

MARIA INÊZ NEIVA COLARES

**A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE BUCAL DENTRO DA
PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS
2009**

MARIA INÊZ NEIVA COLARES

**A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE BUCAL DENTRO DA
PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS
2009**

À Deus

À minha família, especialmente aos meus filhos Ana Luísa e Álvaro.

Agradeço a Deus pelo Dom da vida;

Ao Orientador Marco Túlio de Freitas Ribeiro pela paciência;

Aos professores e colegas do Pólo da UFMG de Araçuaí, pelo tempo compartilhado;

Á comunidade e Unidade de Saúde São José pela colaboração na realização deste trabalho;

Á Kivio Antunes de Paula pelo apoio com dedicação e paciência;

A todos os colegas que colaboraram para concretização deste trabalho.

“A exclusão social é uma indicação clara de que a sociedade está errada. Tem de inventar novas formas de inserção social, sair da prisão de que tudo tem que ser rentável pelos critérios de mercado. Passar, por exemplo, por organização comunitária”.

Celso Furtado

RESUMO

A inserção da odontologia na Equipe de Saúde da Família tem como um de seus objetivos a universalização da atenção odontológica que durante muitos anos esteve concentrada na atenção ao escolar. A presente pesquisa trata-se de uma investigação com enfoque quantitativo. Refere-se à inserção da Equipe de Saúde Bucal na Equipe Saúde da Família implantado no município de Jequitinhonha, Minas Gerais, na área de abrangência do PSF São José. Tem como eixo norteador a organização da Equipe de saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. O objetivo deste estudo foi avaliar o atendimento odontológico da população adscrita da Equipe Saúde da Família São José segundo a faixa etária, assim como a percepção quanto ao serviço odontológico recebido. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada onde os sujeitos de pesquisa eram os moradores da região adscrita e, nos arquivos da unidade de saúde pesquisada. Dentre os resultados encontrados, destaca-se a necessidade de ampliação do serviço de saúde bucal a toda a população, inclusive os adultos, pois a pesquisa revela que o atendimento odontológico é predominante entre crianças de 08 a 14 anos de idade, e que a partir dos 31 anos ocorre um decréscimo elevado no número de atendimentos, reduzindo-os a quase zero. Conclui-se no estudo que a inclusão das ESB no ESF constitui-se em meio de melhoria da assistência à saúde das pessoas e uma das metas a ser alcançada é a melhoria do acesso dos usuários, à medida que esta estratégia possibilitará oferecer uma assistência à saúde universal e igualitária.

Palavras Chave: saúde bucal, equipe, organização.

ABSTRACT

The inclusion of dentistry in the Family Health Team has as one of its goals the universal dental care for many years has focused attention on the school. The present research it is an investigation with a quantitative focus. Refers to the insertion of the Oral Health Team at the Family Health Team deployed in the city of Jequitinhonha, Minas Gerais, the area covered by the PSF St. Joseph has as a guiding organization of the Oral Health team at the Family Health Strategy . The aim of this study was to evaluate the dental care of the population assigned Family Health Team San Jose according to age and the perception of the dental services received. Data collection was performed through a semi-structured interview where the study subjects were residents of the region and ascribed in the archives of the health unit investigated. Among the findings, we highlight the need to expand the oral health service to the entire population, including adults, because research shows that dental care is predominant among children 08-14 years of age, and that from of 31 years is a large decrease in the number of visits, reducing them to almost zero. It is concluded in the study that the inclusion of ESB in FHS is in the midst of improving the health care of people and one of the goals to be achieved is to improve the access of users, as this strategy will allow to offer assistance to universal and equitable health.

Keywords: oral health, team, organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Brasil – Outubro 2009.....	17
Figura 2 – Vale do Jequitinhonha.....	23
Figura 3 – PSF São José.....	25
Figura 4 – Consultório Odontológico São José.....	26

LISTA DE GRÁFICO E TABELAS

Gráfico 01 – atendimentos realizados em pacientes de 01 a 70 anos de idade, ou mais, nos anos de 2008 e 2009	29
Tabela 01 – Entrevista com moradores da região área de abrangência da ESF São José.....	31
Tabela 02 – Entrevista com moradores da área da ESF São José sobre o agendamento de retorno.....	32
Gráfico 02 – Realização de orientações pela ESB sobre Saúde Bucal.....	32
Gráfico 03 – Participação dos usuários em grupos educativos no ESF.....	33
Gráfico 04 – Relação dos usuários com a equipe de Saúde Bucal do ESF São José.....	34
Gráfico 05 – Realização de tratamento dentário com o odontólogo.....	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PSF – Programa de Saúde da Família

NHS – National Health Service

MS – Ministério da Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

SF – Saúde da Família

ANS – Agência Nacional de Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

SIAB – Sistema de Informação Ambulatorial

CAPS – Centro de Atenção Psico Social

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Organização do Serviço de Saúde no Brasil.....	12
2.2 Atenção Básica – Compreendendo a Estratégia de Saúde da Família.....	15
2.3 A Saúde Bucal Inserida na Estratégia de Saúde da Família.....	17
2.4 A Organização do Atendimento da Saúde Bucal Dentro da Perspectiva da ESF.....	18
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivos Específicos.....	22
4 METODOLOGIA	23
4.1 O Município de Jequitinhonha.....	23
4.2 O Sistema de Saúde do Município de Jequitinhonha.....	24
4.3 O PSF São José.....	25
4.4 Etapas de Estudo.....	27
4.4.1 Avaliação dos serviços de saúde Bucal.....	27
4.4.2 Avaliação dos Usuários em Relação ao serviço Odontológico.....	27
4.5 Coleta de Dados.....	28
4.6 Análise Estatística.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Avaliação dos atendimentos dos Serviços de Saúde Bucal.....	29
5.2 Avaliação dos Usuários em Relação ao Serviço Odontológico.....	30
6 CONCLUSÕES	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	39
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	40
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE CAMPO	41
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, pela prática técnico-biologicista, pelo individualismo, e pela baixa resolubilidade, que tem gerado, ao longo dos anos, um alto grau de insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2008). Desta forma, o PSF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, mediante construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 2007).

Durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas encontra-se pautada a partir de um planejamento de ações voltadas para a lógica de mercado.

As ações de saúde bucal incorporadas à estratégia do PSF chegaram como uma forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações.

Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, bem como, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares e da coletividade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Organização do Serviço de Saúde no Brasil

A garantia de acesso a serviços integrais de saúde surgiu no final da II Guerra Mundial no Reino Unido com a criação do National Health Service (NHS). A lei de criação do NHS em 1946 estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services*) que deveriam ser disponibilizados de forma gratuita a toda a população (BRASIL, 2003).

No Brasil, os serviços de saúde pública eram reunidos (integrados) em um mesmo espaço físico e sob um comando único, com atividades hospitalares e ambulatoriais de média complexidade, configurando uma Unidade Integrada de Saúde. Esse modelo foi introduzido em Brasília, no final dos anos sessenta. Antes disso, porém, entre os anos 40 e 50, o modelo já tinha sido adotado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) do Ministério da Saúde (MS). Essa instituição atuava, inicialmente, em áreas produtoras de materiais estratégicos (borracha, minério) com a finalidade de apoiar a contribuição brasileira ao esforço de guerra dos países aliados na II Guerra Mundial (1939-1945). As chamadas Unidades Mistas do SESP reuniam ações e serviços de saúde coletiva como vigilância sanitária e epidemiológica, imunização, visita domiciliar (praticamente o que faz hoje o Agente Comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família), saneamento básico, com atenção odontológica e médico-hospitalar nas especialidades básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e cirurgia geral) (SILVA, 2003).

Na década de 80, vários países passaram por uma profunda reforma no aparelho estatal, devido à crise do petróleo que ocorreu em meados da década de 70, levando a recessão econômica de muitos países. Assim, as reformas foram pautadas pela perspectiva neoliberal. Então, o Estado passou a reduzir suas ações. O Estado é mínimo para o social e máximo para o capital na medida em que se torna o promotor da competitividade e indutor da desregulamentação das relações de trabalho (BRASIL, 2003).

Dentre os vários efeitos da reforma estatal, ocorreu o processo de descentralização da saúde, onde houve a transferência de poder e recursos da esfera federal para a estadual e

municipal. Por meio dessa medida houve um fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais. O processo de descentralização da saúde assumiu um sentido onde a esfera municipal passou a ser responsável pelas funções de coordenação e gestão das políticas em seu território (SILVA, 2003).

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da nossa Constituição Federal de 1988, quando foi criado o SUS (PINHEIRO *et al.*, 2005). O SUS foi criado e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei Federal n.º 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2009).

O SUS é destinado a todos os cidadãos e dele fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Seu financiamento é feito com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. Tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão, se propondo a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a vigilância sanitária (BRASIL, 2009).

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado - quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região (BRASIL, 2009).

A Lei Federal Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e de outras providências, estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde onde a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal

Nas Conferências, reúnem-se os representantes da sociedade (que são usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para “avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” nos municípios, nos estados e no país. De quatro em quatro anos deve acontecer a Conferência Nacional de Saúde, após a realização das Conferências estaduais e municipais, onde são apontados os rumos para aperfeiçoamento do SUS (BRASIL, 2003).

Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais (BRASIL, 2009).

O legítimo representante dos cidadãos usuários do SUS defende os interesses e necessidades da população que mais precisa e usa os serviços do SUS, exercendo o controle social ao lutar para garantir, na prática, o direito constitucional à saúde com qualidade e o respeito à dignidade humana (BRASIL, 2009).

Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados, de caráter permanente e deliberativo, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo. São componentes dos Conselhos os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2003).

É certo que para dar respostas ao complexo sistema político-administrativo brasileiro, organizado em Municípios, Estados e União, e trabalhar com a diversidade representada por milhares de pessoas oriundas de localidades com realidades muito díspares e diferentes atores do sistema de saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde precisariam

manter uma engenharia organizacional que objetivasse a consecução de resultados a partir de seus objetivos (BRASIL, 2009).

2.2 Atenção Básica - Compreendendo a Estratégia de Saúde da Família

A atenção básica é prioridade, pois, quando ela funciona adequadamente a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. No SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento de todo o sistema, inclusive dos serviços de média e alta complexidade. Logo estando estruturada de forma adequada, ela reduz as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta complexidade (BRASÍLIA, 2009).

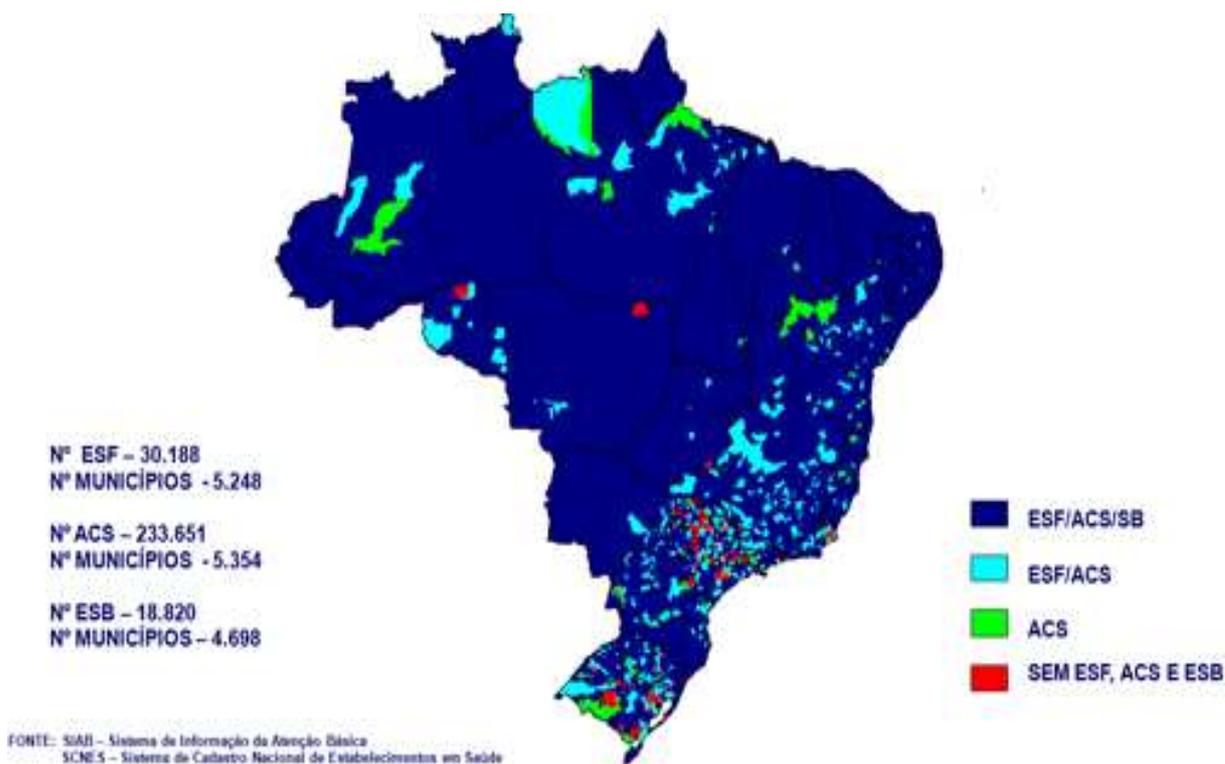
A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país em conformidade com os preceitos do SUS. Assim, ela deve ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam. Necessita atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população. Deve desenvolver atividades de acordo com planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua áreas de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2009).

Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é realizada por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada e interdisciplinar. Cada equipe é formada, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem compor essa equipe, ainda, profissionais de odontologia: cirurgião dentista, auxiliar de

consultório dentário e/ou técnico em higiene dental, sendo que cabe ao gestor definir a composição de suas equipes. Para cada equipe fica a responsabilidade de determinada área, cuja população deve ser no máximo de 4.000 pessoas (BRASÍLIA, 2009).

Atualmente a estratégia de Saúde da Família apresenta um percentual de cobertura de 49,5% da população brasileira. São 29.300 Equipes de Saúde da Família, 17.807 Equipes de Saúde Bucal, 230.244 Agentes Comunitários de Saúde e 447 Núcleos de apoio à Saúde da Família implantados (BRASÍLIA, 2009, p. 33).

Segundo José Carvalho de Noronha, Secretário de Atenção à Saúde, a ESF teve um crescimento expressivo nos últimos anos, apresentando impactos positivos nos indicadores de saúde e qualidade de vida da população. Um exemplo dessa realidade é demonstrado por um estudo que mostrou que para cada 10% de aumento de cobertura em Saúde da Família houve um decréscimo de 4,6% na taxa de mortalidade infantil. Demonstra, ainda, significativo aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido, resultado das mudanças nas práticas das equipes. Fatos que colocam a atenção básica (Saúde da Família) do Brasil, como referência internacional, destacando-se como modelo para outros países (BRASÍLIA, 2007).



Fonte: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>. Acesso em 15 de outubro de 2009.

Figura 01- Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL - OUTUBRO/2009

2.3 A Saúde Bucal Inserida na Estratégia de Saúde da Família

A inserção da saúde bucal na estratégia do PSF inicia-se timidamente em 2000, tendo seu auge a partir de 2003 com a estruturação do Brasil Sorridente. As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em conjunto com o Programa Brasil Sorridente possibilitaram a ampliação do acesso ao cuidado em saúde bucal (BRASÍLIA, 2006).

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representou a criação de um novo espaço de práticas e de relações a serem construídas, a partir da reorientação do processo de trabalho e da própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (BRASÍLIA, 2006, p.10).

A atuação em saúde bucal no contexto do PSF requer das equipes o estabelecimento de estreita relação com os profissionais das diferentes áreas da atenção e com a população

adstrita, nos diversos territórios. É imprescindível que as programações desenvolvidas ampliem e qualifiquem o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde bucal (BRASÍLIA, 2006).

A Agência Nacional de Saúde (ANS, 2007) relata que durante muitos anos a assistência odontológica no Brasil se deu de forma paralela, contudo afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde.

Assim, o Programa Brasil Sorridente tem como foco principal a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal por meio da ESF, ampliação e qualificação da Atenção Especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Estes centros oferecem tratamento endodôntico e periodontal, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor e diagnóstico bucal (BRASÍLIA, 2006).

A saúde bucal na ESF representa um importante espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços públicos de saúde. Objetiva, assim, aumentar a cobertura, ter efetividade na resposta às demandas da população nas medidas de caráter coletivo. Essa possibilidade é vislumbrada na proposta do trabalho em equipe, das relações com usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2009).

2.4 A Organização do Atendimento da Saúde Bucal Dentro da Perspectiva da ESF

Na saúde, quando se fala em modelo assistencial, é designado a este a organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais.

No modelo proposto para a reorganização e reorientação da atenção básica no Brasil se encontra a implantação da ESF, sendo de suma importância para efetivação e consolidação

do modelo assistencial do SUS. Para a implantação desta estratégia deve haver o estruturamento de equipes que desenvolvam as ações do processo de trabalho e partindo do desafio de se trabalhar a alta complexidade de ações no âmbito da atenção básica é que se vê a alternativa do trabalho inter e multidisciplinar, pois nesse tipo de trabalho todos os profissionais passam a ter responsabilidade sobre o processo de trabalho, planejam suas ações, viabilizam o cuidado à saúde e consolidam a integração entre os membros da equipe para que não ocorra uma atenção desumanizada, fragmentada, centrada na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos (FARIA et al., 2008).

Segundo a Secretaria de Políticas de Saúde, o PSF representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

O SUS enfatiza que produzir saúde implica na organização de processos de trabalho que operem em diferentes planos de cuidado, os quais co-existem num mesmo território de saúde, grupo e/ou sujeitos; sem perder de vista o imperativo da integralidade para uma ação sanitária efetiva. Assim produzir saúde numa perspectiva de construção de qualidade de vida e de emancipação dos sujeitos implica em rever os modos de organização dos serviços de atenção à saúde e na articulação com outros serviços e políticas sociais de forma a interferir nos determinantes sociais da saúde, nas condições de vida e nos comportamentos e modos de vida dos indivíduos e coletivos que podem propiciar saúde e bem estar ou processos de dor e sofrimento que deterioram a saúde (BRASÍLIA, 2008, p. 06).

Para que se estabeleça resultado de qualidade, a equipe deve ser capaz de refletir e repensar a gestão do seu trabalho. Sendo assim a equipe deve ter capacidade técnica, política e gerencial para organizar e desempenhar as suas ações, direcionando a sua missão de forma clara com compromisso e responsabilidade para com a sua clientela adscrita. Através de uma gestão de qualidade os serviços vão ser norteados de tal forma que será alcançado a qualidade prestada aos indivíduos. Qualidade esta reconhecida através da identificação da presença ou ausência de atributos, como a eficácia, eficiência, efetividade, oportunidade, equidade,

otimidade, continuidade, acessibilidade, aceitabilidade, legitimidade e ética (FARIA, et al, 2008).

As atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família, segundo a Secretaria de Políticas de saúde são:

- 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;
- promover ações intersetoriais 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.

Ao priorizar a atenção básica, o PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. A tecnologia, é bom que se reafirme, é uma conquista que o setor saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população.

A Saúde Bucal inserida no PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. O

PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

3 OBJETIVO

Avaliar o atendimento à saúde bucal dentro da perspectiva da ESF e, a partir dos relatos dos usuários, detectar a resolubilidade e práticas de promoção da saúde desenvolvidas.

3.1 Objetivos Específicos

- Verificar o uso de serviço odontológico da população adstrita segundo faixa etária;
- Verificar a resolubilidade do serviço segundo o relato dos usuários;
- Verificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas a partir dos relatos dos usuários.

4 METODOLOGIA

4.1 O Município de Jequitinhonha

O Município de Jequitinhonha, nome de origem indígena significa (“rio largo cheio de peixes”) está localizado no Nordeste do estado de Minas Gerais. Está inserido na região denominada “Vale do Jequitinhonha”, precisamente no Baixo Jequitinhonha. É uma região considerada uma das mais pobres do país. Sua área territorial é de 3.510,96 km², com uma população estimada em 23.517 habitantes, sendo 17.041 habitantes na zona urbana e 6.476 na zona rural (IBGE 2009). Em suas atividades econômicas destaca-se principalmente o comércio, a agricultura e a fruticultura, dando-se ênfase ao plantio de banana e a pecuária.



Figura 02 - Cidade de Jequitinhonha

Fonte: Arquivo da autora

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,668 (IBGE 2009). Possui escolas estaduais de 1º e 2º graus e municipais de 1º grau nos distritos e zona rural. O perfil de morbidade da população compreende as doenças características do subdesenvolvimento (verminoses, endemias, diarreia, desnutrição e infecções respiratórias) e as doenças crônico-degenerativas (doenças do aparelho cardiovascular, hipertensão e diabetes), de acordo o Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB).

4.2 O Sistema de Saúde do Município de Jequitinhonha

Até 1996 predominava no município o modelo de saúde assistencialista, contando apenas com um centro de saúde, duas unidades de saúde, uma policlínica e um hospital com 80 leitos na área urbana. A zona rural possuía seis unidades de saúde.

A partir de 1997 implantou-se no município o PSF, com quatro equipes atingindo uma cobertura de 70%. Na atualidade ocorre um aumento das equipes de PSF ampliando a assistência preventiva. Hoje o município conta com 08 equipes de PSF, proporcionando uma cobertura de 95% da população.

Além dos profissionais que compõem as equipes de PSF existem os serviços de apoio para referência (psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, ginecologia, nutricionista e fonoaudiólogo).

A saúde bucal foi introduzida no PSF no ano de 2005 com 03 equipes. Hoje o município conta com 08 equipes de saúde bucal inseridos ao PSF na modalidade I de atendimento (01 odontólogo e 01 auxiliar de consultório dentário) e o CEO, na modalidade II.

O serviço de fisioterapia, antes prestado precariamente utilizando-se o prédio do Hospital São Miguel foi incluso ao PSF melhorando a assistência aos usuários. A saúde da mulher é disponibilizada por meio do Programa de Prevenção do Câncer do Colo de Útero no Brasil (Programa Viva Mulher).

A saúde mental foi organizada recentemente, pois, até o ano de 2004 a oferta de serviços se restringia ao atendimento médico psiquiátrico mensal, sendo os casos graves e

quadros clínicos agudos encaminhados para tratamento em hospitais psiquiátricos em Belo Horizonte. Neste contexto foi construído o Centro de Atenção Psico Social (CAPS).

4.3 O PSF SÃO JOSÉ



Figura 03. PSF São José
autora.

Fonte: Arquivo da

A área de abrangência compreende o Bairro São José, Unicampo e parte do Centro.

Nesta área se encontra uma escola municipal Dr. Antônio Peixoto, a CONACREJE (Fundo Cristão para Crianças), a Cadeia Municipal, Igreja Católica, o CAPS e a casa para idosos mais conhecida como “Lar dos Velhinhos”.

O Bairro São José se limita com a Rodovia Estadual MG (367), por isso se tornando o portal do município para entrada de drogas, prostituição, violência e formação de gangues. É uma comunidade carente, de baixa escolaridade com moradias precárias, saneamento básico deficiente, com alto índice de desemprego e alcoolismo.

A Unidade de Saúde se localiza no Bairro São José utilizando o espaço físico de uma creche, no qual foi adaptada e funciona até hoje. A população coberta é de 782 famílias, num total de 2543 pessoas.

A unidade de Saúde não se encontra de acordo com as normas do Ministério da Saúde; pois a estrutura física é composta de: uma sala para recepção pequena, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala para curativo, uma sala para reuniões, onde fica o material escritório, uma cozinha e um banheiro.

A equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis ACS, uma auxiliar de serviços gerais, um dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Os ACS residem na própria área de abrangência.



Figura 04 - Consultório Odontológico São José

Fonte: Arquivo da autora.

4.4 Etapas do Estudo

Este estudo constou de duas etapas:

- Avaliação do serviço odontológico
- Avaliação dos usuários em relação ao serviço odontológico

4.4.1 Avaliação do serviço odontológico

Foi realizado um levantamento de dados a partir dos registros de procedimentos odontológicos da Unidade de Saúde São José, no período de 2008 a 2009.

Para realização da pesquisa de dados, primeiramente solicitou-se autorização à responsável pela unidade (Apêndice A), em seguida, através do arquivo (fichas dos pacientes) realizou-se o levantamento dos dados.

4.4.2 Avaliação dos usuários em relação ao serviço odontológico

Foi realizada uma entrevista com 135 moradores da região adstrita ao São José, com idade igual ou superior a 18 anos utilizando um questionário estruturado elaborado para esta finalidade (Apêndice B).

O critério pré-estabelecido para escolha dos entrevistados foi possuir mais de 18 anos de idade e morar na região adscrita do PSF São José. Portanto, a amostra deste estudo foi de conveniência, tendo sido entrevistados os indivíduos desta faixa etária, presentes em seus domicílios nos dias da visita da pesquisadora.

Para realização das entrevistas, a pesquisadora visitou as residências da área de abrangência do PSF São José, compreendido pelos bairros Unicampo, Centro e São José.

4.5 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e sua colega de trabalho, cirurgiã dentista, juntamente com a auxiliar de saúde da equipe bucal do PSF São José.

Na região adscrita do PSF São José, selecionaram-se residências pertencentes ao bairro do Unicampo, parte do centro e o bairro São José, onde a unidade de saúde esta localizada.

Foram visitadas, em 05 dias de trabalho, durante o período da manhã e da tarde, aproximadamente 135 residências, sendo 40 do Bairro Unicampo, 35 no Centro e 60 no Bairro São José. Onde seus moradores, com idade igual ou superior a 18 anos de idade, foram convidados a participar da pesquisa.

Todas as pessoas abordadas não apresentaram rejeição quanto à pesquisa. Foram informados que sua participação não era obrigatória, dos objetivos da pesquisa, quanto ao sigilo das informações pessoais. Após os esclarecimentos todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice) e em seguida responderam ao questionário.

4.6 Análise Estatística

Os dados coletados foram tabulados e analisados, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas.

5 Resultados e Discussão

5.1 Avaliação do serviço odontológico

Verificou-se que há uma predominância de atendimentos em crianças de 08 a 14 anos de idade, em relação às demais faixas etárias conforme se verifica no gráfico 1. A partir dos 30 anos pode se perceber um decréscimo contínuo no número de atendimentos. Após esta idade, observa-se que o aumento de cada década de vida é acompanhado pela redução do número de atendimentos.

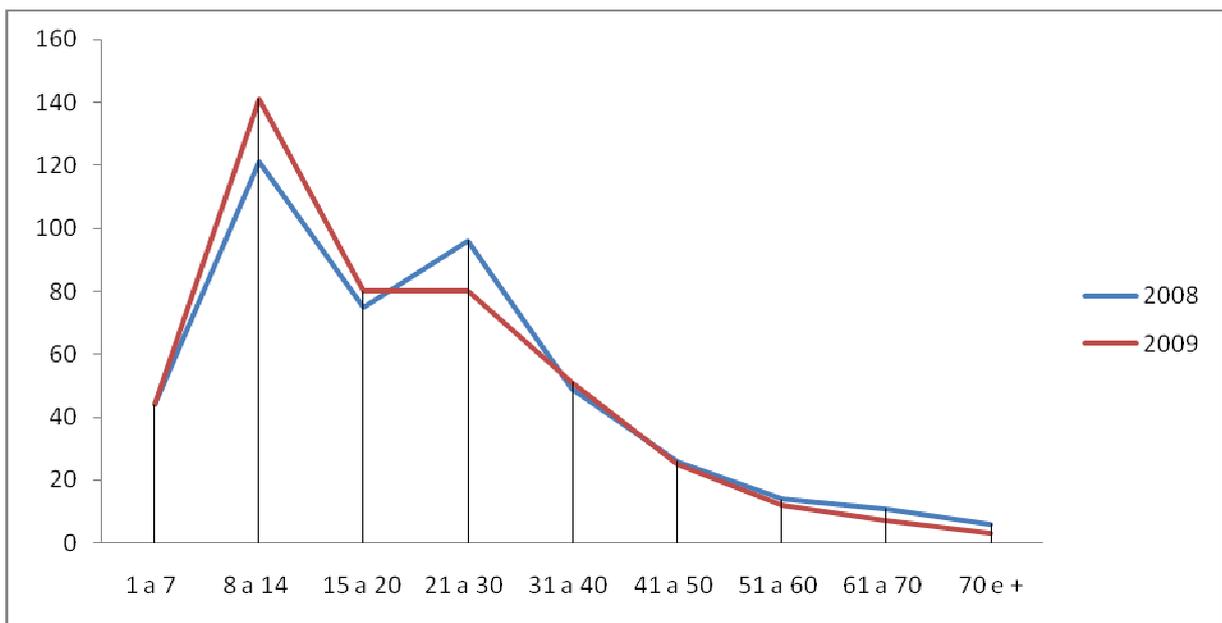


Gráfico 01 - Atendimento realizados em pacientes de 01 a 70 anos de idade, ou mais, nos anos 2008 e 2009

Os motivos justificantes dessa situação não foram avaliados, entretanto fatores como modelo assistencial caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, prática técnico-biologicista, individualismo, baixa resolubilidade, dificuldade de acesso, baixa cobertura e ausência de serviços especializados, dentre outros contribuem para tal fato. Os estudos mostram que a prática odontológica técnico-biologicista tem como

consequência final a extração dos elementos dentários, o que leva a um alto percentual de edentulismo nas faixas etárias mais avançadas, que dentre outros fatores pode explicar o menor atendimento de adultos na atenção básica.

5.2 Avaliação dos Usuários em Relação ao Serviço Odontológico

A a maioria dos 135 entrevistados era do sexo feminino. Talvez, tal fato se deva ao horário de realização da pesquisa, pois, a mesma ocorreu durante o período que normalmente os homens estão trabalhando fora de casa. Também pode ter sido pela disponibilidade das mulheres em participar da pesquisa no sentido de colaboração e paciência em responder o questionário.

Vale ressaltar que, como descrito acima, considerando que a entrevista foi realizada em horário de trabalho, o que favoreceu uma participação maior do sexo feminino, que pode ter contribuído para o resultado apontado, pois, as mulheres buscam mais os serviços de saúde que homens em decorrência da disponibilidade de tempo que possuem. Neste sentido, vários estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e taxas de mortalidade mais altas (LAURENTI *et al.*, 2005). Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (PINHEIRO *et al* 2002; FIGUEIREDO, 2005).

Ao ser questionado se conhece o dentista que atende naquela região a maioria dos entrevistados declarou que sim (92%) (Tabela 1). Os resultados indicam que, entre os indivíduos entrevistados, a equipe esta executando um serviço onde os seus trabalhos estão bem divulgados.

Tabela 1 – Entrevista com moradores da região área de abrangência da ESF São José.

Perguntas:	Sim	Não	Não Sei
Conhece o dentista que atende na ESF São José	92%	7%	1%
Recebeu atendimento pelo dentista na ESF São José	82%	17%	1%
Facilidade para agendar atendimento com o dentista	71%	27%	2%
Resolubilidade do problema relativo à saúde bucal	77%	20%	3%

O acolhimento busca a garantia de acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, identificar suas necessidades e resolver os problemas mais simples ou, ainda, sendo necessário, referenciá-los para outras unidades (CARVALHO e CAMPOS, 2000, apud SCHIMITH e LIMA 2004). Neste sentido, ao se considerar que em função do alto percentual de atendimentos relatados tal garantia vem sendo exercida.

Quando questionadas se seu problema relativo a saúde bucal foi resolvido, 77% dos entrevistados responderam que sim, enquanto 20% disseram que não e 3% não souberam dizer. Para Souza (2000) o PSF assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Assim, com relação à saúde bucal, os dados sinalizam a necessidade de ações que possibilitem cumprir as diretrizes propostas.

Conforme a tabela 02 verifica-se que 64% dos entrevistados necessitaram de retornar ao dentista para dar continuidade ao tratamento e 54% tiveram seu retorno agendado com facilidade.

Conforme o Ministério da Saúde (PNH, 2003), a redução das filas e do tempo de espera no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, com a ampliação do acesso e do atendimento acolhedor e resolutivo é uma marca da humanização do SUS. Para isto é necessário que seja implantado outro modelo de organização da espera ao atendimento. Em vez de priorizar o atendimento utilizando o critério por ordem de chegada ao serviço, deve-se

priorizar a situação clínica dos usuários, tendo como base a avaliação e a classificação do risco, o que torna possível enfrentar o problema das filas, priorizando quem no momento corre mais risco, em função do seu agravo e/ou sofrimento.

Perguntas:	Sim	Não	Não Sei
Necessidade de retorno para dar continuidade ao tratamento	64%	33%	3%
Facilidade no agendamento do retorno	50%	34%	16%

Tabela 02 – Entrevista com moradores da área da ESF São José sobre o agendamento de Retorno

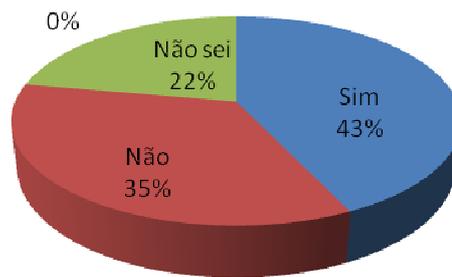


Gráfico 02 – Realização de orientações pela ESB sobre saúde bucal

Para Miranda et al. (2000), entre as estratégias disponíveis para o desenvolvimento das ações de saúde faz-se necessário mudança de comportamento do profissional em relação à promoção de saúde bucal; conhecimento das necessidades básicas da população e do seu território; conhecimento das experiências de educação e motivação já realizados na população; classificação dos indivíduos quanto ao risco das doenças, enquadrando-as em programas de promoção e prevenção específicos.

Na esfera do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a ESF. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os

determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (ALVES, 2005).

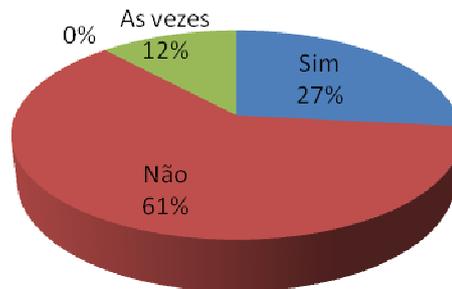


Gráfico 03 – Participação dos usuários em grupos educativos no ESF

Essa abordagem deve se dar por meio de grupos operativos, realizando tratamento diferenciado entre adultos e crianças, respeitando a individualidade e cultura local, linguagem popular e auto percepção da saúde bucal. Manfredini (2004) expressa que as ações educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas se restringem, na maioria das vezes, a palestras ou vídeos educativos. Cita ainda que, nas escolas, os temas de saúde bucal são pouco explorados pelos professores e que não há uma articulação entre as equipes de saúde bucal e estas instituições sobre a discussão ampliada e problematização destes temas.

Para Araújo e Dimenstein (2006), sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro. O dentista, através de reuniões de equipe, pode passar informações de saúde bucal para estes profissionais, que as irão repassar a seus pacientes.

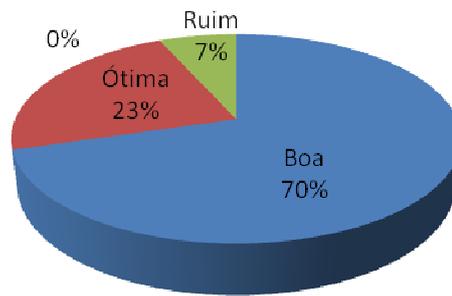


Gráfico 04 - Relação dos usuários com a equipe de Saúde Bucal da ESF São José



Gráfico 05 – Realização de tratamento dentário com o odontólogo

Nesse sentido Raphael Aguiar, Coordenador de Monitoramento e Avaliação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, em entrevista a revista Diversa, relata que a alta rotatividade também dificulta a capacitação e prejudica a qualidade do atendimento. O PSF ainda é visto com preconceito por parte dos médicos. Some a isso as disputas entre os municípios. Como o PSF não atrai muitos médicos, sobretudo no interior, as prefeituras “roubam” das cidades vizinhas os profissionais que se destacam, por meio da oferta de melhores salários (BANDEIRA, 2008).

6 CONCLUSÕES

- A Equipe de Saúde Bucal do PSF São José vem desenvolvendo um trabalho considerado de boa resolubilidade para a maior parte dos moradores daquela região.
- O atendimento odontológico no PSF São José, ainda que direcionado a todas as pessoas, concentra-se nas crianças em idade escolar.
- Uma considerável parcela dos entrevistados relatou dificuldade em conseguir agendamento de consultas odontológicas demonstrando a necessidade de repensar a atenção odontológica com o objetivo de ampliar e garantir maior efetividade das ações desenvolvidas.
- A participação da população nas atividades preventivas ainda é pequena demonstrando que as práticas pedagógicas devem ser revistas usando-se de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo.
- Verificou-se que a população encontra-se satisfeita com o serviço de saúde bucal

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 2005; 9(16):36-48.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. **Estrutura e Organização do Trabalho do Cirurgião Dentista no PSF de Municípios do Rio Grande do Norte.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (1): 219 – 227, 2006.

BANDEIRA, R. **Ele cresceu. Falta aparecer.** Apesar de alcançar metade da população brasileira, Programa Saúde da Família ainda é desconhecido da classe média. *Diversa. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais.* Ano 7, número 16 – novembro 2008.

BARBOSA, A.A.A., BRITO, E.W.G., COSTA, I.C.C. **Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município.** *Cienc Odontol. Bras* 2007 jul./set.; 10 (3): 53-60

BRASIL. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

_____ Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____ Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios /** Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretárias Municipais de Saúde. – 3. ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASÍLIA – **Revista Brasileira Saúde da Família.** – Ano VII, n. 12 (out./Dez. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____ **Revista Brasileira Saúde da Família.** – Ano 8. n. 16 (out. / dez. 2007) – Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

_____ **Revista Brasileira Saúde da Família.** – Ano 9, n. 17 (jan./mar. 2008) – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____ **O SUS no Seu município. Garantindo Saúde para todos.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 2ª edição. Brasília – DF. Editora do Ministério da saúde, 2009.

CHAVES, L.M. **Programa Saúde da Família:** satisfação dos membros das famílias inscritas em Goiânia-GO. 2002. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **3ª Conferência Nacional de saúde Bucal**; acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004 / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde.-Brasília: Ministério da saúde, 2005.

FARIA, *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde** : Unidade Didática 1 / Horácio Pereira de Faria... [et al.] -- Belo Horizonte : Editora UFMG, 2008.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens**: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/bcg/mundial.html>. Acesso em 10 de setembro de 2009.

LAURENTI, R., MELLO-JORGE, M.H.P., GOTLIEB, S.L.D. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:35-46.

LEVY, F. M.; MATOS, E. S.; TOMITA, N. E. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde**. *Cadernos de saúde Pública*. V. 20, n. 1, jan/ fev. 2004.

MANFREDINI, M.A. **PSF**: promovendo saúde bucal. *Revista Brasileira de Saúde da Família*; Edição especial 2004; 5(7):50-4.

MIRANDA, J. L.; LEMOS, M. M. C.; TORRES, M. G.; DOVIERO, V.; CRUZ, R. A. **Promoção de saúde bucal em odontologia**: uma questão de conhecimento e motivação. *Revista do CRO/MG*, v. 6, n. 3, p. 154-157, setembro de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em 15 de outubro de 2009.

MS/SAS/DCAS. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência a Saúde. **Assistência à Saúde no SUS - Média e Alta Complexidade (1995-2001)**, Orgs: Reis, João Gabardo et alli Brasília, 2003.

PINHEIRO, R.S., VIACAVA, F., TRAVASSOS, C., BRITO, A.S. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-707.

PINHEIRO, I., WESTPHAL, I., AKERMAN, I. I., Marcelo Cardoso; Márcia Faria; Marco. **Caderno Saúde Pública**. vol.21 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102000000300018.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2006. Disponível em WWW.saude.gov.br, acesso em 10 de outubro de 2009.

SILVA, V., PINHEIRO, R. & MACHADO, F.R.S. – **Necessidades, demanda e oferta**: algumas contribuições sobre os sentidos , significados e valores na construção da

integralidade na reforma do Setor Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.17, nº. 65, p. 234-242, set/dez. 2003

SOUSA, M.F. de. **A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, p. 25-30 dez. 2000. Número especial.

APÊNDICES

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**AUTORIZAÇÃO**

Unidade de saúde São José.

Endereço: Rua São José nº 49, Bairro São Jose

Eu Ruth de Cássia Alves de Mattos, responsável pela Unidade de saúde são José, autorizo Maria Inez Colares a realizar pesquisa científica, onde a mesma fará levantamento de dados nos arquivos da unidade, objetivando conhecer o perfil dos atendimentos realizados pela Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família São José.

Jequitinhonha, 20 de novembro de 2009

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE CAMPO**QUESTIONÁRIO**

LOCAL DA PESQUISA:

INSTITUIÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

PESQUISADO:

NOME: _____

SEXO _____ IDADE _____

PESQUISA:

1) Você conhece o dentista que atende na ESF São José?

 sim não não sei

2) Você já foi atendido pelo dentista na ESF São José?

 sim não não sei

3) Você teve facilidade para agendar um atendimento com o dentista?

 sim não não sei

4) Seu problema relativo a saúde bucal foi resolvido?

 sim não

não sei

5) Você precisou retornar ao dentista para dar continuidade ao tratamento de dente?

sim

não

não sei

6) Seu retorno foi agendado com facilidade?

sim

não

não sei

7) A ESF realiza algum tipo orientação sobre a saúde bucal (palestras, oficinas, etc.) na comunidade?

sim

não

não sei

8) Você participa dos grupos educativos da sua área?

sim

não

as vezes

9) A relação que você tem com a equipe de Saúde Bucal da ESF São José é ?

boa

ótima

ruim

10) Você sempre faz tratamento dentário com o mesmo dentista?

sim

não

não sei

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da presente pesquisa de campo que será realizada na área de abrangência da ESF São José.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ESF São José.

Os objetivos deste estudo são conhecer A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE BUCAL DENTRO DA PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário que lhe será apresentado em forma de entrevista.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Caso o pesquisado seja menor de idade pedimos autorização do seu responsável.

Nome e assinatura do pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Representante do Pesquisado se menor de idade