



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Especialização em Gestão Pública Municipal
Campus Curitiba



PAULO MARCELO NOCÊRA

**IMPLANTAÇÃO DO SETOR ODONTOLÓGICO, NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE TELÊMACO BORBA (PR).**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

CURITIBA-PR
2012

PAULO MARCELO NOCÊRA

**IMPLANTAÇÃO DO SETOR ODONTOLÓGICO, NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE TELÊMACO BORBA (PR).**

Monografia de conclusão do Curso de especialização
em Gestão Pública Municipal, da Universidade
Tecnológica Federal do Paraná - Campus Curitiba,
como requisito parcial para a obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública Municipal

Profº Orientador Jorge Carlos C. Guerra

CURITIBA-PR
2012



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Especialização em Gestão Pública Municipal
Campus Curitiba



TERMO DE APROVAÇÃO

**IMPLANTAÇÃO DO SETOR ODONTOLÓGICO, NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE TELÊMACO BORBA (PR).**

por

PAULO MARCELO NOCÊRA

Esta monografia foi apresentada às 08:00 horas, do dia 14 de Dezembro do ano 2012, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal – Educação à distância – Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

O candidato apresentou o trabalho para a Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados.

Após a deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

Profª MSc Ana Cristina M. Magalhães
(UTFPR)

Profª Drª Isaura Alberton de Lima
(UTFPR)

Prof. Jorge C. C. Guerra, LD – Orientador
(UTFPR)

Visto da Coordenação:

Profª MSc Hilda Alberton de Carvalho
Coordenadora do Curso de Especialização
em Gestão Pública

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida. As provações que tive e tenho em minha vida renovam, a cada dia, minha fé quando ultrapasso tais obstáculos, pois sei que Ele olha por mim.

Aos meus pais, Paulo César e Suzana, que me deram educação e me ensinaram a ser um cidadão no sentido amplo da palavra, valorizando a honestidade, companheirismo e humildade para com meus próximos.

À minha esposa Vanessa, pela paciência e estímulo nos momentos mais difíceis e de desânimo, bem como pela convivência quando da renúncia de alguns momentos de lazer.

Ao meu filho João Vitor, que também soube entender as dificuldades enfrentadas durante esta conquista, especialmente quanto à limitação de tempo para nossos momentos de brincadeiras e passeios.

Ao meu Orientador e Professor Jorge Carlos Guerra, por sua humildade em compartilhar conhecimento, paciência em direcionar meus pensamentos e ideias sempre de maneira respeitosa e rápida e criar um vínculo de amizade, razão principal para criar liberdade de argumentar e absorver críticas durante o desenvolvimento da monografia.

Às tutoras Vera Lucia Galvão e Patrícia Ferreira Kuhnen, pela atenção sempre disponível e pelo incentivo durante todo o curso.

À equipe docente da UTFPR, pela dedicação e qualidade do ensino.

Aos colegas de turma e, especialmente, aos meus amigos Ivan Pianca, Eliane Pedlowski e Flávio Simão, pela cumplicidade durante as atividades em grupo e pelos ótimos momentos que passamos juntos, dentro e fora das atividades do curso.

A todos os citados acima, dedico e compartilho esta conquista.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

(José de Alencar)

RESUMO

NOCÊRA, Paulo Marcelo. Implantação do Setor Odontológico, na Estratégia Saúde da Família, no município de Telêmaco Boba / PR. 2012. 77 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Educação à distância - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a quebra definitiva de antigos modelos de atenção e políticas públicas de saúde, abandonando a filosofia puramente assistencial-curativa e incluindo medidas preventivistas, tornando estas últimas sua prioridade. As políticas públicas de saúde bucal acompanham esta mudança, ainda que ainda não completamente integradas quando comparadas às atividades médicas, de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Buscou-se neste trabalho analisar a implantação e atuação das equipes de saúde bucal na ESF no município de Telêmaco Borba-PR, delimitando aspectos administrativos e operacionais desta realização. O presente trabalho inicialmente define as políticas públicas de saúde existentes no Brasil durante seu desenvolvimento como país independente, chegando até a criação da ESF e, posteriormente, inclusão do atendimento odontológico. Na sequência, delimita-se o trabalho exclusivamente ao atendimento odontológico em Telêmaco Borba-PR nas Unidades de Saúde cadastradas junto ao Ministério da Saúde e cujas regras são seguidas segundo o que a ESF preconiza, recebendo, devido a isso, recursos materiais e financeiros federais para auxílio na sua manutenção. A estes locais foram encaminhados 03 questionários, sendo que um abordava aspectos administrativos e os demais abordavam aspectos operacionais das Equipes de Saúde Bucal. Observou-se, como pontos positivos, o avanço na universalidade do atendimento, a ampliação do atendimento à comunidade e, por consequência, a ampliação quantitativa e qualitativa dos procedimentos oferecidos aos usuários. Como pontos negativos, observou-se a falta de preparo técnico dos profissionais para esta nova estratégia de atendimento, a demanda excessivamente exagerada e a pouca valorização salarial, incompatível com a carga horária e o número de atendimentos, bem como o fato de boa parte das equipes contarem com profissionais cujas contratações eram instáveis.

Palavras – chave: Saúde Bucal. Saúde da Família. Políticas Públicas de Saúde. Telêmaco Borba (PR).

ABSTRACT

NOCÊRA, Paulo Marcelo. Sector Dental Implantation, in the Family Health Strategy, in Telêmaco Boba / PR. 77 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Educação à distância - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

The Family Health Strategy (FHS) is the definitive breaking of old models of care and public health policies, abandoning the philosophy purely curative, including preventives measures, becoming its priority. Public politics in oral health follow this change, although not yet fully integrated when compared to medical activities, nursing and community health workers. This work tried to analyze the implementation and performance of oral health teams at FHS in Telêmaco Borba, Paraná, delimiting administrative and operational aspects of this achievement. This monograph defines at first the existing public health policies in Brazil during its development as an independent country, even to the creation of the FHS and, later, the inclusion of dental care. Further, it delimits the work exclusively to dental care in Telêmaco Borba, Paraná in Health Units registered with the Ministry of Health and whose rules are followed according to the FHS recommends, getting material and financial resources federal to aid in its maintenance because of that. At these locations were three questionnaires: one contained administrative aspects and two contained operational aspects of Oral Health Teams. It was noted as positives, the progress in universality of care, expanding services to the community and therefore the quantitative and qualitative expansion of procedures offered to users. As negative points, there was a lack of technical preparation of professionals for this new service strategy, demand excessively exaggerated and low valuation, incompatible with the workload and the number of treatments, as well as the fact that most teams count with professionals whose signings were unstable.

Keywords: Oral Health. Family Health Strategy. Public Health Policies. Telêmaco Borba-PR

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1: Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - Brasil.....	41
Figura 2: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil.....	41
Figura 3: Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal Implantadas no Brasil (2001 - Agosto 2011).....	42
Figura 4: Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde Bucal Implantadas no Brasil (2001 - Agosto 2011).....	42
Figura 5: PSF Rincão/Sertão – Porto Alegre/RS	48
Figura 6: Fluoretação nas escolas municipais de Telêmaco Borba/PR.....	53

LISTA DE TABELAS.

Tabela 1: Incentivos federais para Implantação de CEOs.....	32
Tabela 2: Incentivos federais para Manutenção de CEOs.....	33
Tabela 3: Repasse Financeiro Federal proporcionalmente à produção de próteses	33

LISTA DE SIGLAS.

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACs	Agentes Comunitários de Saúde
AI	Atos Institucionais
AMA	Assistências Médicas Ambulatoriais
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LRPD	Laboratório Regional de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PRAOD	Programa de Reorientação da Assistência Odontológica
PSF	Programa Saúde da Família
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SESA/PR	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SI	Sistema Incremental
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Justificativa.....	11
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo Geral.....	11
1.2.2 Objetivos Específicos.....	12
1.3 Metodologia.....	12
1.4 Desenvolvimento da Monografia.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Políticas Públicas e a Odontologia.....	15
2.1.1 Princípios do SUS.....	23
2.2 E.S.F. e a inserção da Odontologia.....	23
2.2.1 A ESF e os seus conceitos.....	24
2.2.2 As Equipes de Saúde da Família.....	25
2.2.3 Formas de Contratação.....	26
2.2.4 Financiamento.....	27
2.2.5 A Odontologia inserida na Saúde Pública e na E.S.F.....	28
2.3 Implantação do Programa Brasil Sorridente.....	31
2.4 Situação atual da Odontologia na E.S.F.....	35
2.4.1 Brasil.....	35
2.4.2 Paraná.....	36
2.5 Principais fatores de fracasso de políticas públicas e Odontologia em municípios.....	37
2.6 Principais fatores de sucesso de políticas públicas e Odontologia em municípios.....	40
2.6.1 Casos de sucesso de políticas públicas e Odontologia em municípios.....	42
2.6.2 Casos de sucesso de políticas públicas junto a empresas privadas.....	47
3. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	49
4. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL EM TELÊMACO BORBA (PR)	51
4.1 Diagnóstico Situacional.....	51
4.2 Objetivos e Amostras da Pesquisa.....	53
4.3 O Setor Odontológico Público em Telêmaco Borba/PR inserido na ESF.....	54
4.3.1 Aspectos Administrativos.....	54
4.3.2 Aspectos Operacionais.....	55
4.4 Sugestões.....	58
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	69

1 INTRODUÇÃO.

1.1 Justificativa.

O Sistema Único de Saúde (SUS), introduzido na Constituição de 1988 e regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, trouxe mudanças extremas nas políticas de saúde no Brasil. O modelo assistencial predominante até então se mostrava em declínio no âmbito da saúde coletiva e criava a necessidade emergente de novas estratégias que levassem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e do processo de trabalho em saúde (Baldani *et al.*, 2003).

Neste contexto, surge o Programa Saúde da Família (PSF), cujo conceito foi definido pelo Ministério da Saúde como uma estratégia que priorizava as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (Brasil, 2001).

A fase inicial de sua implantação começou em 1991 através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual tinha como foco de ação a família. Este programa apresentou bons resultados, especialmente quando demonstrada a redução dos índices de mortalidade infantil e materna (Viana, 1998).

Em 1994, houve a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família, englobando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) (Brasil, 2001). A inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB's) na Estratégia Saúde da Família (ESF) só foi homologada alguns anos depois, através da Portaria 1444/GM de 2000, sendo que o objetivo maior dessa inclusão foi o de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal (Brasil, 2002).

Em Telêmaco Borba (PR), a implantação do setor odontológico na Estratégia Saúde da Família aconteceu apenas em 2011 e somente em 06 USFs municipais (43% das unidades de saúde do município). (Brasil, 2011).

1.2 Objetivos.

1.2.1 Objetivo Geral.

Relatar a saúde bucal, como parte integrante das políticas de saúde no Brasil e a sua inserção no Programa Saúde da Família, na cidade de Telêmaco Borba (PR).

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Avaliar a importância da Estratégia Saúde da Família como método de atendimento universal no setor primário de saúde;
- Construir referencial teórico sobre as diversas instâncias responsáveis pelo pleno funcionamento da Estratégia Saúde da Família, seja de âmbito federal, estadual ou municipal, estabelecendo limites e responsabilidades de cada um deles;
- Elaborar reflexão crítica e sistemática sobre o papel do Poder Executivo Municipal, em especial, a Secretaria Municipal de Saúde de Telêmaco Borba (PR), como elemento essencial do correto planejamento de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde para a Estratégia Saúde da Família, especialmente quanto à inserção e manutenção do setor odontológico;
- Determinar dificuldades e maneiras de saná-las para que o atendimento odontológico possa se inserir adequadamente às equipes já presentes (médico, enfermeiros, agentes comunitários) nas Unidades de Saúde da Família municipais.

1.3 Metodologia.

A pesquisa tem caráter exploratório/documental, pois visa estender o conhecimento sobre o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, especialmente quanto ao setor odontológico e à interação deste aos demais integrantes das Equipes de Saúde da Família.

O estudo proposto é também de natureza quantitativa e qualitativa, caracterizado pelo envio de três tipos de questionários, com questões objetivas e uma questão subjetiva, as quais abordam aspectos administrativos e operacionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB's) nas Unidades de Saúde da Família (USF's).

Primeiramente, são aplicados os três questionários.

O primeiro é destinado ao coordenador do setor odontológico municipal, abordando aspectos administrativos das ESB's nas USF's: questões relativas ao início da implantação das ESB's; número de ESB's no município; população coberta pelas ESB's; localização das ESB's; forma de contratação dos dentistas das ESB's; jornada de trabalho dos profissionais das ESB's; faixa salarial dos profissionais (Odontólogos, Auxiliares de Saúde Bucal e Técnicos de Saúde Bucal) que atuam no programa; recursos destinados às ESB's.

O segundo questionário é entregue aos seis cirurgiões-dentistas das ESB's nas USF's do município de Telêmaco Borba (PR) e aborda aspectos operacionais das ESB's buscando informações relativas à: tempo de contratação do dentista na USF; participação em cursos de capacitação; tipo de clientela atendida pela ESBs; organização da demanda; frequência de visitas domiciliares pelo dentista; referência e contra-referência em saúde bucal; ações desempenhadas pelo dentista e pessoal auxiliar; integração entre a ESBs e o restante da Equipe de Saúde da Família.

O terceiro questionário é destinado às ASBs e TSBs, também contendo questões de caráter operacional.

Já a questão subjetiva solicita que sejam relatadas experiências, inovações, dificuldades ou mudanças observadas em relação às Equipes de Saúde Bucal nas USFs.

Os procedimentos para análise e interpretação de dados são expressos em médias e proporções. Para análise da questão subjetiva, buscou-se isolar idéias centrais e expressões-chaves utilizando o método qualitativo do discurso do sujeito coletivo (Lefèvre, 2000).

O tempo previsto para envio, recebimento e análise dos dados é de 15 dias.

1.4 Desenvolvimento da monografia.

Este trabalho é composto de cinco capítulos.

O Capítulo 1, introdutório deste trabalho, apresenta inicialmente uma breve contextualização do tema da pesquisa. Segue-se a delimitação do tema proposto, a formulação do problema de pesquisa, o levantamento dos objetivos gerais e específicos, a descrição da justificativa apresentando a motivação específica e, por fim, a descrição da metodologia de pesquisa seguida de um embasamento teórico sucinto.

O Capítulo 2 inicia a fundamentação teórica do trabalho, com a busca de informações inerentes ao tema proposto. Ele introduz a definição do termo “políticas públicas”, a inclusão da Odontologia na Estratégia Saúde da Família e apresenta conceitos de interssetorialidade. Aborda a criação e funcionamento do atendimento odontológico nas Unidades de Saúde da Família no Brasil, particularmente na cidade de Telêmaco Borba (PR), relatando casos de sucesso e insucesso na implantação da estratégia, observando quais as possíveis causas dos mesmos.

O Capítulo 3 detalha a metodologia de pesquisa realizada junto aos profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal do município de Telêmaco

Borba/PR e à Secretaria Municipal de Saúde deste município, objetivando enumerar falhas e virtudes, buscando, com isso, encontrar o perfil atual do atendimento odontológico realizado nas USFs locais.

O Capítulo 4 trás informações a respeito do município de Telêmaco Borba /PR, caracterizando a estruturação material e humana das Unidades de Saúde da Família municipais, detalhando a implantação da Odontologia dentro da Estratégia Saúde da Família e o seu diagnóstico situacional.

O Capítulo 5 apresenta as considerações finais, bem como propostas para eventuais trabalhos futuros de expansão e incrementação do atendimento preconizado pela Estratégia Saúde da Família no município de Telêmaco Borba/PR.

O último capítulo corresponde ao referencial bibliográfico, listando as referências na qual esta pesquisa pôde ser baseada.

Há ainda, no final do trabalho monográfico, a inclusão de apêndices contendo os questionários enviados aos profissionais já nominados, bem como a apresentação do objetivo da pesquisa direcionada aos participantes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO.

2.1 Políticas Públicas e a Odontologia.

Ainda no período em que nosso país era uma colônia portuguesa e mesmo depois, já na fase imperial, não existia no Brasil uma atuação organizada do Estado sobre o processo saúde-doença, sendo que a população era vítima de inúmeras doenças infecciosas, fazendo com que o nosso país fosse considerado um dos mais insalubres do planeta. O Estado Brasileiro não apresentava uma forma sistemática de cuidar da saúde de seus habitantes e esporadicamente atuava de forma pontual em situações de epidemia e, como eram escassos os conhecimentos científicos, os médicos ou os curandeiros quase nada podiam fazer (Bertolli Filho, 1999).

A Odontologia praticada nesta época era restrita quase que somente às extrações dentárias, sendo que as técnicas utilizadas eram bastante rudimentares e até mesmo desumanas. Em 1840, cria-se em Baltimore (EUA) a primeira escola de Odontologia do mundo - “*Baltimore College of Dental Sugery*” – a qual seria considerada a matriz das escolas de Odontologia brasileiras nos anos posteriores. Em 1884 são criadas as primeiras escolas de Odontologia do Brasil, junto às faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador (Rosenthal, 1995).

Após a Proclamação da República, as políticas de saúde se estabeleceram objetivando atender interesses políticos e econômicos, seja no saneamento de espaços economicamente importantes, seja na assistência à saúde, visando manter o indivíduo como força de trabalho produtivo. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado passa a ser freqüente nas ações de saúde e os conhecimentos clínicos e epidemiológicos vão se ampliando, permitindo a elaboração de planos de combate às enfermidades (Bertolli Filho, 1999).

Contudo, as regiões que tinham pouca importância econômica ficavam excluídas das práticas sanitárias. Segundo Oliveira & Souza (1998), o que se observou nos primórdios da ação governamental na saúde, no Brasil, foi de que as ações de caráter coletivo, como imunização, controle de epidemias e saneamento se davam no campo da saúde pública, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente.

O modelo assistencial desenvolvido no País foi, desde o seu início, atrelado ao desenvolvimento da previdência social, a qual se inicia com o estabelecimento das

CAPs (Caixa de Aposentadorias e Pensões), geradas através da lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo nº. 4682, de 24/01/1923). Esta lei implantava a CAPs para os empregados das empresas ferroviárias, contemplando-os com os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (corresponde a atual aposentadoria por tempo de contribuição), pensão por morte e assistência médica. Posteriormente, os benefícios da lei Eloy Chaves foram estendidos aos empregados das empresas portuárias, de serviços telegráficos, de água, energia, transporte aéreo, gás, mineração, entre outras. No total, foram 183 CAPs que, mais tarde, foram unificadas na Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

As CAPs eram organizadas por empresas e mantidas e geridas por patrões e empregados. Funcionavam como uma espécie de seguro social (tem direito aquele que paga contribuição) que garantiria certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente a assistência médica. Com a criação das CAPs e, posteriormente, dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), foi se consolidando o caráter assistencialista, não universalizante e populista das políticas de saúde com exclusividade de atendimento aos grupos assalariados de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados (Cohn & Elias, 2001).

Com o crescimento da industrialização, o modelo agroexportador passou a não ser mais hegemônico, deslocando-se a necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias para a atuação sobre o corpo do trabalhador, a fim de manter e restaurar sua capacidade produtiva. As ações de saúde se apresentavam em um modelo dicotômico determinado, de um lado, pela saúde pública de caráter preventivo e conduzido através de campanhas (é o auge do sanitarismo campanhista¹) e, de outro, pela assistência médica de caráter curativo conduzida através de ações da previdência social. (Oliveira & Souza, 1998).

¹ O sanitarismo campanhista baseava-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960 (Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2012).

Quanto à assistência à saúde bucal, nota-se que algumas CAPs e IAPs incorporaram alguma forma de assistência odontológica aos seus beneficiários. Consultórios são criados junto aos órgãos de assistência médica, os quais ofereciam, ao menos, atendimentos emergenciais. Este tipo de benefício é fruto das pressões dos trabalhadores e da conscientização dos empregadores da importância de manter a saúde dos trabalhadores visando o processo produtivo (Abreu & Werneck, 1998).

Além das CAPs e dos IAPs, foram observadas outras maneiras de serviços odontológicos públicos oferecidos nesta época no país. Cunha (1952) citou a atuação da odontologia nas Santas Casas de Misericórdia em 1880, com um serviço destinado à realização de extrações dentárias.

No campo da assistência a escolares, Carvalho & Loureiro (1997) e Werneck (1994) relatam serviços realizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais:

“... pode-se dizer que a primeira evidência de participação da Odontologia na saúde escolar tem como data o ano de 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo, as quais, anos depois, se transformaram na Associação Paulista de Assistência Escolar, mantendo sete consultórios em escolas públicas.” (Carvalho & Loureiro, 1997).

“...já em 1938 se tinha, em Belo Horizonte, um serviço instalado em um Grupo Escolar e, no final dos anos 1940, com a criação do Departamento de Assistência à Saúde, se tem o primeiro registro de um serviço público odontológico em Minas Gerais.” (Werneck, 1994).

Em 1942, como esforço de guerra, foi criado o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), com apoio do governo dos Estados Unidos (EUA), objetivando organizar e operacionalizar as ações de saúde em áreas de extração de matérias-primas estratégicas (como a borracha).

No início da década de 50, tem-se a criação do sub-setor odontológico ligado ao Ministério da Saúde (MS) e influenciado fortemente pelo SESP. As principais ações do subsetor foram: o projeto de fluoretação das águas de abastecimento público que teve o seu marco experimental em 1953 na cidade de Baixo Guandu (Espírito Santo) e a introdução do Sistema Incremental (SI) para escolares (Chaves, 1986; Abreu & Werneck, 1998).

O modelo de assistência odontológica do SESP é considerado como o primeiro sistema público organizado do país, mantendo-se hegemônico por mais de 40 anos e acabando por se tornar o símbolo maior de modelo assistencial em Odontologia.

Apesar de não ser idealizado apenas para escolares, esteve sempre voltado para este público devido às facilidades de intervir nestes espaços (escolas), devido à ênfase epidemiológica nesta faixa etária, além da influência norte-americana de saúde escolar. (Chaves, 1986; Abreu & Werneck, 1998; Roncalli, 2000 e Narvai, 2002).

O SI foi definido por Pinto (1989) como o método de trabalho que visava o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas. O SI seria difásico, apresentando ação horizontal através de um programa preventivo para controlar a incidência dos problemas e ação vertical através de um programa curativo solucionando os problemas prevalentes e um programa educativo que fornece apoio a estas ações.

Após o golpe militar de 1964, os trabalhadores e demais segmentos da sociedade perderam representação, havendo a unificação dos institutos através da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (Cohn & Elias, 2001; Oliveira & Souza, 1998). Estabelecia-se, assim, o modelo brasileiro de seguro social e prestação de serviços médicos. Somente tinham direito aos benefícios os trabalhadores possuidores de carteira assinada e que contribuía para a previdência (Oliveira & Souza, 1998).

No início da década de 70, do século passado, foi criado o Movimento pela Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva que exigiam, em conjunto com a população, por políticas mais universalistas em detrimento ao modelo de desenvolvimento adotado pelo regime militar que concentrava renda, não distribuía benefícios sociais e, conseqüentemente, adoecia a população. (Faleiros *et al.*, 2006).

Este movimento compartilhou suas idéias e reuniu aliados, tais como lideranças políticas, sindicais, lideranças populares, parlamentares e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde. O marco de referência se daria em 1979 no 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

O Movimento pela Reforma Sanitária representado pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) mostrou e discutiu publicamente sobre um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de Sistema Único

de Saúde, o qual seria nacional, de natureza pública, universal e descentralizado. (Roncalli, 2000).

Ainda nesta década de 70, houve a solidez de um modelo médico-hospitalar privatista com expansão da rede privada de assistência (financiada com recursos públicos) em detrimento da rede pública. Surge a Medicina de Grupo como opção de assistência médica aos empregados.

Neste período, a Previdência Social teve sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e no volume de recursos arrecadados e também o maior orçamento da história, utilizado sem controle pelo governo militar, financiando hospitais particulares, obras faraônicas e permitindo fraudes, porque não havia fiscalização dos serviços médicos executados pela rede privada. Em contrapartida, os diversos serviços de Saúde Pública foram obrigados a fechar ou a trabalhar com um mínimo de recurso (São Paulo, 1992).

No final da década de 70 houve um agravamento da crise brasileira com a falência do modelo econômico do regime militar. A política de saúde praticada pouco fez para alterar o quadro sanitário das décadas anteriores. O setor sofria de falta de planejamento, descontinuidade dos programas, problemas de caixa e envolvimento em esquemas de corrupção e desvio de verbas, além da ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população. (Oliveira & Souza, 1998; Cohn & Elias, 2001; Bertolli Filho, 2001; Roncalli, 2003).

Havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo. Ocorre que os anos anteriores de absoluta anuência do governo com o capital privado criou uma rede de influências que não era fácil “quebrar”. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) ainda defendiam com unhas e dentes o modelo que tantos lucros lhe geravam. (Oliveira & Souza, 1998).

A expansão das medidas odontológicas na Previdência atingiu nos anos 70, do século passado, um forte ritmo de crescimento quando foi favorecida pela expansão das bases orçamentárias do Estado (especialmente nos fins dos anos 60 e início dos 70), seja através dos serviços próprios ou, principalmente, da compra dos serviços de terceiros (utilizando de convênios e credenciamentos), a Previdência financiou um aumento significativo da oferta odontológica. Quase que invariavelmente, estes serviços apresentavam um baixíssimo nível de qualidade e de altíssimo grau de

mutilação (Zanetti, 1993). O atendimento oferecido era caracterizado como de livre demanda e reproduzia em nível público a Odontologia de mercado.

A expansão da assistência odontológica foi progressiva no setor estatal e culminou, em 1981, com a aprovação do PRAOD (Programa de Reorientação da Assistência Odontológica) pelo CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária).

Foram criados centenas de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o Brasil. Esta expansão não deve, contudo, ser entendida como sinônimo de melhorias nas condições de saúde bucal, visto que não se observaram melhorias na prevalência das principais doenças.

Muitos dos programas e, sobretudo, dos cirurgiões-dentistas encarregados de implementá-los, vinham se limitando, muitas vezes, a reproduzir mecânica e acriticamente, nas atividades dirigidas a grupos populacionais, o modelo utilizado no setor privado ao produzir serviços destinados a consumidores individuais. (Narvai, 2002).

Segundo Narvai (2002), durante a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília no início da década de 80, do século passado, um grupo de debates se responsabilizou em analisar e oferecer ideias quanto a participação da Odontologia nos serviços básicos de saúde classificando o modelo de prática atuante naquele momento com as seguintes características: ineficaz; ineficiente; descoordenado; com má distribuição; de baixa cobertura; de alta complexidade; com enfoque curativo; de caráter mercantilista; de caráter monopolista; inadequado no preparo dos recursos humanos.

A VIII CNS, em 1986, é considerada um marco histórico da saúde pública no Brasil, um divisor de águas no Movimento Sanitário, já que foi realizada com ampla participação popular e conseguiu consolidar em seu relatório final as propostas do movimento pela reforma sanitária, as quais seriam a base de um novo modelo de organização em saúde denominado “Sistema Único de Saúde” (SUS).

Com uma ampla participação (cerca de 5.000 pessoas entre trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares), a VIII CNS se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que deveria ser defendida na Constituinte. (Oliveira & Souza, 1998).

Segundo Costa (2002), as políticas orientadas para a mudança no sistema de saúde ocorreram em três fases.

A primeira, no final do regime militar em período de grande recessão da economia, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, que buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica.

A segunda foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que iria transferir recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde. Esta proposta sofreu grande pressão das empresas de medicina de grupo que se sentiram ameaçadas pela redução de repasses de recursos públicos. Por outro lado, o SUDS também estava sujeito às manipulações políticas dos Governos Estaduais e Municipais, além de fraudes e desvios dos recursos.

O terceiro e definitivo passo foi a promulgação da Constituição em 1988 que, incorporando as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, daria seqüência à descentralização iniciada pelas AIs (Atos Institucionais) e pelos SUDS, transferindo aos municípios a responsabilidade pelas ações em saúde.

A introdução do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 regulamentado, posteriormente, pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, gerou enormes alterações nas políticas de saúde no Brasil. Era a primeira vez na história do País que uma constituição destinava um capítulo exclusivo à saúde (Título VIII, capítulo II, seção II da saúde), estabelecendo em seu artigo 196 que a saúde era direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

Esta Constituição, denominada de “cidadã” por apresentar conquistas sociais consideradas avançadas até aquele momento, proporcionava a todos os brasileiros, indistintamente, um resgate da dignidade no setor Saúde ao garantir o direito a serviços de saúde.

Quanto aos serviços, o artigo 198 definia que as ações e serviços públicos de saúde integravam uma rede regionalizada e hierarquizada e constituíam um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização (com direção única em cada esfera de governo); atendimento integral (com prioridade para as

atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais); participação da comunidade.

Definia, ainda, em parágrafo único, que o Sistema Único de Saúde seria financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Brasil, 1988).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1990), o que levou os constituintes a proporem essa transformação foi o consenso, na sociedade, quanto à total inadequação do sistema de saúde caracterizado por vários aspectos. Entre eles, pode-se destacar o quadro de doenças de todos os tipos condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão; a completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobreoferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros.

Havia, ainda, a excessiva centralização, implicando, por vezes, em impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde ocorrem os problemas. Os recursos financeiros eram, naquele momento, insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países, além de que ocorria o desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%, produzido por incompetência gerencial. Percebia-se a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes.

A falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema acarretava a fragmentação do processo decisório e o descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados. Com isso, o desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretava conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população;

Tal quadro gerava a insatisfação dos profissionais da área da saúde, que sofriam as consequências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente, bem como da população, também insatisfeita com os profissionais da saúde, pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves frequentes, frequentes erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo.

2.1.1 Princípios do SUS.

O Sistema Único de Saúde prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários se referem às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários. (Roncalli, 2000).

De acordo com Brasil, 1990, os princípios doutrinários do SUS são: Universalidade (atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, sendo seu direito como cidadão e dever dos Governos municipal, estadual e federal); Equidade (todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme suas necessidades até onde o sistema puder oferecer); Integralidade (todo cidadão é indivisível e integrante de uma comunidade e, por essa razão, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não pode ser compartimentalizada).

Ainda, segundo Brasil, 1990, os princípios organizativos do SUS são: Regionalização, Hierarquização e Resolubilidade (serviços organizados em níveis de complexidade, região e características da população, garantindo acesso e encaminhamento quando necessário e resolução do problema até o nível da sua competência); Descentralização (redistribuição de responsabilidades entre os vários níveis de Governo, cabendo aos municípios a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde); Participação dos Cidadãos (através de suas entidades representativas, especialmente os Conselhos de Saúde, participam do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de execução; Complementaridade do Setor Privado (contratação de serviços privados quando há insuficiência do setor público).

2.2 A E.S.F. e a Inserção da Odontologia.

A E.S.F. foi homologada em 1994, complementando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado pelo MS e existente desde 1991, o qual tinha como foco de ação a família. Apenas em 2001 o Governo Federal, através da Portaria nº. 267 (Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal) (Brasil, 2001), estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Observa-se, portanto, que a Odontologia se inseriu tardiamente na integração das Equipes de Saúde da Família, gerando, ainda hoje, conflitos para sua total integração ao programa.

2.2.1 A ESF e seus conceitos.

Nos primeiros anos da implantação do SUS, este sistema não obteve sustentação nas políticas governamentais e os recursos necessários ao desenvolvimento deste processo não foram devidamente encaminhados, agravando a crise do modelo assistencial que se estendia desde os anos 80.

Segundo o Ministério da Saúde, o modelo de assistência à saúde que continuava a predominar no país era caracterizado pela prática hospitalocêntrica, individualista e de alto custo, gerando alto grau de insatisfação em gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema. Com isso, a rede básica de saúde, constituída pelos centros, postos e unidades básicas de saúde (UBS's) se encontrava desqualificada e os níveis seguintes de atenção (secundário e terciário) se tornavam a porta de entrada do sistema. (Brasil, 2000a). Assim, para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto das famílias foi criado o PSF. (Roncalli, 2000; Brasil, 2000a).

Segundo Baldani et al (2005), o reconhecimento da crise no âmbito da saúde coletiva suscitou a emergência de propostas que visassem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. Assim, dentro destas propostas de mudança, surge o Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF/ESF teve seu início em 1994, criado pelo MS para dar seqüência à estratégia de Saúde da Família que começou com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, o qual tinha como unidade de ação a família. Já nesta época apresentava resultados bastante razoáveis, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000c), a estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a estratégia do PSF é baseada nos princípios do SUS (integralidade, universalidade, descentralização e participação da comunidade).

A estruturação operacional do PSF se dá a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (USF) e apresenta as seguintes características: Caráter Substitutivo (não há criação de novas unidades, exceto em áreas onde não existam); Integralidade e Hierarquização (inserida na atenção primária-básica, assegurando referência e contra-referência a serviços de maior complexidade quando necessário); Territorialização (há territórios de abrangência e cada Equipe é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada, sendo, no máximo, de 4500 pessoas); Equipe Multiprofissional. (Brasil, 2001)

2.2.2 As Equipes de Saúde da Família.

Funcionando adequadamente, as equipes são responsáveis pela totalidade de atendimentos da atenção básica na comunidade coberta pela Unidade de Saúde, sendo que as estimativas são de que as USF's podem resolver até 85% dos problemas de saúde na comunidade onde atuam, prestando um bom atendimento, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias, enfim, melhorando a qualidade de vida da população. (Brasil 2000a).

As responsabilidades das Equipes de Saúde da Família são de conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária. (Brasil, 2000b).

Devem, ainda, promover ações interssetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;

incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde. Ministério da Saúde (Brasil, 2000b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades. (Brasil, 2000a).

Esta nova prática exige a presença de um profissional com visão integral do indivíduo, da família e da comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, de proteção e recuperação da saúde. Além disso, deverá estar apto a planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de estimular sua participação e envolvê-la nas atividades. (Brasil, 2000a).

2.2.3 Formas de contratação.

Segundo o Ministério da Saúde, em relação à contratação de recursos humanos para a ESF, além da opção de seleção interna (entre pessoas que já trabalham na Prefeitura), normalmente é necessário contratar profissionais de saúde fora dos quadros municipais. Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas (CDs), Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs) e Técnicos de Saúde Bucal (TSBs) devem ser contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa deve ser a via preferida para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de governo, observados os limites de despesas estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. (Brasil, 2001).

Machado (2002) indica que as maneiras de contratação para a ESF são por meio de convênios com Organizações Não-Governamentais (ONGs) ou cooperativas; contrato com empresas por meio de licitação; contrato temporário renovável por até quatro anos; criação de cargos efetivos mediante concurso público e ainda cargos em comissão.

Ainda, segundo este mesmo autor, as formas de seleção têm sido entrevistas e/ou análises de currículos e concursos públicos.

Em entrevista ao Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD) em 2003, Gilberto Pucca, Coordenador de Saúde bucal do Ministério da Saúde, informou que só seriam aceitas as contratações de profissionais das equipes de saúde bucal pela Consolidação das Leis de Trabalho ou por concurso público, não existindo outra forma que não estas.

2.2.4 Financiamento.

O financiamento das Equipes de Saúde da Família é definido pela NOB/96 (Norma Operacional Básica do SUS) na qual foi estabelecido o PAB (Piso Assistencial Básico) que consiste em um montante de recursos financeiros, calculados de acordo com a modalidade de gestão e com o número de habitantes (valor per capita/ano) para que se realizem atividades da assistência básica. Tais recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde (Brasil, 1996).

Entre 1998 e 2000, alguns pontos da NOB/96 foram alterados, através de portarias, como por exemplo: o PAB passou a ser denominado Piso da Atenção Básica com a sua cobertura ampliada e dividido em duas partes: PAB fixo (valor per capita/ano) e PAB variável, com recursos destinados às ações e programas estabelecidos pelo Governo Federal, como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e ESF (Estratégia Saúde da Família). (CONASS, 2003).

Segundo Marques e Mendes (2002), embora a responsabilidade pelas ações em nível básico seja dos municípios, o PAB variável é constituído de diversos incentivos através dos quais o governo federal “premia” os municípios que desenvolvem os diferentes programas. A fração variável do PAB é calculada de acordo com faixas de cobertura populacional e, no caso do PSF, a NOB/96 assim definia:

- Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- Acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- Acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm como limite 80% do valor do PAB original do município. A portaria 1329 de 12/11/99 determinou que, de acordo com a faixa de cobertura das equipes de PSF, os municípios passariam a receber incentivos diferenciados. A diferenciação se deve ao fato de que quanto maior o número de pessoas cobertas, maior o impacto. O financiamento da ESF envolve além dos recursos federais, os recursos estaduais e municipais. (Brasil, 2000b).

Para Marques & Mendes (2002), os incentivos federais têm uma capacidade de indução às políticas de saúde a ele associadas e, embora seja uma forma de viabilizar recursos novos, tal política de saúde pode não corresponder à realidade local. Como os repasses não cobrem o custo total dos serviços, os municípios têm que complementar os recursos financiando programas federais, mesmo quando estes não são suas prioridades, comprometendo as ações voltadas às necessidades da população.

2.2.5 A Odontologia inserida na Saúde Pública e na Estratégia Saúde da Família.

Analisando a implantação das equipes de saúde bucal nas USF's, torna-se importante resgatar os modelos assistenciais em saúde bucal praticados no Brasil. Até os anos 50, do século passado, o modelo de assistência odontológica foi basicamente a odontologia de mercado praticada de forma liberal no espaço restrito da clínica e centrada no indivíduo doente (Roncalli, 2000). Conforme já descrito anteriormente, no setor público podem ser encontrados registros de serviços odontológicos pulverizados pelo país, porém, sem uma lógica programática definida.

Ainda na década de 1950, ocorre o início da estruturação de atividades odontológicas baseadas em programas com duas frentes: a fluoretação das águas de abastecimento público e a assistência a escolares através do Sistema Incremental, o qual tinha como vertente ideológica a odontologia sanitária/social (Narvai, 2002). O Sistema Incremental (SI) se manteve hegemônico no Brasil por mais de 40 anos e acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em Odontologia. (Abreu & Werneck, 1998; Roncalli, 2000).

A odontologia sanitária/social foi definida por Chaves (1962) como sendo a disciplina da saúde pública que tinha como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade.

Na década de 70 do Século XX, o SI começa a sofrer inúmeras críticas, pois não conseguia atingir os resultados esperados, apresentando-se como um modelo superado

tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto da sua abrangência e cobertura. A partir daí, muitos municípios se tornaram “órfãos” do Sistema Incremental, necessitando elaborar seus próprios modelos assistenciais. (Oliveira *et al*, 1999).

Segundo Narvai (2002), a impotência transformadora da Odontologia sanitária/social deu lugar a proposições reformistas da Odontologia simplificada/comunitária/integral. Estes modelos geraram clones por todo o país, mas na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do Incremental.

O termo “Saúde Bucal Coletiva” surgiu na década de 1980 como sendo uma estratégia centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, a qual pretendia romper com as odontologias adjetivadas, procurando recuperar para o trabalho em Odontologia suas dimensões políticas, sociais, comunitárias, preventivas e integrais. (Narvai, 2002).

Segundo Oliveira *et al* (1998), podiam se destacar algumas tendências que chamaram a atenção e se replicaram em diversos locais a partir da criação do SUS, tais como a inversão da atenção (agora voltada para a atenção básica e preventiva em detrimento das ações curativistas), atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para Bebês) e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar Saúde da Família, que é objeto deste estudo.

Para Roncalli (2000), a participação da saúde bucal nas atividades da ESF tem sido proposta desde sua criação e foi iniciada pioneiramente no município de Curitiba (PR). A partir daí, vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal na ESF, tendo em vista que não é prevista, nas diretrizes deste programa federal, a participação da Odontologia.

Os resultados de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) divulgada em 2000, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostraram que, até então, 29,6 milhões de Brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Neste contexto, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2002).

A inclusão de equipes de saúde bucal na ESF foi concretizada com a Portaria

1444, de 28 de dezembro de 2000, a qual estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da ESF:

“... Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

- Modalidade I – Um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário – R\$ 13.000,00 (treze mil reais).

- Modalidade II – Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico de higiene dental (THD) - R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais).

Parágrafo único: Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.” (Brasil, 2000b).

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal impulsionou a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF (Manfredini, 2005).

As ações de saúde bucal no SUS são direitos básicos pautados na universalidade, na equidade e na integralidade. Reside aí o grande desafio à incorporação de equipes de Saúde Bucal no PSF: tornar as ações de saúde bucal um direito de todos independente de idade, escolaridade ou classe social. (Silveira Filho, 2001).

Em 06 de março de 2001, o Governo Federal editou a Portaria nº 267 (Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal) (Brasil, 2001) que regulamenta a Portaria nº. 1444/GM/2000 e estabelece o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica descrevendo o elenco de procedimentos compreendidos na Atenção Básica (estabelecidos na NOB 01/96 e NOAS 01/01).

O Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica teve como objetivos: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal, seguindo regras preconizadas pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, assim como aquelas de caráter curativo-restauradoras em saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF. (Brasil, 2001).

Além disso, a Portaria nº 267/2001 ainda estabeleceu as Bases para Reorientação das Ações de Saúde Bucal, estratégia para incorporação das equipes, atribuições de cada profissional da ESB (Cirurgião-Dentista, ASB² e/ou TSB²), além das responsabilidades de cada esfera de governo e informações relativas ao financiamento das equipes. (Brasil, 2001).

Segundo o MS (Brasil, 2002a), os municípios que queiram iniciar a implantação ou pretendem ampliar ações de saúde bucal vinculadas ao PSF deverão percorrer os seguintes passos: já devem possuir equipes de Saúde da Família implantadas ou em vias de implantação; desenvolver plano de implantação de equipes de saúde bucal no PSF; submeter o Plano de Implantação ou Expansão das Ações de Saúde Bucal no PSF para aprovação do Conselho Municipal de Saúde; depois da aprovação, a SMS deverá enviá-lo à CIB que, posteriormente, enviará ao MS; o MS publicará no Diário Oficial da União (DOU) a qualificação das equipes de saúde bucal vinculadas ao PSF de cada um dos municípios que apresentaram o pleito, os quais foram previamente aprovados pelas CIB de seus Estados; o município deve cadastrar todos os profissionais da ESB no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

2.3 Implantação do Programa Brasil Sorridente.

Em 17 de março de 2004, o Ministério da Saúde lançou o “Brasil Sorridente”, definido como uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, incrementando o trabalho até então realizado pelas equipes de saúde bucal existentes nas Unidades de Saúde da Família (USFs). Até o lançamento do programa, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no Sistema Único de Saúde correspondiam a tratamentos especializados. Quase todos os procedimentos eram mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias e aplicação de flúor. (Brasil, 2004b).

² As denominações ACD e THD foram alteradas, respectivamente para ASB e TSB após a legalização da profissão perante o Conselho Federal de Odontologia através da lei federal Nº 11.889, de 24 de Dezembro de 2008 (Fonte: CFO – Conselho Federal de Odontologia, 2012).

Este novo sistema público de atendimento odontológico apresentou 05 frentes de ação:

- Ampliação do atendimento na rede básica - O Ministério da Saúde dará total assistência aos municípios que desejarem implantar o atendimento odontológico nas equipes de Saúde da Família já existentes ou, ainda, que desejem aumentar o número de profissionais contratados em USFs que ainda não ofereçam o serviço odontológico. As equipes de saúde bucal passarão a receber insumos para a realização de procedimentos clínicos restauradores e preventivos, bem como para o trabalho de promoção da saúde junto à comunidade. Essa ação apoiará o trabalho dos profissionais, evitando a falta de material e a interrupção dos serviços.
- Criação de centros de especialidades - Os Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) são centros de referência para as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família conforme a região de abrangência. As especialidades odontológicas ofertadas são: pacientes especiais, diagnóstico de lesões bucais, endodontia, periodontia e cirurgia oral menor. Os Centros de Especialidades Odontológicas são instalados preferencialmente em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, Prefeituras e Universidades. Em contrapartida, fica a cargo destas instituições a contratação dos recursos humanos, instalação, estrutura física e material de consumo.

Existem três tipos de CEO e cada um deles recebem valores de incentivo para implantação (Tabela 1) e custeio (Tabela 2), repassados pelo Ministério da Saúde. São eles:

Tabela 1: Incentivos federais para Implantação de CEOs.

Valor	Tipo de CEO
R\$ 60.000,00	CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas)
R\$ 75.000,00	CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas)
R\$ 120.000,00	CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas)

Fonte: Brasil, 2012a

Tabela 2: Incentivos federais para Manutenção de CEOs.

Incentivo de Custeio Mensal	Tipo de CEO
R\$ 8.250,00	CEO Tipo I
R\$ 11.000,00	CEO Tipo II
R\$ 19.250,00	CEO Tipo III

Fonte: Brasil, 2012a

O Ministério da Saúde determina que cada CEO deva realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1464/GM, de 24 de junho de 2011. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por 02 meses consecutivos ou 03 meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

- Implantação de próteses através dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - São unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. A portaria Nº 211/SAS, de 13 de maio de 2011 determinou o valor atual de próteses dentárias em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD no valor R\$ 100,00. O financiamento está incluído no Teto Financeiro de Média / Alta Complexidade (MAC) e o Município / Estado recebe mensalmente de acordo com sua produção (Tabela 3):

Tabela 3: Repasse Financeiro Federal proporcionalmente à produção de próteses.

Valores mensais	Número de Próteses
R\$ 5.000,00 mensais	Entre 20 e 50 próteses/mês
R\$ 15.000,00 mensais	Entre 51 e 150 próteses/mês
R\$ 20.000,00 mensais	Acima de 151 próteses/mês

Fonte: Brasil, 2012a

Esta produção é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelos municípios através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). São

feitas avaliações trimestrais destes dados para redefinir a distribuição dos recursos. Estes recursos são repassados diretamente do Ministério da Saúde para os Municípios ou Estados que possuem laboratórios credenciados, não comprometendo seus recursos de saúde já existentes, ou seja, recursos extra-teto. (DABa, 2012).

- Ações educativas - Através da utilização de mecanismos áudio-visuais, cartilhas, revistas, folders, marionetes e outros recursos são ministradas palestras, teatros, mostras de vídeo, entre outras pelos profissionais do Setor Odontológico, voltadas tanto às crianças como aos pais ou responsáveis, com objetivo principal de orientar quanto aos cuidados e necessidades para se obter e manter uma condição bucal saudável. (DABa, 2012).

- Fluoretação das águas - As empresas de saneamento terão apoio do Ministério da Saúde para a aquisição dos equipamentos necessários para a implantação da fluoretação da água de abastecimento. Esta é uma das medidas mais eficientes para a prevenção em saúde bucal, já que o flúor na água de consumo tem o poder de reduzir em até 60% a incidência da cárie. (Brasil, 2004a).

A II CNSB, realizada em 1993, teve como tema central: “A saúde bucal como um direito de cidadania”. Houve a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, indicando as características de um novo modelo de atenção em saúde bucal e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, além de defender a descentralização das ações (Brasil 2004b).

Um grande avanço da nova política de saúde bucal do MS foi a III Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada entre os dias 29/07 e 01/08 de 2004. Antes desta Conferência, duas outras haviam sido realizadas. (Brasil, 2004c).

A primeira CNSB, em 1986, discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. Além disso, esboçou um diagnóstico da situação de saúde bucal no país e apontou rumos para a inserção da odontologia no sistema único de saúde.

O tema central da III CNSB foi: “Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social”, que foi discutido a partir de quatro eixos temáticos: Educação e

Construção da Cidadania; Controle Social, Gestão Participativa e Saúde bucal; Formação e Trabalho em Saúde Bucal; Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. (Brasil, 2004c).

Aproximadamente 90 mil pessoas estiveram diretamente engajadas neste processo de discussão da saúde bucal, através da participação em 2542 Conferências Municipais ou Regionais e das 27 Conferências estaduais de Saúde Bucal. O relatório final se constituiu em uma série de proposições indicando novos rumos para a política nacional de saúde bucal que pudessem gerar as alterações necessárias para assegurar, a todas as pessoas, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade. (Brasil, 2004c).

2.4 Situação atual da Odontologia na E.S.F.

Os avanços alcançados pela inserção da Odontologia na ESF são confirmados através de números, sejam eles baseados na cobertura crescente da população, do aumento de atendimentos realizados e, principalmente, na melhoria da qualidade destes atendimentos.

2.4.1 Brasil.

O grande desafio para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados.

O PSF deve objetivar a quebra da organização disciplinar tradicional, a qual é fragmentada e preferencialmente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença. Precisa, portanto, dar condições para que médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas. (Rabello, 2001).

O fato da Odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados, assim como possa ter determinado heterogeneidade no processo de implantação das equipes de saúde bucal.

Há, atualmente, 4903 municípios no Brasil e 21757 equipes de saúde bucal cadastradas na ESF, sendo 19788 do Tipo I e 1969 do Tipo II (DAB-Ministério da

Saúde, 2012). Há, ainda, LRPDs em 1.304 municípios e 901 CEOs. Em 2011, foram realizados mais de 150 milhões de atendimentos odontológicos na rede pública, um enorme avanço quando comparado ao não tão distante ano de 2002, quando somente 26,1 milhões de atendimentos foram realizados. (DABb, 2012).

Aproximadamente 68% dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família e nas equipes de saúde bucal têm menos de quarenta anos de idade. Um terço tem menos de 30 anos, o que caracteriza uma força de trabalho bastante jovem. Em relação à escolaridade, 92% dos dentistas nas ESB têm apenas graduação.

A análise das informações sobre idade e formação acadêmica permite concluir que o SUS é uma oportunidade de primeiro emprego para os dentistas. “Um dos marcos do atual governo é a inclusão da odontologia no SUS. Agora, temos o desafio de qualificar, promover a educação permanente e estimular o desenvolvimento profissional das equipes”, complementa Ana Estela Haddad. Ela destaca o papel da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) na formação acadêmica desses profissionais.

Atualmente, entre médicos, enfermeiros e dentistas, cerca de 4.000 pessoas estão cursando a Especialização em Saúde da Família a distância ofertada pelo programa. Os dados do levantamento foram extraídos de bancos de dados que possuem informações sobre os cerca de 220.000 dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO). Além desse órgão, participaram do estudo a Associação Brasileira de Odontologia (ABO Nacional), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e a Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas (APCD), entre outras entidades. (Portal de Saúde, 2010).

2.4.2 Paraná.

A implantação da Odontologia na Estratégia Saúde da Família aconteceu no Estado do Paraná em 2001, um ano após a entrada em vigor da Portaria nº 1444 do Ministério da Saúde. No município de Telêmaco Borba (PR) a introdução do atendimento odontológico ocorreu apenas em 2011. (SESA/PR, 2012)

Até o início do ano 2002, 303 dos 399 municípios do Estado do Paraná haviam implantado a ESF, sendo que 136 incorporaram concomitantemente as equipes de saúde bucal ao programa. Observou-se, nesta fase inicial, um maior padrão de adesão por parte dos municípios de pequeno porte demográfico. Atualmente, o estado paranaense conta com 1.199 equipes de saúde bucal, sendo 823 na modalidade I e 376 na

modalidade II, o que corresponde a 39,60 % de cobertura no seu território. (SESA/PR, 2012).

Conta-se, ainda, com 47 CEOs no Estado, sendo 13 do tipo I (estabelecimento com 03 consultórios montados), 28 do tipo II (estabelecimento com 04 a 06 consultórios montados) e 8 do tipo III (estabelecimento com 07 ou mais consultórios montados) (SESA/PR, 2012).

Há 45 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), sendo 17 destes de Gestão Plena (o município recebe recursos financeiros do tipo fundo a fundo para a atenção básica, especializada e especializações. Deste modo, o município passa a ter autonomia e responsabilidades relativas à política de saúde na sua área geopolítica) e 28 de Gestão Estadual (a Secretaria Estadual de Saúde é a responsável por gerir os recursos destinados ao município que não está inserido no nível de Gestão Plena). Há previsão de instalação de mais 05 LRPD's até o final do ano de 2012 no Paraná. (SESA/PR, 2012)

Segundo dados colhidos no site da Secretaria Estadual de Saúde (SESA/PR, 2012), o Paraná deve receber, até 2014, R\$ 164,4 milhões a serem empregados no custeio do trabalho das equipes de saúde bucal, vinculadas às unidades básicas de saúde, e para garantir o funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Os recursos serão reforçados com mais R\$ 3,9 milhões que o governo do Estado vai investir, também até 2014, no custeio dos CEOs, diagnóstico e prevenção de doenças da boca, inclusive o câncer, e ampliação do programa de bochechos com flúor para escolares, que previne a ocorrência de cáries.

2.5 Principais fatores de fracasso de políticas públicas e Odontologia em municípios.

A implantação do PSF no Brasil é, certamente, uma importantíssima conquista para o sistema de saúde do país. Porém, na medida de sua concreta implementação nos municípios, o programa vem sendo analisado e por vezes há criticado por não seguir a sua lógica doutrinária:

Narvai (2002) destacou que, se eram mesmo necessárias abordagens gerais sobre o PSF, seria igualmente necessário ocupar-se do que vinha acontecendo em situações concretas, em nível local. Seria preciso atentar tanto para as distorções e inadequações quanto para os inegáveis avanços que, em muitos lugares, tinham sido

alcançados, no âmbito do PSF, pelo movimento popular comprometido com os direitos sociais e a conquista da cidadania.

O mesmo autor comentou que, para que o PSF não fosse apenas um programa “na pior acepção do termo”, seria essencial o acompanhamento e controle dos respectivos conselhos municipais de saúde e a aplicação de práticas democráticas de gestão. E completa:

“...Caso contrário não passará de engodo, simulacro de intervenção pública na saúde, tornando-se impotente para de fato contribuir para a reorganização do modelo de atenção. Nesses casos, prestar-se-á unicamente à manipulação político-eleitoral da saúde. Neste aspecto, cabe reiterar que a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF deve contribuir para que o SUS seja, efetivamente, o que a Constituição da República determina e o que as leis federais 8.080 e 8.142 regulamentam.” (Narvai, 2002).

Medina & Aquino (2002) explicaram que, ao se implantar o PSF, havia uma tensão entre a heterogeneidade das diversas realidades locais e a necessidade de seguir as normas preconizadas pelo MS. Justificaram que as normatizações levavam à garantia de padrões de qualidade e de controle dos serviços, mas, em contraponto, alegavam que a garantia de qualidade necessitava de coerência e respeito às realidades locais.

Segundo Souza (2002), embora fosse consenso quanto aos bons resultados alcançados pela ESF e PACs, com um salto de qualidade no processo de desenvolvimento e consolidação do SUS e que os municípios que tinham aderido à proposta vinham demonstrando os resultados positivos comprovando que haveria possibilidade de adequação desta estratégia em centros ou espaços sociais diferentes (urbanos ou rurais, de grande ou pequeno porte), havia a necessidade de se responder:

“... Por que esta estratégia nos grandes centros urbanos não se transforma no eixo estruturante da atenção básica ao invés de concorrer com os sistemas de saúde já existentes? Em síntese, por que não se expande nos grandes centros urbanos na mesma velocidade que no interior do País uma vez que há recursos alocados para este fim?” (Souza, 2002).

Segundo Alves Sobrinho & Souza (2002), para que a ESF pudesse se desenvolver em grandes centros seria preciso, entre outras coisas, rever as políticas dos incentivos federais, em relação aos critérios populacionais, para que estes se tornassem fator de indução da implantação das equipes de Saúde da Família; além disso, a participação da esfera estadual no financiamento das equipes seria essencial.

Outra questão contraditória foi relacionada à formação dos recursos humanos para as equipes de Saúde da Família. Geralmente, a formação era completamente voltada para a prática liberal, e assim faltavam profissionais com perfil e conhecimento específico nesta área. Capistrano (2000) ressaltou que, para que houvesse mudança no modelo assistencial, haveria a necessidade de profissionais radicalmente novos no sentido de assumirem novas práticas no campo da atenção básica:

“O bom médico de família não é apenas um competente clínico geral, mas alguém que adquire uma nova visão da sua prática, que não pede exames complementares “de rotina”, que não abusa do uso de medicamentos, que respeita a cultura e o saber populares, que se sente responsável pela saúde e pela vida da comunidade a que serve. A boa enfermeira de família não é aquela que apenas domina a técnica, mas a que se sente integrante da equipe em pé de igualdade com seus companheiros, que não teme adquirir e aplicar novos conhecimentos, sem se preocupar com uma rígida divisão de funções decorrente da formação profissional de origem. Assim, é a enfermeira que também pode diagnosticar, prescrever medicamentos, pedir e interpretar resultados de exames complementares e discutir condutas.” (Capistrano, 2000).

Na tentativa de resolver esse problema, o MS criou os Pólos de Capacitação e o setor de formação de recursos humanos que, segundo Roncalli (2003), ainda não responderam de forma concreta às novas demandas impostas pelo setor saúde.

A ESF tem se consolidado, por várias razões, no programa de reorganização da atenção básica do SUS, muito embora se observe pelo País modelos de práticas diferentes, resultado de adaptações da própria realidade local (serviços já existentes e necessidades da população) em relação às normas impostas pelo Ministério da Saúde, tendo ora resultados positivos, ora resultados não satisfatórios.

Aguiar (1998) enfatizou que os limites e possibilidades da ESF, no que dizia respeito à revisão do modelo assistencial, estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde. Neste sentido, tinha-se polemizado, justamente, porque tanto poderia servir às tendências simplificadoras, como também às motivações de mudança para gerar resultados mais efetivos do SUS.

Complementam-se às dificuldades acima descritas para a correta implantação da Estratégia Saúde da Família e das equipes de saúde bucal, outras de cunho local, entre as quais:

- Incapacidade das Secretarias Municipais de Saúde na gestão e planejamento de ações coletivas e individuais;

- Deficiência na fiscalização do atendimento das Equipes de Saúde Bucal dentro das regras preconizadas;
- Incapacidade do poder executivo público municipal de manter recursos financeiros para o pleno funcionamento do atendimento preconizado pelo programa. O maior erro das administrações municipais vem do desconhecimento de que os recursos financeiros oriundos da esfera federal têm objetivos de complementar os recursos municipais para o atendimento odontológico, e não mantê-los ou patrociná-los integralmente. Este equívoco trás muitos problemas de abastecimento de materiais, visto que há um maior leque de procedimentos e, não havendo planejamento anterior, torna claro o risco de escasseamento de materiais de consumo às equipes de saúde bucal. (Medina, 2002).

2.6. Principais fatores de sucesso de políticas públicas e Odontologia em municípios.

A implantação da ESF e posterior multiplicação das equipes pelo Brasil adentro apresentam algumas razões e necessidades para este sucesso. As responsabilidades e sintonia das esferas gestoras em Atenção Básica nas 03 instâncias (federal, estadual e municipal) transfere ao usuário do SUS, especialmente na Atenção Básica, o acolhimento e resolução da maioria dos problemas de saúde que o acomete. Segundo o DAB, as responsabilidades individuais de cada esfera são:

- Federal: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; co-financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais.
- Estadual: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações intermunicipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; co-financiar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.
- Municipal: definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão. (Ministério da Saúde, 2012 b).

Observa-se, abaixo, a evolução da Estratégia Saúde da Família vista sob vários nuances em âmbito nacional:

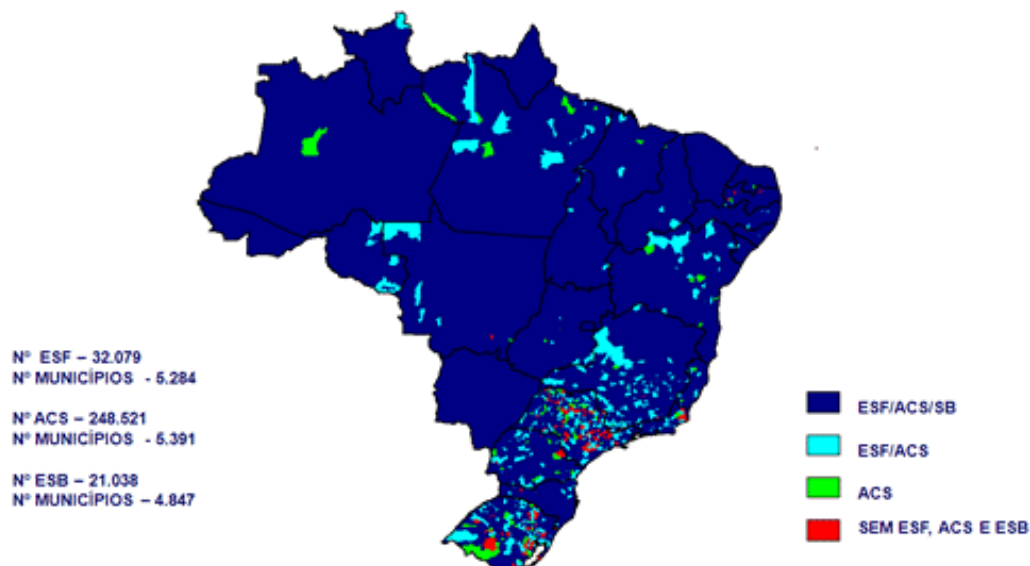


FIGURA 1: Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde BRASIL - Agosto 2011.

Fonte: SIAB / SCENES, 2012.

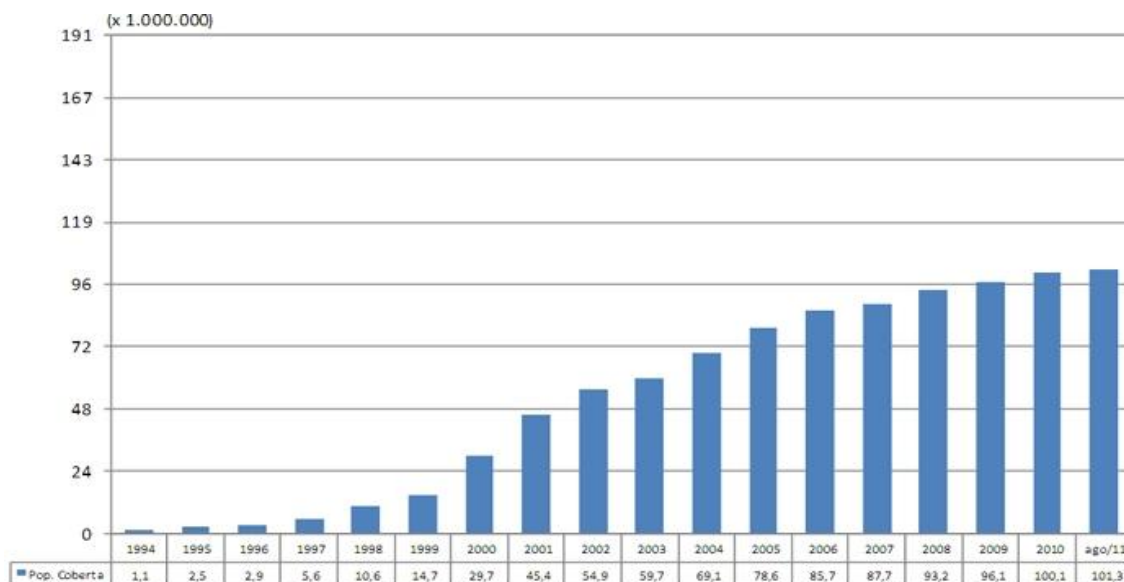


FIGURA 2: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil (1994 – Agosto 2011).

Fonte: SIAB / SCENES , 2012.

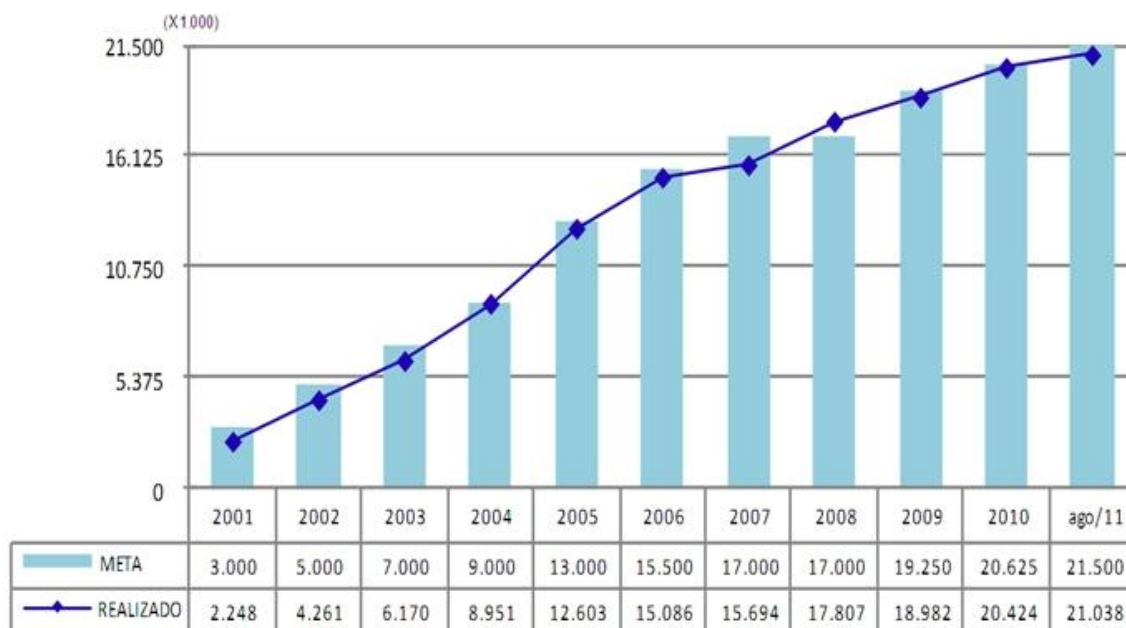


FIGURA 3: Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal Implantadas no Brasil (2001 - Agosto 2011).

Fonte: SIAB / SCENES, 2012.

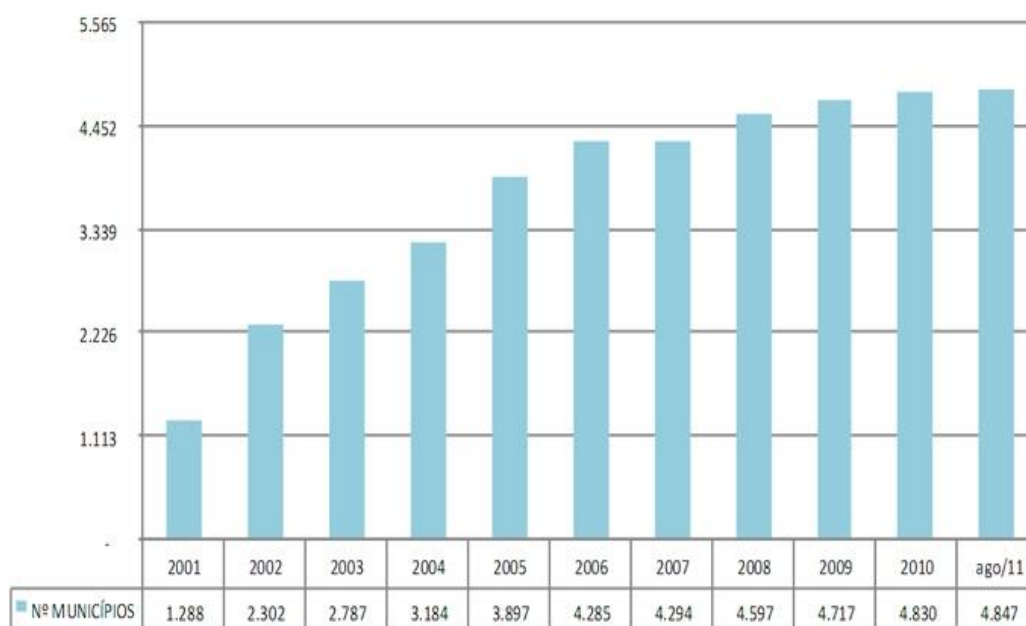


FIGURA 4: Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde Bucal Implantadas no Brasil (2001 - Agosto 2011).

Fonte: SIAB / SCENES, 2012.

2.6.1 Casos de sucesso de políticas públicas e Odontologia em municípios.

Há, em todo o país, baseado nos dados já descritos neste trabalho, uma importante e expressiva expansão da ESF e sua filosofia de atendimento. Os incentivos

financeiros federais³ repassados aos municípios que aderem ao programa é, sem dúvida, um enorme estímulo a esta expansão. Porém, a forma de manejo do paciente (desde o seu acolhimento, passando pelo tratamento e, quando necessário, encaminhamento aos Centros de Atenção Secundária e /ou Terciária⁴) e a visão preventivista a qual se propõe, comprovadamente trás benefícios aos municípios, reduzindo drasticamente com internações, cirurgias, medicamentos e atenção especializada (Brasil, 2012b).

Citam-se, abaixo, alguns exemplos de sucesso na implantação e execução da ESF em municípios brasileiros. Procurou-se exemplificar cidades com dimensões, localização geográfica, condições financeiras e estruturais distintas, sendo a primeira uma metrópole, a segunda uma cidade de grande porte e, a última, de pequeno porte:

- Fortaleza/Ce: a Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde com 92 postos de saúde, 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), 02 Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 08 hospitais secundários, 01 hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. Tem também uma rede conveniada formada por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações.

O município segue as regras preconizadas pela ESF, onde a porta de entrada dos serviços de saúde são os postos de saúde ou Centros de Saúde da Família, que oferecem a atenção básica ou primária à população. Os postos possuem equipes completas da Estratégia de Saúde da Família. Contam, ainda, com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por outros profissionais, como Fisioterapeutas, Educadores Físicos, Terapeutas Ocupacionais e Nutricionistas.

³ Os valores repassados aos municípios integram o Piso da Atenção Básica Variável, que prevê um incentivo que varia de R\$ 85,5 mil a R\$ 128,3 mil por ESF e R\$ 10 mil por ACS, ao ano. (Brasil, 2012).

⁴ A Atenção Primária é baseada em ações básicas de promoção, prevenção e assistência individual. A Atenção Secundária é o conjunto de ações de grau razoável de diferenciação tecnológica quanto a gastos recursos humanos e equipamentos. A Atenção Terciária consiste na produção de serviços de alta complexidade e especialidade, requerendo, em geral, internação do paciente. (Narvai,1992).

A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve também ações que envolvem o trabalho de educação em saúde, mobilização social e comunicação e acontecem de forma interssetorial, atravessando diferentes setores e níveis de atenção.

A atenção secundária é feita na rede própria em 08 hospitais distritais. Já a atenção terciária municipal é realizada no Instituto José Frota (IJF), que é o maior hospital de urgência e emergência do Ceará, atendendo ininterruptamente pacientes de alta complexidade e sendo ainda referência para o tratamento de queimaduras, intoxicações e traumatologia.

A atenção especializada é oferecida na rede própria – em alguns postos de saúde e hospitais, no Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (Cemja) e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – e na rede conveniada.

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais.

Os atendimentos de emergência também são oferecidos de forma ininterrupta na rede hospitalar pública municipal ou conveniada. (Fortaleza, 2012).

- Londrina/Pr: em 2001, o Programa Saúde da Família se expandiu para a área urbana, passando de 4 para 81 equipes, chegando no final do referido ano com 93 equipes, representando cobertura assistencial de mais de 70 % da população de Londrina no Programa Saúde da Família.

Houve o desencadeamento de uma série de oficinas de trabalho com os funcionários e, no ano posterior, com os conselhos locais de saúde.

Em 2002, iniciaram-se reformas da estrutura física de algumas unidades para dar suporte ao trabalho que estava sendo desenvolvido dentro da concepção de humanização e melhoria do acolhimento. Executou-se, até 2005, aproximadamente 10000 m² de obras de reforma, ampliação e substituição das Unidades de Saúde antigas.

Com a finalidade de qualificar os profissionais médicos na assistência às famílias, 76 profissionais realizaram curso de especialização em Medicina Familiar e Comunidades.

Ainda no ano de 2002, houve a implantação de 08 equipes de saúde bucal e de outras opções terapêuticas, como a fitoterapia, a acupuntura e a fisioterapia, além do Programa Municipal de Controle da Asma, que deram suporte e qualificaram as ações e

resultados do PSF. Um dos resultados do Programa foi a redução das internações por doenças respiratórias constatada no Pacto de Metas da Atenção Básica.

Com a finalidade de planejar e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes, foram promovidas oficinas de trabalho com o intuito de solidificar a estratégia à saúde da família e seus princípios, entre os quais o trabalho em equipe, o vínculo entre trabalhadores e usuários e a possibilidade de intervenção nos danos e também nos fatores de risco de adoecer. (Londrina, 2012).

Em 2005 o município possuía 102 equipes do PSF distribuídas em 51 Unidades de Saúde da Família, com cobertura assistencial de mais de 72% da população do município. (BRASIL, 2009).

- Altinópolis/SP: O modelo assistencial vigente em Altinópolis até 2008, apesar de ser denominado e cadastrado junto ao Ministério de Saúde como Programa de Saúde da Família, funcionava nos moldes das velhas políticas públicas de saúde, no qual a demanda espontânea era a base do atendimento, voltando-se para as doenças do indivíduo e de processos agudos e priorizando ações curativas e individualizadas. A pretensão maior era, até então, a de receber o incentivo financeiro federal em detrimento da alteração do modelo assistencial vigente. (Faria *et al*, 2010).

Em dezembro de 2008, Altinópolis apresentava uma estrutura física de serviços de saúde composta por 05 UBSs, 01 hospital e maternidade com 30 leitos, a farmácia municipal, 01 centro de fisioterapia e 01 centro odontológico. Em cada UBS havia 01 equipe de Saúde da Família cadastrada. O hospital local fazia o serviço de pronto-atendimento, além de oferecer ambulatorios de especialidades médicas, centralizar o atendimento em saúde da mulher do município, inclusive partos, e realizar internações clínicas em pacientes de média complexidade (nível secundário de atenção). Os Centros Odontológico e de Fisioterapia trabalhavam individualmente. O atendimento nas UBSs era médico-centrado.

As unidades de saúde funcionavam de fato somente alguns períodos, quando havia médico, visto a dificuldade da contratação dos mesmos. Não havia, portanto, garantia de continuidade do atendimento na atenção básica devido à instabilidade do atendimento.

A gestão municipal, acreditando na idéia de que a ESF era a melhor opção em promover saúde de forma integral aos habitantes de Altinópolis, decidiu pela mudança efetiva do modelo assistencial, incluindo também a zona rural.

Em janeiro de 2009, a administração local tomou uma radical ação, tomada diretamente pelo prefeito municipal e posteriormente comunicada ao Conselho Municipal de Saúde, paralisando o atendimento em todas as unidades básicas de saúde do município. Todos os pacientes foram redirecionados para o pronto-atendimento do hospital. Essa centralização gerou, a princípio, sobrecarga do serviço, além de insatisfação dos usuários que precisavam se deslocar até o hospital para conseguir atendimento.

O atendimento no hospital perdurou por quatro meses, período no qual foi realizada a contratação de médicos especializados em Saúde da Família. Esses médicos de família foram encarregados de reorganizar o modelo de atenção no município, tomando a ESF como norteadora dessa nova ideologia.

A partir de abril de 2009, o atendimento médico foi restabelecido nas 05 UBSs que então passaram a funcionar como USFs. Nas primeiras 06 semanas o atendimento foi aberto à demanda espontânea, sem necessidade de agendamento, objetivando facilitar o acesso da população ao modelo assistencial que naquele momento era proposto.

O sistema de agendamento de consultas médicas programadas foi implantado gradualmente, substituindo as consultas de demanda espontânea. Toda população foi recadastrada pelos novos ACSs, os quais passaram a ser, por força do edital do concurso público e da Lei Federal 11350/2006, obrigatoriamente residentes na área de abrangência da equipe da qual faziam parte. As visitas domiciliares rotineiras também foram retomadas, com periodicidade, no mínimo, mensais. (Faria *et al*, 2010).

Além das visitas domiciliares pelos ACSs, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos também passaram a realizar visitas domiciliares quando necessário. Com o atendimento restabelecido nas USFs, o fluxo e a demanda pelo nível secundário foi também organizado, reduzindo-se de até 03 meses para aproximadamente 15 dias a fila de espera por consultas médicas em ambulatórios de especialidades.

Em novembro de 2011, após 30 meses de implantação da ESF no município de Altinópolis, percebe-se pleno funcionamento de todas as 06 USFs do município, sendo que todas apresentam equipe mínima completa (exceto a USF Rural, que conta com médico somente 20 horas semanais). Das 06 enfermeiras, 01 é especialista em Saúde da Família e as outras 05 estão iniciando curso de

especialização. Dos 06 médicos, 03 cumpriram programa de Residência Médica oficial em Saúde da Família, 02 têm experiência de vários anos no Programa de Saúde da Família e somente um é recém-formado, sem especialização. (Brasil, 2012a)

O atendimento da demanda nas USFs é organizado pelo acolhimento. Demandas eletivas que necessitam de avaliação médica são agendadas, com tempo médio de espera de 02 meses. Demandas prioritárias podem ser encaixadas em, no máximo, 15 dias, enquanto problemas urgentes são atendidos de imediato. (Soares, 2011).

2.6.2 Casos de sucesso de políticas públicas junto a empresas privadas.

A ação conjunta entre Poder Público e Atividade Privada também é um importante instrumento para oferecer ao usuário do SUS o atendimento e tratamento adequados dentro do que preconiza a ESF (Heimann, 2005).

Citam-se 02 exemplos:

* Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE): criou diversas parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/PMSP) através da gestão compartilhada de equipamentos de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), objetivando fortalecer a atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS), na região sul da cidade de São Paulo.

O gerenciamento das unidades compreende a contratação de profissionais, o acompanhamento do processo de trabalho, a educação permanente, por meio de capacitações e suporte técnico, com o objetivo de aprimorar a assistência prestada à população.

Desde 2001 há a gradativa implementação da ESF em 12 UBS. Conta, atualmente, com 75 Equipes de Saúde Família, 18 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além da implantação de 4 unidades AMA. (SBIBAE, 2012).

* Programa Saúde da Família Rincão/Sertão: inaugurado no dia 11 de outubro de 2006 na Estrada Afonso Loureiro Mariante, número 1394, o atendimento no PSF Rincão/Sertão (FIGURA 5) abrange milhares de famílias do bairro Belém Velho, Zona Sul de Porto Alegre.

A parceria entre o Hospital Divina Providência e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre culminou nessa conquista que conta hoje com 02 equipes de profissionais, constituídos por 02 Médicos de Saúde Preventiva e Familiar, 01 Cirurgião-Dentista, 01

ASB, 02 Enfermeiros, 04 Técnicos de Enfermagem, 01 Auxiliar Administrativo, 01 Auxiliar de Higienização e 09 Agentes Comunitários. O Posto tem 182 m², com o funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. No último levantamento sobre os atendimentos realizados, em abril de 2007, foi constatado que os serviços já chegaram a mais de 6000 pessoas. (Porto Alegre, 2012).



FIGURA 5: PSF Rincão/Sertão – Porto Alegre/RS.
Fonte: Porto Alegre, 2012.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA .

O estudo proposto é de natureza quantitativa e qualitativa e consistiu no envio de 02 tipos de questionários às USFs pré-determinadas (um para o Odontólogo e outro para a ASB/TSB), 01 questionário à Coordenação Municipal Pública do Setor Odontológico e outro de igual conteúdo deste último ao Secretário Municipal de Saúde – T. Borba/PR. Todos eles apresentavam questões objetivas e uma questão subjetiva, específicas às suas atribuições e abordando aspectos administrativos e/ou operacionais das Equipes de Saúde Bucal na ESF.

O questionário (Apêndice B) que envolveu aspectos administrativos das Equipes de Saúde Bucal na ESF (encaminhado à Coordenadora de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Telêmaco Borba/PR e ao Secretário Municipal de Saúde), continha questões relativas ao:

- Início da implantação das Equipes de Saúde Bucal no município;
- Número de Equipes de Saúde Bucal no município;
- População coberta pelas Equipes de Saúde Bucal;
- Localização das Equipes de Saúde Bucal;
- Forma de contratação dos dentistas das Equipes de Saúde Bucal;
- Jornada de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal;
- Faixa salarial dos profissionais (dentistas, ASBs e TSBs) que atuam no programa;
- Recursos destinados às Equipes de Saúde Bucal;
- Incentivo aos profissionais das Equipes de Saúde Bucal para participação em cursos de capacitação e atualização.

O segundo questionário (Apêndice C) abordava aspectos operacionais das Equipes de Saúde Bucal e foi encaminhado aos 06 Cirurgiões-Dentistas que atuavam nas Equipes de Saúde Bucal das ESFs estudadas, buscando informações relativas ao:

- Tempo de contratação do Cirurgião-Dentista na ESF;
- Participação em cursos de capacitação e atualização;
- Tipos de pacientes atendidos pela Equipe de Saúde Bucal;
- Organização da demanda;
- Frequência de visitas domiciliares pelo dentista;
- Referência e contra-referência em Saúde Bucal;
- Ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal;
- Interação da Equipe de Saúde Bucal para com o restante dos integrantes da USF.

O terceiro questionário (Apêndice D) foi direcionado às Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs) e Técnicas de Saúde Bucal (TSBs) e abordou, assim como o destinado aos Cirurgiões-Dentistas,

informações referentes a aspectos operacionais e de incentivo visando o pleno funcionamento das atividades exigidas, bem como da valorização do profissional.

A questão subjetiva (enviada junto aos 03 questionários) solicitou que fossem denominadas experiências, dificuldades e aspirações em relação ao desenvolvimento do trabalho das Equipes de Saúde Bucal nas USFs municipais estudadas.

Os questionários foram enviados junto a envelopes para que, dentro deles, fossem colocadas as respostas. Ainda dentro do envelope havia a apresentação do objetivo do questionário (Apêndice A). O prazo de entrega foi estipulado em 15 dias a partir do recebimento do questionário.

Os dados colhidos relativos aos aspectos operacionais dessa pesquisa, bem como a questão subjetiva, foram analisados seguindo o método qualitativo do discurso do sujeito coletivo (Lefèvre, 2000), baseando-se em ideias centrais e expressões-chaves.

4. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL EM TELÊMACO BORBA (PR).

A implantação do atendimento odontológico no município de Telêmaco Borba /PR ocorreu apenas em 17 de maio de 2011, após a publicação da Portaria 1148 (Brasil, 2011), data esta considerada tardia observando o período de quando houve a assinatura da portaria federal 1444 em 2001, a qual inseria a Odontologia na Estratégia Saúde da Família. Este capítulo tratará, além da situação administrativa e funcional do setor odontológico municipal, também e principalmente sobre o histórico da implantação da Equipes de Saúde Bucal na ESF, bem como resultados alcançados, problemas existentes e sugestões de melhorias.

4.1 Diagnóstico Situacional.

A Secretaria Municipal de Saúde municipal tem, atualmente, sob sua coordenação, 14 Unidades de Saúde da Família, sendo que 12 estão em atividade e 02 em fase de implantação. Dessas, apenas 06 unidades possuem equipes de saúde bucal e que seguem as regras preconizadas pelo Ministério da Saúde para esta estratégia. Nas demais localidades, o atendimento odontológico ainda é precário, seguindo as antigas políticas públicas de saúde de caráter curativo, mutilador (extrações dentárias) e de livre demanda, devido principalmente a pouca atenção prestada pela administração municipal atual, seguindo, infelizmente, a mesma linha das anteriores ao setor.

Há inúmeras situações que potencializam esta situação. Entre elas, pode-se citar a falta de fiscalização no cumprimento de horário dos funcionários do Setor Odontológico (especialmente os Cirurgiões-Dentistas), a incapacidade de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde na compra de materiais de consumo e equipamentos, os baixos salários para o setor e a nomeação de pessoas sem qualquer conhecimento de gestão ou de Odontologia para a Chefia de Seção Odontológica Municipal, nomeados preferencialmente por razões políticas. Como este trabalho monográfico tem a finalidade de descrever a implantação e o atendimento odontológico nas USF's cadastradas junto ao Ministério da Saúde, o foco será, portanto, sobre a estrutura existente nestes locais, os quais apresentam realmente resultados positivos ao município e podem ser relatados.

As 06 USF's cadastradas pelo Ministério da Saúde e que recebem incentivos financeiros para o pleno funcionamento possuem 02 categorias de contratação de Cirurgiões-Dentistas:

- 02 USF's têm, em cada uma, 01 Cirurgião-Dentista, o qual é funcionário público concursado com carga de 08 horas diárias.

- 04 USF's têm, em cada uma, 01 Cirurgião-Dentista, o qual é funcionário público concursado com carga de 04 horas diárias, além de contrato de prestação de serviço para mais 04 Horas diárias, totalizando, assim, 08 horas diárias.

As Auxiliares de Consultório Dentário tem carga diária de 08 horas, sendo concursadas como ASB's (03 funcionárias), TSB's (02 funcionárias) e Serviços Gerais (01 funcionária). Há, portanto, situação irregular na integração desta última funcionária à Equipe de Saúde Bucal, pois, mesmo tendo o curso técnico de ASB/TSB, não é concursada para tal função.

O atendimento odontológico nestas 06 USF's segue regras pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde e foram escolhidas dentre as 12 UBSs ativas através de avaliação do contingente populacional coberto por estas USFs, bem como pela estrutura já existente. Há, porém, algumas características peculiares, algumas delas fruto de planejamento das próprias Equipes de Saúde Bucal locais e que incrementam o que é preconizado na ESF:

- Acolhimento ao paciente - a atenção ao paciente desde a sua primeira consulta, passando pelas sessões de tratamento, conclusão e proervação (acompanhamento pós-tratamento) é característica marcante da Estratégia Saúde da Família

- Trabalhos em comunidade - realiza-se palestras e mostras de vídeo em Centros Comunitários, Escolas, ao ar livre e dentro das USF's, abordando temas como Tabagismo, Câncer de boca, Alcoolismo, etc.

- Trabalhos preventivos - realiza-se o trabalho de Fluoretação nas escolas municipais e estaduais que estão dentro da área de cobertura das USF's, utilizando sachês de Fluoreto de Sódio 0,2% semanalmente com alunos entre 05 e 14 anos. Além dessa atividade, promovem-se também palestras, mostras de vídeo e teatros tanto aos alunos como aos seus responsáveis. Cabe ao Cirurgião-Dentista e a Auxiliar de Saúde Bucal o planejamento e execução desses eventos. (FIGURA 6).



FIGURA 6 – Fluoretação nas escolas municipais de Telêmaco Borba/PR
Fonte: Telêmaco Borba, 2011

- Atenção especial a pacientes especiais - Diabéticos, hipertensos, gestantes, lactentes e cardiopatas. Cada caso é examinado separadamente e, junto ao Médico da Família, chega-se a um consenso sobre a melhor estratégia e período de tratamento odontológico.
- Procura ativa de pacientes sem término de tratamento – em casos de falta não-justificada e posterior não-procura do paciente para remarcação de consulta odontológica, as Agentes Comunitárias de Saúde são acionadas. As mesmas se dirigem aos endereços cadastrados e verificam a situação e razão da falta, orientando que o paciente retorne à USF para continuar o tratamento.
- Prontuário único do paciente - O histórico odontológico (odontograma) é mantido ao lado do histórico médico, criando, assim, uma melhor percepção da situação do paciente e possibilitando o cruzamento de informações.

4.2 Objetivos e Amostras da Pesquisa.

Buscou-se, através de questionário enviado à coordenação do Setor Odontológico Municipal, aos 06 Cirurgiões-Dentistas e às 06 ASBs/TSBs, analisar o perfil da implantação do atendimento odontológico nas USFs cujo atendimento segue regras da ESF preconizadas pelo MS, definindo aspectos administrativos e operacionais destas equipes.

O município de Telêmaco Borba-PR possui 14 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 02 ainda estão em fase de construção. Das 12 Unidades ativas, apenas 06 possuem equipes completas preconizadas pela ESF (Médico, Odontólogo, ASB/TSB, Enfermeiras, Agentes Comunitários de Saúde) e cadastradas no SIAB. (Brasil 2011). Este estudo abrangeu, portanto, tão somente as Equipes de Saúde Bucal implantadas nestas 06 USFs.

4.3 O Setor Odontológico Público de Telêmaco Borba/PR inserido na ESF.

4.3.1 Aspectos Administrativos.

A Secretaria Municipal de Saúde, através do Secretário Municipal de Saúde, revelou, através do questionário enviado ao mesmo, as principais características quanto à situação das Equipes de Saúde Bucal na ESF no município de Telêmaco Borba/PR. As mais relevantes e pertinentes à finalidade desta monografia são:

- O incentivo financeiro (PAB Variável) enviado pelo Ministério da Saúde ao município de Telêmaco Borba/PR para manutenção das Equipes de Saúde Bucal é revertido totalmente para o Setor Odontológico das USFs cadastradas, sendo que os valores são divididos entre pagamento dos profissionais integrantes das Equipes e compra de materiais/equipamentos odontológicos.

- Os valores recebidos pelo município são insuficientes para a manutenção e desenvolvimento do atendimento odontológico dentro do que preconiza a ESF.

- A Secretaria Municipal de Saúde de Telêmaco Borba oferece cursos de capacitação e aperfeiçoamento aos profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal, dentro e fora do município, custeando, inclusive, estadia e transporte.

- O trabalho realizado pelas Equipes de Saúde Bucal no município de Telêmaco Borba/PR é considerado satisfatório pela administração pública municipal.

- A remuneração dos integrantes das Equipes de Saúde Bucal é considerada baixa e aquém da carga horária e de responsabilidades destas Equipes.

- A média de habitantes coberta por cada Equipe de Saúde Bucal é de 5000 a 6000, sendo, portanto, maior que a preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de 3000 (número considerado ideal) até 4000 habitantes (limite considerado tolerado). (DAB, 2012).

- Não há cobertura da ESF na área rural do município de Telêmaco Borba, nem, portanto, Equipes de Saúde Bucal atendendo exclusivamente ou esporadicamente nestes locais.

4.3.2 Aspectos Operacionais.

Os questionários devolvidos pelos profissionais da área odontológica inseridos nas Equipes de Saúde Bucal da ESF (06 Cirurgiões-Dentistas e 06 ASBs e/ou TSBs) apontaram para as seguintes situações:

- Os Cirurgiões-Dentistas cadastrados em cada uma das 06 Equipes de Saúde Bucal inseridas na ESF têm, aproximadamente, 14 anos de tempo de serviço público odontológico. Todos estes profissionais estão inseridos na ESF desde a implantação das referidas equipes odontológicas no município de Telêmaco Borba/PR, acontecido no primeiro semestre de 2011.

- Das 06 auxiliares de saúde bucal cadastradas na ESF, 02 são concursadas como TSB, 03 como ASB e 01 como Serviços Gerais. Esta última, contudo, tem curso técnico de TSB e está, atualmente, sob análise do setor jurídico da administração pública municipal para resolução adequada, dentro dos trâmites legais, desta situação de desvio de função. Dentre as auxiliares mencionadas, 04 trabalham no Setor Odontológico Público Municipal há 04 anos, 01 há 15 anos e outra há 19 anos. Todas as auxiliares de saúde bucal nominadas também estão inseridas na ESF desde a implantação das referidas equipes odontológicas no município de Telêmaco Borba/PR, acontecido no primeiro semestre de 2011.

- A unanimidade dos Cirurgiões-Dentistas, ASBs e TSBs pesquisados relataram a inexistência de curso de capacitação quando da inserção das Equipes de Saúde Bucal na ESF no município de Telêmaco Borba/PR, bem como ausência de encontros das Equipes para interação e passagem de experiências entre elas.

- Unanimemente, Cirurgiões-Dentistas, ASBs e TSBs afirmam que a ESF está presente apenas no papel, visto que o atendimento nestas unidades ainda segue padrões de livre demanda, sendo esta considerada excessiva para apenas uma Equipe de Saúde Bucal. A ausência de planejamento quanto às ações coletivas e preventivas em detrimento das curativas, a constante falta de materiais e a insatisfatória interação das equipes com a coordenação do setor odontológico e com o Secretário Municipal de

Saúde acentuam ainda mais o desvio quanto à maneira de atendimento preconizada pelo ministério da Saúde na ESF.

- Os Cirurgiões-Dentistas afirmam, em sua totalidade, que o atendimento odontológico realizado nas USFs com Equipes de Saúde Bucal cobre todas as faixas etárias de pacientes. Dá-se, também, atenção àqueles considerados especiais, tais como: gestantes, hipertensos, diabéticos, cardiopatas, fumantes e crianças de 0 a 3 anos. Contudo, reafirmam que esta prática segue padrões de livre demanda, não havendo planejamento prévio para promoção de saúde direcionada a estes grupos.

- O agendamento dos pacientes odontológicos nas USFs é realizado exclusivamente pela ASB/TSB por 05 Equipes de Saúde Bucal. Apenas 01 Equipe mencionou que o atendimento é realizado sem o prévio agendamento da ASB/TSB ou Cirurgião-Dentista, cabendo à recepção da USF realizar esta função.

- Em todas as 06 Equipes de Saúde Bucal os atendimentos emergenciais são encaixados na agenda sempre que a necessidade é evidente e constata-se a gravidade da situação, ainda que, com isso, atenda-se um número maior de pacientes programados para o dia.

- Segundo 04 Equipes de Saúde Bucal, os atendimentos domiciliares são realizados sempre que necessários, principalmente por impossibilidades físicas de deslocamento do paciente até a USF. Outras 02 Equipes relataram que não realizam estas visitas porque não lhes sobra tempo em virtude da excessiva demanda na USF em que trabalham.

- Todas as 06 Equipes de Saúde Bucal realizam trabalhos externos em escolas públicas, realizando palestras de orientação sobre higiene bucal e monitorando o Programa Suplementar de Fluoretação (parceria entre SESA/PR e Secretaria Municipal de Telêmaco Borba/PR) a alunos entre 05 e 14 anos. Relatam, ainda, que esta última atividade padece de melhor planejamento por parte da Secretaria Municipal de Saúde, seja através da facilitação de deslocamento das equipes até as escolas, seja pela disponibilização de materiais para a aplicação do flúor (copos descartáveis).

- As metas qualitativas e quantitativas de atendimento preconizadas pelo Ministério da Saúde às Equipes de Saúde Bucal foram consideradas cumpridas por 02 Equipes. Outras 03 acham que o atendimento continua voltado ao curativismo e, por vezes, ao tratamento mutilador (extrações dentárias). Há, ainda, 01 Equipe que relata

desconhecer os objetivos qualitativos e quantitativos das Equipes de Saúde Bucal dentro da USF.

- Há enormes dificuldades de referenciar pacientes para tratamentos mais complexos (tratamentos de canal, extração de 3^{os} molares, cirurgias ósseas, próteses), pois, segundo a unanimidade dos profissionais pesquisados, a Secretaria Municipal de Saúde não tem condições para encaminhar de maneira efetiva os pacientes encaminhados, seja dentro do município (onde não há ainda o Centro de Especialidades Odontológicas), bem como para outros municípios, via T.F.D. (Tratamento Fora do Domicílio). A grande maioria destes pacientes acaba procurando atendimento na rede privada, sendo que esta sugestão é passada de maneira geral pelos próprios profissionais das Equipes de Saúde Bucal, visto a impossibilidade de encaminhá-los ao atendimento público especializado e devido também ao despreparo da administração municipal e estadual em oferecer este tipo de serviço de maneira contínua e ágil.

- A interação das Equipes de Saúde Bucal com os demais integrantes da ESF (Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde) foi considerada Excelente/Boa por 11 dos 12 profissionais. Apenas 01 integrante considerou apenas razoável esta interação.

- A interação das Equipes de Saúde Bucal com a Coordenação do Setor Odontológico e com o Secretário Municipal de Saúde foi considerada ruim para 02 integrantes. 04 profissionais consideraram esta interação apenas razoável. Outros 05 integrantes consideraram boa e apenas 01 considerou ótima esta relação.

- A unanimidade de opiniões ocorreu novamente quando foi questionada a interação entre as Equipes de Saúde Bucal. Todos os 12 integrantes concordaram que os encontros são esporádicos e não há, em virtude disso, troca de informações e experiências regularmente entre eles.

- Os prontuários clínicos dos pacientes odontológicos não são inseridos junto ao prontuário geral do paciente por 03 Equipes de Saúde Bucal, não havendo, portanto, interação com outras situações clínicas do paciente. Em outras 02 USFs os prontuários (médico e odontológico) são únicos e, em apenas 01, os prontuários encontram-se anexados.

- As maiores dificuldades encontradas pelas 06 Equipes de Saúde Bucal para o pleno desenvolvimento das atividades preconizadas pela ESF foram, de acordo com o maior número de menções: a falta de cursos de capacitação (05 menções), a pouca

valorização da Secretaria Municipal de Saúde dada ao Setor Odontológico e sua integração na ESF (05 menções), a demanda excessiva de pacientes (05 menções), a falta de planejamento de metas (04 menções) e a falta de materiais de consumo/equipamentos (03 menções). Esta pergunta possibilitava a escolha de mais de uma alternativa.

- A incompatibilidade salarial com a carga horária e de trabalho também, unanimemente, é considerada insatisfatória por todos os integrantes das Equipes de Saúde Bucal.

4.4 Sugestões.

A fundamentação para a o desenvolvimento do questionário enviado aos integrantes das Equipes de Saúde Bucal e à Coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Telêmaco Borba/PR tem, como alicerce, a busca de informações que possam levar ao por quê das falhas e dificuldades da implantação destas equipes, observando ramificações e sequelas destes problemas, bem como, também, enaltecer as conquistas alcançadas. Estes dados, oriundos daqueles que participam ativa ou passivamente da situação, tem, certamente, papel fundamental para a construção de sugestões para melhorias, sejam elas de ordem administrativa, técnica ou operacional.

Observa-se, nas respostas dadas pelos profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal no município de Telêmaco Borba/PR, que não há sintonia fina entre o que preconiza o Ministério da Saúde e o que a Secretaria Municipal de Saúde oferece em termos de condição de planejamento, de material e até mesmo de valorização destes profissionais para que haja o pleno funcionamento destas equipes.

A interação das Equipes de Saúde Bucal e da própria administração pública municipal em relação ao conhecimento do que realmente caracteriza a Estratégia Saúde da Família é, possivelmente, o equívoco maior presente. Os relatos praticamente unânimes dos profissionais de que suas atividades profissionais dentro de uma USF seguem uma linha dentro de técnicas curativistas, por vezes mutiladoras, e em caráter de livre demanda, mostra que há a necessidade de promover capacitação técnica/teórica a eles, pois são oriundos de práticas de saúde pública antigas, onde não havia muito planejamento preventivista e/ou de coletividade e, para tanto, necessitam dessa atualização. Cabe a essa questão, portanto, atenção e empenho da administração pública

municipal em oferecer aos Cirurgiões-Dentistas, ASBs e TSBs o pleno conhecimento de suas atribuições dentro de uma USF, seguindo suas regras e determinando objetivos.

A interação entre a Equipe de Saúde Bucal e demais integrantes da sua USF também requer atenção. A utilização do prontuário único (incluindo neste o histórico médico e odontológico), as constantes reuniões com todos os membros da USF (incluindo o Cirurgião-Dentista, TSB/ASB, Enfermeiras, Agentes Comunitárias de Saúde e, em especial, o Médico) para troca de informações e até mesmo visando maior aproximação e intimidade entre os mesmos, o aperfeiçoamento na busca ativa de pacientes odontológicos (faltantes e especiais) por parte das Agentes Comunitárias e previamente requisitada pelas Equipes de Saúde Bucal são as principais melhorias para que haja a inclusão em maior profundidade destas Equipes.

A administração pública local também precisa dar maior atenção à logística da ESF, oferecendo um sistema de informática eficaz e prático que possa facilitar a alimentação dos dados oriundos da produção do atendimento odontológico aos órgãos públicos interessados (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde). Deve, ainda, desenvolver uma rede de atendimento mais ampla e ágil junto à administração estadual e federal, canalizando atendimentos complexos a centros de referência, evitando, com isso, que o paciente recorra à rede privada ou, infelizmente, à própria rede pública para realizar tratamentos mutiladores (extração dentária) devido à sua condição financeira pouco abastada.

Ainda, conforme se observou nos questionários, há certo afastamento entre as Equipes de Saúde Bucal, seja entre elas ou entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Equipes. É, portanto, necessário que a interação ocorra de maneira mais freqüente, dada a importância da troca de experiências entre as Equipes, bem como haja orientação regular da coordenação de saúde bucal municipal em relação às metas e aos aspectos operacionais.

A constante falta de insumos (materiais/equipamentos) também se mostra um fator condicionante à plena atividade destas Equipes de Saúde Bucal. Cabe, então, à Secretaria Municipal de Saúde e, por consequência, à administração pública municipal, realizar o prévio planejamento quanto à quantidade destes insumos e que os mesmos sejam disponibilizados para o funcionamento permanente das atividades propostas às Equipes, oferecendo, inclusive, manutenção periódica dos equipamentos odontológicos.

As baixas remunerações dadas aos profissionais que integram as Equipes de Saúde Bucal foi opinião unânime entre os entrevistados, incluindo o Secretário Municipal de Saúde. Há, portanto, que se avaliar condições legais de melhorias salariais, visto que, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, os recursos financeiros federais recebidos são utilizados para pagamento dos profissionais e para compra de materiais/equipamentos exclusivamente às Equipes cadastradas. Ora, como todos os locais de atendimento já eram ativos quanto ao atendimento odontológico antes da implantação deste na ESF, porém sem os recursos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal, pode-se constatar que há sobras financeiras para este fim, pois, conforme o próprio Secretário Municipal de Saúde afirmou no questionário, os valores recebidos são integralmente utilizados no Setor Odontológico.

Há, ainda, uma última questão a ser debatida. O profissional que se propõe a trabalhar no serviço público e, especialmente, dentro de uma USF deve, anteriormente, procurar se interar não só sobre a forma de atendimento, mas também de comportamento frente aos pacientes que atenderá, assim como em relação aos demais integrantes da equipe.

Na primeira situação, o profissional precisa observar o paciente como um todo, saber qual é o seu histórico médico, psicológico e, claro, odontológico (se houver). Deve ter o discernimento de observar a complexidade do problema e, somente em última instância, indicar tratamentos mutiladores (extração dentária). Deve criar vínculo com o mesmo, orientando retornos e deixando clara sua disposição em lhe atender quando necessário. Precisa entender seus hábitos e de sua família, pois este conhecimento é muitas vezes primordial para compreender a situação clínica do paciente e prevenir futuras patologias bucais.

Na situação seguinte, o profissional integrante de uma Equipe de Saúde Bucal deve procurar manter um ambiente saudável entre seus colegas de USF. Precisa manter contato permanente com médico e enfermeiras, buscando indícios para a existência dos problemas que chegam a ele, bem como solicitar exames complementares que facilitem o atendimento odontológico. Deve manter relação contínua com os Agentes Comunitários de Saúde, pois estes são ramificações externas das Equipes de Saúde da Família e tem papel fundamental na busca ativa de pacientes, observando razões de faltas ou desistências não justificadas e orientando a comunidade sobre a importância do tratamento odontológico, estimulando à procura do atendimento. Há, ainda, a relação

interna entre Cirurgião-Dentista e ASB/TSB, que necessita de respeito mútuo e ética em questões de hierarquia, visando, sempre, o bom atendimento e o cumprimento de metas pré-estabelecidas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A implantação da Estratégia Saúde da Família é um marco para a Saúde Pública do Brasil. O dogma curativista das políticas públicas de saúde anteriores declinou em função de ideias de cunho preventivo e coletivo advindos dessa nova prática de atendimento e acolhimento do paciente, o qual procura e necessita do atendimento público e gratuito. E este declínio gera resultados altamente positivos, pois se trata a doença em sua fase inicial, com acompanhamento de toda uma equipe, envolvendo Médico e Cirurgião-Dentista no diagnóstico/tratamento de enfermidades e auxiliados por Enfermeiras e Auxiliares/Técnicas de Saúde Bucal. Complementam a equipe as Agentes Comunitárias de Saúde que fazem a busca do paciente e tornam-se os “braços externos” da USF, orientando a comunidade em suas casas e instruindo quando da necessidade de atendimento clínico.

O setor odontológico, ainda que tardio, complementou o atendimento da ESF. As Equipes de Saúde Bucal engatinham quando o assunto é interação junto aos demais integrantes de uma USF; porém, através de incentivos financeiros para a ampliação e boa manutenção dos serviços, a devida valorização dos profissionais por parte das administrações locais, sintonia entre coordenação e as Equipes de Saúde Bucal e, especialmente, a vocação dos profissionais que se propõem a serem inseridos na ESF, há enormes possibilidades de que esta política pública de saúde possa se tornar, dia após dia, cada vez mais concreta e produtiva.

O município de Telêmaco Borba (PR) é uma cidade do interior paranaense com muita capacidade produtiva e de desenvolvimento. Esta situação, contudo, leva o Poder Executivo a estar preparado para suprir demandas, fruto do crescimento eminente. A implantação da Estratégia Saúde da Família no município e a subsequente inclusão de Equipes de Saúde Bucal ocorreu de forma desordenada e sem planejamento de metas. O termo “postão” é, infelizmente, rotulado nestas unidades que deveriam prestar atendimento dentro de regras preconizadas pelo Ministério da Saúde. Porém, devido à demanda excessiva recebida por cada USF e ainda com forte influência da prática curativista, especialmente na área odontológica, torna-se urgente a mudança local de paradigmas para que a Estratégia Saúde da Família seja realmente efetiva.

Resolver questões de relacionamento, seja entre as Equipes de Saúde Bucal, ou entre estas e a coordenação municipal ou, ainda, com os demais integrantes da USF é um fator essencial para a plena implantação do setor odontológico na ESF, assim como

valorizar estas Equipes e dar condições a elas para desempenharem suas funções são os pontos fundamentais e que dirigem o objetivo desta monografia. Há, contudo, estruturas que não dependem exclusivamente de uma Equipe ou de um órgão público para favorecer a execução de metas. Verificar os aspectos administrativos no nível federal, estadual e municipal poderiam elucidar ainda mais as razões para que este programa tão bem intencionado ainda não consiga atingir seus reais objetivos de maneira mais eficaz.

REFERÊNCIAS.

ABREU MHNG; WERNECK MAF. **Sistema incremental no Brasil: uma avaliação histórica.** Arquivo Odontológico, 1998

AGUIAR DS. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma.** Rio de Janeiro, 1998

ALVES SOBRINHO EJM, SOUZA MF. **O PSF nos grandes municípios,** São Paulo: Hucitec, 2002.

BALDANI MH, FADEL CB, POSSAMAI T, QUEIROZ MGS. **A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil,** Cad. Saúde Pública vol.21 no.4 Rio de Janeiro July/Aug., 2005

BERTOLLI FILHO C. **História da saúde pública no Brasil.** 3ªed. São Paulo: Ática; 1999.

BRASIL 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: MS; 1988.

BRASIL 1990. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília: MS; 1990

BRASIL 1996. **Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOBSUS/96).** Diário Oficial da União. Brasília; 06 de novembro de 1996.

BRASIL 2000a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília: MS; 2000.

BRASIL 2000b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. Portaria nº. 1444, de 28 de dezembro de 2000.**

Disponível em: <http://www.saúde.gov.Br/programas/bucal/principal.htm>. Acesso em 15/08/2012.

BRASIL 2000c. DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (DAB). SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Informes técnicos institucionais: programa saúde da família.** Rev Saúde Pública, 2002.

BRASIL 2001. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: MS, 2001.

BRASIL 2002a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal.** Brasília: MS, 2002.

BRASIL 2002. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).** Brasília: Impresso Publicação da Diretoria de Projetos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, jul., 2002.

BRASIL 2004a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília: MS, 2004.

BRASIL 2004b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL. **Manual do programa Brasil sorridente.** Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406. Acesso em 25/09/2012

BRASIL 2004c. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL. **3º Conferência Nacional de Saúde Bucal.** [Relatório Final]. Brasília: MS, 2004.

BRASIL 2004d. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Portaria nº. 74, de 20 de janeiro de 2004.** Diário Oficial da União, Brasília; 21 de janeiro de 2003, seção 1 p 54.

BRASIL 2011. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1148, de 17/05/2011. Municípios Credenciados para recebimento do Incentivo à Saúde Bucal.** 2011. Disponível em: URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1148_17_05_2011.html

BRASIL 2012a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde aumenta recursos para a saúde bucal.** Disponível em: URL: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5592/162/ministerio-aumenta-recursos-para-a-saude-bucal.html>. Acesso em 12/09/2012.

BRASIL 2012b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde.** Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em 10/09/2012.

CAPISTRANO DF. **O cirurgião-dentista no programa de saúde da família.** São Paulo: mimeo; 2000.

CARVALHO CL, LOUREIRO CA. **A inserção da odontologia na saúde escolar.** Cad. Odont. 1997. 1(1): 43-57.

CFO - CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012. **Leis Federais.** Disponível em URL: <http://cfo.org.br/legislacao/leis-federais>. Acesso em 10/09/2012

CHAVES MM. **Odontologia Sanitária.** Washington: Oficina Sanitária Pan-americana; 1962.

CHAVES MM. **Odontologia social.** 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

COHN A, ELIAS PE. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo: Cortez; 2001.

CONASS, 2003 – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a Gestão do SUS.** Brasília, 2003

COSTA RCR. **Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990.** Revista de Sociologia e Política. 2002; 18: 49-71.

DAB, 2012a - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. **Brasil Sorridente.** Disponível em URL: <http://dab.saude.gov.br/cnsb>. Acesso em 25/08/2012.

DAB, 2012b – ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE DA FAMÍLIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012. **Equipes de Saúde.** Disponível em URL: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em 01/11/2012

DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012. **Dicionário-Verbetes.** Disponível em: URL: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 03/09/2012

FALEIROS, VP et al. **Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** 2006. Disponível em: URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf. Acesso em 08/08/2012

FARIA, HP et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. ed, Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

FORTALEZA, 2012 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em URL: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=7. Acesso em 06/09/2012.

HEIMANN LS et al. **O Público e o Privado na Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

IPEA, 1977 – BRASIL - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O Brasil na Virada do Milênio.** v. II. Brasília., jul.1977

LEFEVRE, A.M.C. **O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: Educs; 2000.

LONDRINA, 2012 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA . Disponível em: URL:http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=496&Itemid=588&limitstart=3. Acesso em 10/09/2012

MACHADO, M. H. **Programa de Saúde da Família no Brasil – Algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros.** São Paulo: Hucitec, 2002, p. 125-132.

MANFREDINI MA. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil: Metodologia de Trabalho e Práticas.** São Paulo: Santos; 2005.

MARQUES RM, MENDES A. **A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde - SUS**. São Paulo: Hucitec; 2002.

MEDINA MG, AQUINO R. **Avaliando o Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec; 2002

NARVAI PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2ed. São Paulo: Santos, 2002.

OLIVEIRA AGRC, SOUZA ECF. **A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. Odontologia social: textos selecionados. Natal: UFRN; 1998.8: 114 - 21.

PINTO, V. G., 1989. **Saúde Bucal – Odontologia Social e Preventiva**. 1ª Ed.: Editora Santos.

PORTAL DA SAÚDE, 2010 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Número de Dentistas no SUS cresce 49%**. Disponível em: URL:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11123. Acesso em 27/08/2012

PORTO ALEGRE, 2012 – HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA. **Programa Saúde da Família Rincão/Sertão**. Disponível em URL:

<http://www.divinaprovidencia.org.br/institucional/index.php?id=219&idcategoria=10>. Acesso em 11/09/2012

RABELLO SB, CORVINO MPF. **A inserção do CD no Programa Saúde da Família**. Rev Bras Odontol - 2001; 58:266-7.

RONCALLI A G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

RONCALLI AG. **O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**, 2003

ROSENTHAL EA. **Odontologia no Brasil – História**. Jornal APCD. São Paulo: out.1995.

SÃO PAULO, 1992. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.-CENTRO DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE. **História das políticas de Saúde no Brasil** [Videocassete]. Tapiri Vídeo Produções. Roteiro e direção: Renato Tapajós, 1992.

SBIBAE, 2012- SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Saúde da Família e A.M.A**. Disponível em URL: <http://www.einstein.br/responsabilidade-social/saude-da-familia-e-ama/Paginas/saude-da-familia-e-ama.aspx>. Acesso em 09/09/2012

SESA/Pr, 2012 - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/Pr – **Saúde Bucal** - Disponível em: URL:

<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2896>. Acesso em 28/08/2012

SIAB / SCENES, 2012. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em URL:

<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em 10/09/2012.

SILVEIRA FILHO AD. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. 2001

Disponível em: URL: <http://www.saúde.gov.Br/bucal>. Acesso em 07/09/2012.

SOARES FN. **Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte no Interior Paulista**. 2011. Disponível em URL:

<http://pt.scribd.com/doc/103311746/Implantacao-da-ESF-em-Municipio-de-Pequeno-Porte>. Acesso em 10/09/2012

SOUSA MF et al. **Os sinais vermelhos do PSF**. Brasília. 2002

TELÊMACO BORBA, 2011 – Prefeitura Municipal de Telêmaco Borba/PR. **Programa de Fluoretação é realizado com alunos das escolas municipais**. Disponível em URL:

<http://www.telemacoborba.pr.gov.br/noticias/noticia.php?noticia=3441#.UFOMMbJmQpA>. Acesso em 10/09/2012.

VIANA AL et al. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>.

Acesso em 13/09/2012.

WERNECK MAF. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. [Tese].

Niterói, Universidade Federal Fluminense. 1994. *Apud*: RONCALLI A G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. [Tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2000.

ZANETTI, CHG. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 1993.

APÊNDICES.**APÊNDICE A – Apresentação da Pesquisa****Projeto de Pesquisa****IMPLANTAÇÃO DO SETOR ODONTOLÓGICO,
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA,
NO MUNICÍPIO DE TELÊMACO BORBA / PR**

Prezado Sr(a).

V. Sa. está recebendo, em anexo a esta solicitação, um termo de participação voluntária e um questionário que fazem parte do trabalho de monografia desenvolvido por mim para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal, ministrado pela UTFPR. O presente trabalho visa obter informações sobre aspectos administrativos e operacionais das Equipes de Saúde Bucal nas USFs do Município de Telêmaco Borba até a presente data.

Em virtude das necessidades inerentes ao processo de análise dos resultados e inclusão dos mesmos no trabalho monográfico, solicito, respeitosamente, que sejam respondidas todas as questões (objetivas e subjetiva) até a data de 25/10/2012. Neste dia, estarei recolhendo pessoalmente os questionários para posterior avaliação das respostas.

Esperando poder contar com sua compreensão no sentido de poder responder às perguntas formuladas, agradeço antecipadamente sua contribuição, pois servirá não só a mim, mas às futuras administrações, alunos e professores que terão este instrumento como fonte de pesquisa e coleta de dados inerentes ao setor odontológico público municipal, bem como da estrutura e história da implantação da Estratégia Saúde da Família no município de Telêmaco Borba / PR, no Paraná e no Brasil.

Atenciosamente

Dr. Paulo Marcelo Nocêra
Cirurgião-Dentista
CRO-PR 10980
Pós-Graduando em Gestão Pública Municipal - UTFPR

T. Borba, 21/10/2012

APÊNDICE B – Questionário destinado à Secretaria Municipal de Saúde.



QUESTIONÁRIO – ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

(Destinado ao Coordenador de Saúde Bucal e Secretário Municipal de Saúde do Município de Telêmaco Borba/PR)

** Preencher o questionário da maneira mais objetiva possível*

** É permitida a escolha de mais de uma alternativa em questões de múltipla escolha.*

Função:

- Secretário Municipal de Saúde**
 Chefe de Seção Setor Odontológico

01- Há quantas USFs cadastradas junto ao Ministério da Saúde no município?

R: _____

02- Dentre estas USFs cadastradas, quantas possuem também Equipes de Saúde Bucal cadastradas?

R: _____

03- Cada Equipe de Saúde Bucal cobre, em média, quantos habitantes no município?

- Até 3.000 Entre 3.001 e 4.000
 Entre 4.001 e 5.000 Entre 5.001 e 6.000 Acima de 6.001

04- Há Unidades de Saúde da Família em área rural?

- SIM NÃO

05- Em caso afirmativo da questão anterior, há Equipes de Saúde Bucal localizadas nestas unidades localizadas na zona rural?

- SIM NÃO

06- Qual(is) a(s) forma(s) de contratação dos profissionais de saúde bucal (Odontólogos e ASBs/TSBs) dentro da USF?

- concurso público contratação provisória gratificação
 credenciamento por hora extra outra: _____

07- Determine a quantidade de profissionais cadastrados na ESF (CDs e ASBs/TSBs) em cada uma das modalidades de contratação assinaladas na questão anterior:

R: _____

08- Qual a jornada de trabalho (Horas/Semana) dos profissionais de Saúde Bucal nas USFs?

- 40 Horas 30 Horas 20 Horas Outra: _____

09- Qual a faixa salarial atual do Cirurgião-Dentista cadastrado na ESF?

- Entre R\$ 2.000,00 e R\$ 3.000,00 Entre R\$ 3.000,00 e R\$ 4.000,00
 Entre R\$ 4.000,00 e R\$ 5.000,00 Entre R\$ 5.000,00 e R\$ 6.000,00

10- Qual a faixa salarial atual da ASB cadastrada na ESF?

- Entre R\$ 500,00 e R\$ 600,00 Entre R\$ 700,00 e R\$ 800,00
 Entre R\$ 900,00 e R\$ 1.000,00 Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.100,00

11- Qual a faixa salarial atual da TSB cadastrada na ESF?

- Entre R\$ 700,00 e R\$ 800,00 Entre R\$ 900,00 e R\$ 1.000,00
 Entre R\$ 1.100,00 e R\$ 1.200,00 Entre R\$ 1.200,00 e R\$ 1.300,00

12- O incentivo financeiro (PAB Variável) das Equipes de Saúde Bucal é revertido totalmente para a Odontologia nas USFs?

- SIM NÃO

13- Para qual fim este incentivo financeiro é destinado pela administração municipal?

- exclusivamente para pagamento de profissional da Equipe de Saúde Bucal
 exclusivamente para compra de materiais/equipamentos odontológicos
 é dividido para pagamento dos profissionais e compra de materiais/equipamentos
 utilizado não exclusivamente ao Setor Odontológico, tendo como finalidade maior encorpar o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde para outras ações
 outras finalidades: _____

14- Em sua opinião, os recursos federais repassados às Equipes de Saúde Bucal são suficientes para manutenção do atendimento dentro do que preconiza a Estratégia Saúde da Família?

- SIM NÃO

15- Há algum incentivo da administração para capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal cadastrados na ESF?

- SIM NÃO

16- Em caso afirmativo da questão 15, cite que tipos de incentivos são oferecidos às Equipes de Saúde Bucal:

- cursos
 palestras
 liberação do profissional para realização de cursos/congressos fora do município
 diárias/transporte ao profissional que faz curso/congresso fora do município
 outros: _____

17- Em sua opinião, as Equipes de Saúde Bucal realizam o que é preconizado pela ESF e pela Administração Pública Municipal de maneira:

- Insatisfatória Razoável Satisfatória Muito Satisfatória

18- Em sua opinião, a faixa salarial dos integrantes das Equipes de Saúde Bucal quando comparada com sua carga horária e responsabilidades é:

- Baixa Compatível Alta

19- Espaço aberto para comentários adicionais a respeito das questões respondidas, bem como planejamentos e aspirações para o desenvolvimento das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Telêmaco Borba/PR:

APÊNDICE C – Questionário destinado aos Cirurgiões-Dentistas.



QUESTIONÁRIO – ASPECTOS OPERACIONAIS (Destinado aos Cirurgiões-Dentistas integrantes das Equipes de Saúde Bucal cadastradas na ESF do Município de Telêmaco Borba/PR)

* *Preencher o questionário da maneira mais objetiva possível*

* *É permitida a escolha de mais de uma alternativa em questões de múltipla escolha.*

Função: Cirurgião-Dentista

01- 01- Há quanto tempo você trabalha na Saúde Pública - Setor Odontológico?

R: _____

02- Há quanto tempo você está cadastrado junto a uma Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família?

R: _____

03- Você já participou de algum curso de capacitação para atendimento em uma USF (Unidade de Saúde da Família)?

() SIM () NÃO

04- Qual o tipo de paciente atendido em seu dia-dia na USF?

() gestantes () bebês de 0 a 3 anos () pré-escolares de 4 a 6 anos
() escolares de 7 a 12 anos () adolescentes de 13 a 19 anos
() adultos de 20 a 59 anos () idosos de + de 60 anos

05- Como é feito o agendamento dos pacientes em relação ao atendimento odontológico?

() nas residências, pelos ACSs () nas USFs, pela USB/TSB
() livre demanda () triagem de risco
() outro: _____

06- Com que frequência você realiza visitas domiciliares na comunidade coberta pela USF a qual você trabalha?

() nunca, pois não sobra tempo () semanalmente () quinzenalmente
() mensalmente () sempre que necessário

07- Para onde são encaminhados os casos com maior complexidade de tratamento?

() centro de referência/especialidades dentro do próprio município
() centro de referência/especialidades fora do município
() são encaminhados/aconselhados a procurar a rede privada
() não são encaminhados, tentando-se resolver dentro da USF
() não são encaminhados nem resolvidos

- 08- Quais ações você realiza periodicamente dentro de sua USF?
- atendimento clínico à demanda
 - visita domiciliar
 - prevenção e promoção de saúde
 - reunião com toda equipe da USF
 - planejamento de trabalho
 - reuniões com a comunidade da área coberta
 - articulação de referência e contra-referência junto à Secretaria Munic.de Saúde
 - utilização dos dados do SIAB para planejamento das ações
 - fluoretação aos alunos matriculados nas Escolas presentes na área de cobertura
- 09- Qual a periodicidade de reuniões entre as Equipes de Saúde Bucal cadastradas na Estratégia Saúde da Família?
- semanal quinzenal mensal bimestral esporadicamente
- 10- Qual o grau de interação entre você e os demais integrantes da sua Unidade de Saúde da Família (médico, enfermeiros e agentes comunitários)?
- ruim razoável boa excelente
- 11- Qual o grau de interação entre você e a coordenação do Setor Odontológico Municipal / Secretaria Municipal de Saúde?
- ruim razoável boa excelente
- 12- Os prontuários dos pacientes atendidos pela Equipe de Saúde Bucal e pelos demais integrantes da sua USF (médico e enfermeiras) são:
- únicos anexados não há cruzamento de informações
- 13- Sobre a qualidade do atendimento da Equipes de Saúde Bucal a qual você pertence, pode-se afirmar:
- está cumprindo todas as metas definidas pelo Ministério da Saúde, reorganizando a atenção básica dentro do conceito preventivo, e não apenas curativo
 - continua voltado ao atendimento curativo e, por vezes, mutilador (extrações)
 - continua voltado preferencialmente ao atendimento infantil
 - desconheço os objetivos das Equipes de Saúde Bucal dentro da USF
- 14- Em sua opinião, a faixa salarial dos integrantes das Equipes de Saúde Bucal quando comparada com sua carga horária e responsabilidades é:
- Baixa Compatível Alta
- 15- Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades enfrentadas pelas Equipes de Saúde Bucal para o pleno desenvolvimento das atividades preconizadas pela Estratégia Saúde da Família dentro de sua Unidade de Saúde?
- Falta de cursos de capacitação
 - Falta de planejamento de metas
 - Falta de entrosamento com demais integrantes da Unidade de Saúde da Família
 - Pouca valorização da Secretaria Municipal de Saúde
 - Falta de insumos (materiais de consumo/ equipamentos)
 - Demanda excessiva de pacientes

16- Em sua opinião, os tratamentos odontológicos de alta complexidade que não são resolvidos na sua USF tem o devido encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde aos centros de referência local ou fora do município?

SIM

NÃO

ALGUMAS VEZES

17- Espaço aberto para comentários adicionais a respeito das questões respondidas, sejam elas críticas, ideias ou aspirações para o desenvolvimento das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Telêmaco Borba/PR:

APÊNDICE D- Questionário destinado às ASBs/TSBs.



QUESTIONÁRIO – ASPECTOS OPERACIONAIS

Destinado às Técnicas de Saúde Bucal (TSBs) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs) integrantes das Equipes de Saúde Bucal cadastradas na ESF do Município de Telêmaco Borba/PR

** Preencher o questionário da maneira mais objetiva possível*

** É permitida a escolha de mais de uma alternativa em questões de múltipla escolha*

Função:

ASB TSB

01- Há quanto tempo você trabalha na Saúde Pública - Setor Odontológico?

R: _____

02- Há quanto tempo você está cadastrada junto a uma Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família?

R: _____

03- Qual é a sua formação técnica no campo da Saúde Bucal?

ASB ASB e TSB Nenhuma

04- Você é concursada pública para qual função?

ASB TSB Serviços Gerais
 Assistente Administrativo Outra: _____

05- Você já participou de algum curso de capacitação para atendimento em uma USF (Unidade de Saúde da Família)?

SIM NÃO

06- Qual o grau de interação entre você e os demais integrantes da sua Unidade de Saúde da Família (Odontólogo, médico, enfermeiros e agentes comunitários)?

ruim razoável boa excelente

07- Qual o grau de interação entre você e a coordenação do Setor Odontológico Municipal / Secretaria Municipal de Saúde?

ruim razoável boa excelente

08- Sobre a qualidade do atendimento da Equipes de Saúde Bucal a qual você pertence, pode-se afirmar:

está cumprindo todas as metas definidas pelo Ministério da Saúde, reorganizando a atenção básica dentro do conceito preventivo, e não apenas curativo
 continua voltado ao atendimento curativo e, por vezes, mutilador (extrações)

- continua voltado preferencialmente ao atendimento infantil
 desconheço os objetivos das Equipes de Saúde Bucal dentro da USF

09- Em sua opinião, a faixa salarial a qual você se inclui, quando comparada com sua carga horária e responsabilidades, é:

- Baixa Compatível Alta

10- Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades enfrentadas pelas Equipes de Saúde Bucal para o pleno desenvolvimento das atividades preconizadas pela Estratégia Saúde da Família dentro de sua Unidade de Saúde?

- Falta de cursos de capacitação
 Falta de planejamento de metas
 Falta de entrosamento com demais integrantes da Unidade de Saúde da Família
 Pouca valorização da Secretaria Municipal de Saúde
 Falta de insumos (materiais de consumo/ equipamentos)
 Demanda excessiva de pacientes Não há dificuldades

11- Em sua opinião, os tratamentos odontológicos de alta complexidade que não são resolvidos na sua USF tem o devido encaminhamento aos centros de referência local ou fora do município pela Secretaria Municipal de Saúde?

- SIM NÃO ALGUMAS VEZES

12- Você ou o Odontólogo contabilizam a demanda reprimida mensal (atendimentos complexos não tratados na sua USF) e repassam esta lista à coordenação do setor odontológico / Secretaria Municipal de Saúde?

- Sempre Nunca Às vezes

13- Espaço aberto para comentários adicionais a respeito das questões respondidas, sejam elas críticas, ideias ou aspirações para o desenvolvimento das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Telêmaco Borba/PR:
