	1	7,1	0	0,0
Total	14	100,0	43	100,0

nem sempre foi possível identificar uma perfeita sintonia, entre o agir cotidiano dos serviços públicos, o modelo assistencial que se pretende instituir e o modelo de programação que se utiliza para tanto. E mesmo quando se identifica uma articulação harmoniosa entre o modelo assistencial e o modelo de programação vigentes, não se verificam neles o propósito e/ou estratégias para se realizar plenamente os princípios fundamentais do SUS³³.

Questões relativas à organização do serviço, como o desenvolvimento de ações com a EqSF e o referenciamento, foram temas importantes para se analisar como as formas de organização do serviço podem interferir no seu funcionamento. Entretanto, é importante esclarecer que o presente estudo não consegue se apoderar e se aprofundar nos microprocessos do trabalho em saúde³³.

Diante do exposto, verificou-se que inserir a saúde bucal na ESF não é suficiente para que alcancemos avanços na execução das práticas de atenção. É importante e necessária uma maior articulação de todos os setores administrativos do município a fim de implementar políticas públicas universais, equânimes e integrais em todos os serviços, não somente na área de saúde. É preciso ainda uma formação adequada dos profissionais para que eles consigam efetivar os princípios do SUS e da ESF nas suas práticas cotidianas. E, por fim, é preciso que a própria população, habituada a consumir procedimentos nos serviços de saúde, esteja amparada por políticas públicas saudáveis para valorizar a promoção da saúde¹². A ESF possui diretrizes à frente da realidade atual, portanto, há ainda um longo caminho a ser trilhado para que as mudanças na prática de fato se realizem.

Considerações finais

A Estratégia Saúde da Família tornou-se, nos últimos anos, a proposta mais importante de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, tendo como principal objetivo, reorganizar a prática na Atenção Primária, incorporando as propostas da vigilância à saúde, buscando contemplar o princípio da integralidade.

A saúde bucal, incorporada oficialmente na ESF em 2000, da mesma forma que a Estratégia, vem passando por um momento de grande ex-

pansão em todo o país, principalmente após o estabelecimento de incentivos financeiros para a sua incorporação. Estes se mostraram fundamentais como motivadores para viabilização da proposta. A própria Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, promoveu um grande estímulo à reorganização do modelo de atenção à saúde bucal através da ESF e existe essa expectativa entre os profissionais envolvidos na ESB.

A contratação de recursos humanos para atuar na ESB ainda se constitui em dificultador para o desenvolvimento do modelo. A capacitação dos profissionais para uma proposta nova, a contratação precária e a dificuldade de contratos de tempo integral, podem trazer como consequência a inabilidade para o trabalho a ser desenvolvido, a instabilidade do recurso humano frente à população e a ausência do profissional, muitas vezes em momentos nos quais seria imprescindível.

O acesso reconhecidamente está melhor, seja pela organização efetuada, seja pela expansão de equipes, mas sem a garantia da atenção secundária e terciária, a integralidade, no sentido do atendimento, estará fatalmente prejudicada. Além disso, a territorialização e a organização da demanda precisam ser mais bem incorporadas pelas equipes.

O trabalho em equipe com integração e inter-relação entre os profissionais da unidade de saúde é o pior entrave. A inexistência da vivência de equipe, na formação do profissional de saúde, aponta para a necessidade de uma mudança radical no sistema de formação de recursos humanos para a saúde, no Brasil. Provisoriamente, um forte investimento em capacitação de formação e manutenção de equipes de trabalho, para os profissionais que atuam nas unidades, precisa ser considerada.

Pôde-se constatar que os municípios pertencentes à microrregião estudada ainda possuem muitos desafios a enfrentar e muitas barreiras a romper para que o funcionamento do serviço de saúde bucal, após o advento da Saúde da Família, possa apresentar avanços reais nas práticas de atenção e esteja condizente com as premissas e orientações preconizadas pela ESF. Mas existem os avanços e estes devem ser mantidos e reforçados, para consolidação do sistema de saúde e melhoria substancial na saúde e qualidade de vida da população.

Colaboradores

GCM Mattos atuou em todas as etapas do trabalho; RM Greco trabalhou na concepção, na pesquisa, na metodologia e conclusões; EF Ferreira trabalhou na concepção, conclusões e na redação final e ICG Leite trabalhou na concepção e na pesquisa.

Agradecimentos

Agradecemos à Gerência Regional de Saúde de Manhumirim - MG pelo apoio ao desenvolvimento do presente trabalho.

Referências

1. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e técnica. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):599-609.
2. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
3. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):241-246.
4. Cordón J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):557-563.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual de Controle de Riscos em Serviços Odontológicos*. Brasília: MS; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 267/GM de 06 de março de 2001. *Diário Oficial da União* 2001; 7 mar.
8. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1697-1710.
9. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd SP, Mendes WB. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Odontol* 2001; 65(2):7-29.
10. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):123-130.
11. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11):2727-2739.
12. Calado GS. *A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde bucal investe R\$ 53,1 milhões na ampliação de ações*: MS anuncia medidas como a criação de consultórios móveis, reajuste de 100% no recurso para próteses dentárias e habilitação de 96 novos Centros de Especialidades [página na Internet]. Brasília: MS; 2009 [acessado 2009 dez 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=10622.

14. Souza TMS. *A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2000: Indicadores sociais municipais* [página na internet] 2001. [acessado 2008 out 20]. Disponível em: www.ibge.gov.br/munic2001/tabelas.php?codmun=313940&descricao=Manhuaçu
16. Zanetti CHG. *Atenção básica em saúde bucal: avaliando um ano de qualificação para incentivo federal* [página na Internet] 2002. [acessado 2009 set 11]. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>
17. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. *Saúde da família, avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (MS); 2005.
18. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):403-415.
19. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):341-360.
20. Volschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de Saúde da Família. *Rev Bras Odontol* 2002; 59(5):314-316.
21. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 1998; 8(2):11-48.
22. Carvalho CL, Girardi SB. *Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil: relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: Ministério da Saúde (MS); 2002.
23. Mishima SM, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? - Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM, organizadores. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p 137-156.
24. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO UPF* 2007; 12(3):18-35.
25. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ, Moysés ST. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba-PR. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1827-1834.
26. Silva JRAG. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.
27. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância à Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-583.
28. Giovanela L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de Análise. In: Eibenschutz C, organizador. *Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-197.
29. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl. 1):191-202.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
31. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):35-41.
32. Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg. saúde debate* 1996; (13):18-35.
33. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial; 1997. p. 71-112.

Artigo apresentado em 03/09/2012

Aprovado em 15/11/2012

Versão final apresentada em 21/11/2012