

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS**

**O (novo) modelo da saúde bucal na reorganização da
atenção primária: estudo qualitativo em um município do
Estado do Rio Grande do Sul**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aline Batista

Santa Maria, RS, Brasil

2010

**O (novo) modelo da saúde bucal na reorganização da
atenção primária: estudo qualitativo em um município do
Estado do Rio Grande do Sul**

por

Aline Batista

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de Concentração em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Ciências Odontológicas**

Orientadora: Dr^a. Beatriz Unfer

Santa Maria, RS, Brasil

2010

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**O (novo) modelo da saúde bucal na reorganização da
atenção primária: estudo qualitativo em um município do
Estado do Rio Grande do Sul**

elaborada por

Aline Batista

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências Odontológicas

COMISSÃO EXAMINADORA:

Beatriz Unfer, Prof^a. Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Sandra Marcia Soares Schmidt, Prof^a Dr^a. (UFSM)
(Membro)

Tania Isabel Bighetti Forni, Prof. Dr^a. (UFPEL)
(Membro)

Santa Maria, 19 de janeiro de 2010.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela oportunidade e privilégio de viver este momento e de realizar este trabalho.

Aos meus pais, pelo amor, pela educação, pelo exemplo e pelo incentivo que sempre me deram. Obrigada por terem me ajudado nesta jornada.

Ao meu irmão Silvano (*in memoriam*), que através de sua luta contra a doença me despertou o desejo de conhecer mais profundamente o Sistema Único de Saúde.

Ao Gil, por seu amor, carinho, cuidado e sua atenção que faz os meus dias diferentes e especiais. Obrigada por fazer parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À professora Beatriz Unfer, minha orientadora, pelos ensinamentos e orientações. Pelo exemplo de competência e simplicidade ao mesmo tempo. Fica minha gratidão e admiração.

Ao professor Thiago Ardenghi, pelos conhecimentos transmitidos na elaboração inicial deste trabalho, pelo incentivo e amizade. Meus sinceros agradecimentos.

À amiga e colega Chaia, pela amizade em todos os momentos.

À Patrícia e ao Vinícius, pelo trabalho da tabulação dos dados do município.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, pelo convívio nesta jornada.

À coordenação, professores e funcionária do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, pela dedicação, profissionalismo e qualidade acadêmica.

À Secretaria de Saúde de Panambi, pelas informações e autorização cedidas para o desenvolvimento deste estudo.

Aos atores da pesquisa: dentistas, gestores e usuários que se mostraram dispostos a colaborar e que, de alguma forma, são co-autores neste trabalho.

À Capes, pelo apoio financeiro.

“Encontrei hoje em ruas,
separadamente, dois amigos
meus que se haviam zangado.
Cada um me contou a narrativa
de porque tinham se zangado.
Cada um disse a verdade. Cada
um me contou suas razões.
Ambos tinham razão. Não era
que um via uma coisa e o outro,
outra, ou via um lado das coisas
e o outro, um lado diferente.
Não: cada um via as coisas
exatamente como se haviam
passado, cada um as via com um
critério idêntico ao outro. Mas
cada um via uma coisa diferente
e, cada um portanto, tinha razão.
Fiquei confuso desta dupla
existência da verdade.”

Fernando Pessoa (notas soltas)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Universidade Federal de Santa Maria

O (NOVO) MODELO DA SAÚDE BUCAL NA REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO QUALITATIVO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Justificativa: A introdução da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se constituído em um desafio para a reorganização da atenção primária. Na maioria dos municípios brasileiros este modelo convive com o modelo tradicional de atenção em saúde.

Objetivos: O objetivo desta dissertação é apresentar um artigo a respeito das mudanças ocorridas com a implantação do novo modelo de atenção em saúde bucal na ESF em um município do RS, sob a perspectiva dos cirurgiões-dentistas, usuários e gestores.

Metodologia: O estudo é do tipo qualitativo. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista que seguiu um roteiro semi-estruturado. As questões norteadoras diziam respeito à percepção de ações de saúde bucal e processo de trabalho nos dois modelos, e processo de transição para o novo modelo. Os resultados foram analisados pela técnica da Hermenêutica-dialética.

Resultados: O novo modelo de atenção se caracteriza pelo aumento da oferta de atendimento clínico devido ao aumento da carga horária do profissional, mas ainda reproduz o modelo tradicional pela ênfase nas atividades assistenciais individuais. O profissional de saúde bucal mostra ter perfil voltado predominantemente para a prática clínica. Quanto aos usuários percebe-se a falta de compreensão sobre a ESF. Para os gerentes a mudança de modelo foi apenas nominal e não houve preparação para a implantação.

Conclusão: Esse estudo sugere que o novo modelo de atenção não está consolidado como proposta de reorganização da atenção tendo em vista que reproduz características do modelo tradicional.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde, Saúde da Família

ABSTRACT

Master Dissertation
Post Graduate Program in Dental Science
Federal University of Santa Maria

THE (NEW) MODEL OF ORAL HEALTH IN THE REORGANIZATION OF THE PRIMARY CARE: QUALITATIVE STUDY IN A CITY OF THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

Background: The introduction of the Oral Health Team (ESB) in the Family Health Strategy (FHS) has constituted in a challenge for the reorganization of the primary health care. In most cities of Brazil this model coexists together with the traditional model of health care.

Aim: The objective of this dissertation is to present an article about the changes happened with the implementation of the new model of oral health care in a FHS in a city of RS, under the dentists, users and managers perspectives.

Methods: The study is a qualitative research. Data collection was conducted through interviews that followed a script semistructured. The guiding questions were related to the perception of oral health activities and work process in the two models, and transition to the new model. Data analysis was guided by the hermeneutic-dialectics.

Results: The new model of care is characterized by increased provision of clinical care due to increased workload of the professional, but it still reproduces the traditional emphasis on the activities of aid. The professional oral health shows profile focused predominantly for clinical practice. The users seem not to understand the FHS. For the managers, the model's change was only in name and there was no preparation for implementation.

Conclusion: This study suggests that the new model of care is not consolidated as a proposal of reorganization of health care in view that reproduces characteristics of the traditional model.

Key words: Primary Health Care, Health Services, Family Health

LISTA DE TABELAS

QUADRO – Ações de saúde percebidas pelos cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas de Saúde em município do RS. Santa Maria, 2009.

LISTA DE REDUÇÕES

APS	<i>Atenção Primária em Saúde</i>
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i>
PSF	<i>Programa de Saúde da Família</i>
ESB	<i>Equipe de Saúde Bucal</i>
ESF	<i>Estratégia de Saúde da Família</i>
UESF	<i>Unidade de Estratégia de Saúde da Família</i>
UBST	<i>Unidade Básica de Saúde Tradicional</i>
CEO	<i>Centro de Especialidades Odontológicas</i>
UBS	<i>Unidade Básica de Saúde</i>
RS	<i>Rio Grande do Sul</i>
CSB	<i>Coordenador de Saúde Bucal</i>
SMS	<i>Secretário Municipal de Saúde</i>
TCLE	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
ASB	<i>Auxiliar de Saúde Bucal</i>

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Carta do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE B Guia para as entrevistas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 CAPÍTULO	18
ARTIGO:	
<i>“O (novo) modelo da saúde bucal na reorganização da atenção primária: estudo qualitativo em um município do Estado do Rio Grande do Sul”</i>	
3 REFERÊNCIAS	38
4 APÊNDICES E ANEXOS.....	41

1 INTRODUÇÃO GERAL

Os serviços de saúde podem ter um papel importante na melhora da saúde, mesmo com as iniquidades de distribuição de riquezas. Para que a Atenção Primária em Saúde (APS) otimize a saúde, ela deve ter como foco as pessoas em seu meio social e físico, em que vivem e trabalham, em vez de focar apenas em sua enfermidade individual. A APS lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os indivíduos têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo para enfrentar diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos¹.

O trabalho em APS comporta um modelo de atenção à saúde que se traduz na organização dos serviços a partir de um conjunto de saberes e de diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de tal forma que proporciona a resolução do maior número possível de problemas da população^{2,3}.

Parece importante atentar para o significado da palavra “modelo”, já que ela não deve ser entendida como uma fórmula, uma receita a ser copiada. É uma forma utilizada para designar um sistema de serviço odontológico. Da mesma maneira, não parece correto caracterizar um conjunto de ações coletivas como “programa” e muito menos tomar tal conjunto como “modelo”. O risco de se trabalhar com modelos, quando modelo é visto como algo definido *a priori*, é o risco de se perpetuar equívocos⁴.

No início do século passado, a Odontologia era caracterizada por atividades fundamentadas no modelo hegemônico (centradas na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada individualmente pelo cirurgião-dentista e no espaço sempre restrito da clínica). Era baseada no paradigma Flexneriano, caracterizado por ser mecanicista, biologicista, individualista e especialista, e pela exclusão de práticas alternativas, pela tecnificação do ato e pela ênfase no curativo. A Odontologia só iniciou processo interno de questionamento e busca de novas soluções gerenciais na década de 1950⁵.

Em 1952, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), financiado pelo governo norte-americano, implementou o primeiro programa de odontologia sanitária no Brasil, conhecido como Sistema Incremental, cujo alvo principal era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível às intervenções de saúde pública⁶. O objetivo era tratar as necessidades acumuladas da população até o completo tratamento, para posterior controle⁷. A odontologia se viu reduzida aos programas odontológicos escolares. O Sistema Incremental tornou-se ineficaz à medida que foi

transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas⁶.

Na perspectiva da promoção de saúde e da prevenção da cárie, o Sistema Incremental formulou propostas de iniciativas intersetoriais envolvendo uso de substâncias fluoradas em sistemas públicos de abastecimento de água e em unidades escolares⁸. Portanto, o modelo, mesmo sendo caracterizado como misto (preventivo-curativo), enfatizava a ação restauradora e colocava em segundo plano as ações educativas e preventivas, simploriamente abordadas através de aplicações tópicas de flúor⁹.

Em resposta às críticas crescentes ao Sistema Incremental, o Sistema Universal (ou Ações de Natureza Coletiva, ou Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie ou Sistema de Inversão da Atenção) surgiu no Brasil na segunda metade dos anos 80, em decorrência do desenvolvimento da odontologia preventiva, tendo como perspectiva a busca do "acesso universal à saúde" consagrado na Constituição de 1988. Nesse Sistema, um conjunto variável de procedimentos é desenvolvido sequencialmente de modo a atingir toda população-alvo e somente após se dará seqüência aos próximos até que toda a população-alvo tenha sido coberta com todos os procedimentos previstos. Essa é a diferença fundamental em relação ao Sistema Incremental⁴.

O Sistema Universal conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie. No entanto, permaneceu com a prioridade de prestação de serviços ao grupo restrito de escolares⁹ e não permitiu avançar em direção aos princípios da universalidade e equidade; sua abordagem assistencial não assegurou resolutividade imediata às necessidades individuais⁴.

Em 1988 foi promulgada a Constituição com as principais deliberações consagradas na Carta Magna, da 8ª Conferencia Nacional de Saúde (CNS): saúde como um direito de todos e um dever do Estado (art.196); criação de um Sistema Único de Saúde (SUS); gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera de governo; integralidade das ações de saúde, com prioridade para as medidas preventivas; participação da comunidade nas decisões relativas à saúde (art.198). Posteriormente, em 1990, as Leis Federais nº. 8080 e nº. 8142 viriam a regulamentar esses preceitos constitucionais e estabelecer novas bases legais para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro⁸.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado como um instrumento de reorganização da atenção à saúde, respeitando os princípios do SUS, porém atendendo prioritariamente os grupos mais vulneráveis da comunidade¹⁰.

O modelo de atenção preconizado pelo PSF é uma adaptação de várias experiências de outros países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de guias para a formulação do programa brasileiro¹¹.

A sigla PSF ainda é muito usada, mas houve uma mudança de terminologia em 2006, cuja denominação passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo considerado o termo correto a partir da publicação da Portaria nº. 648. O termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF tem o propósito de se consolidar como uma estratégia sem previsão de tempo para conclusão¹².

No ano 2000, ocorreu a inclusão dos profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de saúde bucal -ASB) à ESF, motivada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas. Buscou-se ampliar o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação, impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção¹³. Sendo assim, os cirurgiões-dentistas ficaram frente a uma nova realidade e também a um grande desafio, uma vez que, até então, a sua formação havia sido direcionada, basicamente, para o trabalho com indivíduos e não com comunidades; com doenças e não com saúde; e isolado em consultórios, e não como integrante de uma equipe de trabalho¹⁴.

Desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização. Entre eles está a resistência das pessoas envolvidas no antigo modelo assistencial (baseado na doença e em ações curativas individuais) a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais. Entretanto, a convivência de dois modelos pode ser salutar, em um momento de transição. Porém, como apontam os atuais documentos da estratégia, no futuro deverá ocorrer uma adoção mais homogênea da ESF pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes¹¹.

Existem estudos na literatura que mostram os desafios que o dentista encontra no serviço público, relacionados com a sua educação, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas¹⁵, que avaliam a satisfação do usuário de uma ESF^{16, 17} e que o gestor encontra dificuldades na equação demanda-efetividade da assistência odontológica¹⁸. Existem estudos que buscam temas específicos como vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade¹⁹. Outros analisam aspectos administrativos e operacionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF através de questionários estruturados²⁰. Alguns utilizam entrevista estruturada, observação estruturada e pesquisa documental²¹, ou indicadores de cobertura, de início de mudança no modelo e de impacto²².

Em vista dessas deferências, passa a ser relevante investigar o processo da implantação da introdução da ESB na ESF percebida pelos três grupos de atores que participam – cirurgiões-dentistas, usuários e gestores. Percebe-se que, quando a experiência individual de cada sujeito na implantação do novo modelo de saúde bucal se resume a responder perguntas dicotômicas, a pesquisa não contempla o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, crenças, valores, hábitos e à dinâmica das relações e fenômenos sociais²³. Por isso a abordagem qualitativa se mostra adequada ao estudo, já que oferece maior valor explicativo aos aspectos subjetivos dos atores envolvidos.

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo²⁴. Para analisar esses fenômenos sociais, o critério de definição da amostra não é numérico. Antes, importa enxergar os fenômenos sob vários pontos de vista, perspectivas e de observação. A entrevista pode ser composta de perguntas abertas e fechadas, permitindo flexibilidade à estrutura do instrumento, para que o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador²⁵.

A compreensão desse fenômeno social é importante para que se possa dimensionar a implantação, consolidação e expansão da estratégia no município pesquisado e contribuir para a avaliação da ESF no país.

2 CAPÍTULO

Esta dissertação está baseada nas normativas da Universidade Federal de Santa Maria. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto deste trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, tendo sido aprovado (ANEXO A). Sendo assim, esta dissertação é composta de um capítulo contendo artigo que será enviado para publicação na revista “*Cadernos de Saúde Pública*”.

Capítulo 1

“O (novo) modelo da saúde bucal na reorganização da atenção primária: estudo qualitativo em um município do Estado do Rio Grande do Sul”

Batista A, Unfer B.

Introdução

Um sistema de saúde busca estabelecer duas metas: a otimização da saúde da população e minimização das disparidades entre subgrupos populacionais. Essas metas têm como objetivo facilitar o acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. A Atenção Primária em Saúde (APS) é o nível do serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, além de fornecer atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo. A APS não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; em vez disso, ela é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde, lidando com o contexto no qual a doença existe e influenciando a resposta das pessoas a seus problemas de saúde¹.

O trabalho em APS comporta um modelo de atenção à saúde que se traduz na forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) e utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas²⁶. Deve reunir um conjunto de saberes, de diretrizes e princípios do SUS para que proporcione a resolução do maior número possível de problemas da população^{2,3}.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um modelo de atenção à saúde implantado no Brasil. Foi criado em 1994 como um instrumento de reorganização da APS, que estava focado no modelo tradicional de assistência e centralizado na ação de profissionais especialistas. O PSF visa respeitar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), porém atendendo prioritariamente aos grupos mais vulneráveis da comunidade¹⁰.

O modelo de atenção preconizado pelo PSF é uma adaptação de várias experiências de outros países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de guias para a formulação do programa brasileiro¹¹.

A sigla PSF ainda é muito usada, mas houve uma mudança de terminologia em 2006, cuja denominação passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo considerado o termo correto a partir da publicação da Portaria nº. 648. O termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF tem o propósito de se consolidar como uma estratégia sem previsão de tempo para conclusão¹².

No ano 2000, ocorreu a inclusão dos profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de saúde bucal - ASB) à ESF, motivado pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas. Buscou-se ampliar o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação, impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção¹³.

O modelo de saúde bucal anterior à ESF, vigente no Brasil no início da década de 90 era caracterizado pela capacidade extremamente limitada de resposta às necessidades da população. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolavam o país, o modelo era elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação²⁷.

Discorrer sobre atenção à saúde bucal é buscar um conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota em si mesma, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal. A atenção à saúde bucal atua concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal⁴.

Existem estudos na literatura que mostram os desafios que o dentista encontra no serviço público, relacionados com a sua educação, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas¹⁵, que avaliam a satisfação do usuário de uma ESF^{16, 17} e que o gestor encontra dificuldades na equação demanda-efetividade da assistência odontológica¹⁸. Existem estudos que buscam temas específicos como vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade¹⁹. Outros analisam aspectos administrativos e operacionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF através de questionários estruturados²⁰. Alguns utilizam entrevista estruturada, observação estruturada e pesquisa documental²¹, ou indicadores de cobertura, de início de mudança no modelo e de impacto²².

Em vista dessas deferências, passa a ser relevante investigar o processo da implantação da ESB na ESF, percebida pelos três grupos de atores que participam – cirurgiões-dentistas, usuários e gestores. Percebe-se que, quando a experiência individual de cada sujeito na implantação do novo modelo de saúde bucal se resume a responder perguntas dicotômicas, a pesquisa não contempla o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, crenças, valores, hábitos e dinâmica das relações e fenômenos sociais²³. Por isso, a abordagem qualitativa foi adequada ao estudo porque oferece maior valor explicativo aos aspectos subjetivos dos atores envolvidos.

Diante dessas considerações, emergiu a questão-problema: como são percebidas as mudanças de modelo de atenção em saúde bucal na perspectiva de cirurgiões-dentistas,

usuários e gestores? Este estudo partiu do pressuposto de que a introdução da ESF foi capaz de modificar o modelo de atenção em saúde bucal no município.

Essa compreensão é importante para que se possa dimensionar a implantação, consolidação e expansão da estratégia no município pesquisado e contribuir para a avaliação da ESF no país.

O objetivo deste estudo foi conhecer a dimensão das mudanças que ocorreram com a introdução da saúde bucal na ESF sob a perspectiva dos cirurgiões-dentistas, usuários e gestores em um município do Rio Grande do Sul (RS).

Metodologia

População de estudo

A população do estudo foi composta por cirurgiões-dentistas (CD), usuários, gerentes, coordenador de saúde bucal (CSB) e secretário de saúde (SMS).

O município conta com 16 CDs, distribuídos em Unidade de Estratégia de Saúde da Família - UESF (oito), Unidade Básica de Saúde Tradicional - UBST (três), escolas (dois) e Centro de Especialidades Odontológicas - CEO (três). Fizeram parte desse estudo todos os CDs da UESF e cinco CDs das UBST, sendo que dois CDs de escolas estavam substituindo profissionais em férias. Foram incluídos todos os CDs (onze) tendo em vista a ocorrência de heterogeneidade nos depoimentos. O depoimento de um CD de UESF foi excluído em virtude de problemas de gravação e um CD de UBST recusou-se a participar do estudo alegando falta de disponibilidade de tempo. Isto delimitou em nove o número de entrevistas de CDs. Foram excluídos os CDs do CEO por se tratar de um serviço de atenção secundária, o que não fazia parte deste estudo.

Os usuários foram escolhidos aleatoriamente, na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS). O inquérito domiciliar mostrou-se dispensável, já que foi mostrado que os pacientes reagem de maneira semelhante ao serem interrogados no próprio serviço logo após a consulta²⁸. Na UESF, o critério de inclusão foi ter sido usuário do modelo anterior à implantação da ESF e há mais de cinco anos, e na UBST foi o usuário que estivesse usando o serviço há mais de cinco anos. Fizeram parte do estudo seis usuários de UESF e cinco usuários de UBST, onde foi utilizado critério de saturação dos dados para delimitar o número de entrevistas.

Foram entrevistados os dois gerentes de UBST do município. Nas UESF foi utilizado o critério de saturação dos dados que delimitou o número de entrevistas para quatro gerentes.

O CSB e o SMS foram incluídos por terem participado do processo de transição do modelo de atenção quando houve a inclusão da ESF no município.

Local de estudo

A cidade escolhida está situada na região noroeste do estado do RS e pertence à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. Possui 36.360 habitantes, sua economia está baseada na indústria e é considerada o 3º Pólo Metal-Mecânico do Estado. Apresenta 68% de área coberta por oito equipes de ESF.

O local de estudo para os CDs, usuários e gerentes foi a UBS em sala privativa. Esta opção foi escolhida pela praticidade e pelo fato de que neste ambiente as pessoas poderiam se sentir mais integradas ao tema da pesquisa. O CSB e o CMS foram entrevistados em seus locais de trabalho na prefeitura²⁹.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com roteiro pré-definido, mas flexível para que o entrevistado discorresse livremente sobre o tema proposto²⁴.

As questões que nortearam as entrevistas aos CDs foram relativas à caracterização do trabalho realizado na UBS. Aos CDs das UESFs foram acrescentadas questões relativas ao trabalho em equipe, ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, acolhimento e vínculo, visita domiciliar, planejamento estratégico situacional e levantamento epidemiológico de necessidades. Essas características do modelo de atenção em saúde bucal da ESF foram identificadas nos documentos oficiais sobre ESF³⁰.

Os usuários foram questionados acerca de suas percepções sobre as ações e serviços de saúde bucal prestados pela Unidade. Aos usuários de UESF foram questionadas também as suas percepções de mudanças do modelo de atenção.

Os gerentes foram questionados sobre sua percepção a respeito das ações e serviços de saúde bucal prestados nas UBSs. O CSB e o SMS foram questionados sobre a forma como ocorreu a implantação e a transição para a ESF, a consolidação do modelo e as perspectivas e desafios que se apresentam na conjuntura atual.

Antes da coleta de dados, foi realizado o pré-teste do instrumento de pesquisa em cidade diferente da pesquisada com um profissional de UBS e duas estagiárias, como forma de familiarizar o pesquisador com o processo da entrevista e com a transcrição e análise dos depoimentos.

Um dos pesquisadores realizou a coleta dos dados. O pesquisador é originário do município, não possui vínculo profissional com o serviço público e não atua profissionalmente na cidade.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas integralmente. O processo de análise foi conduzido pela hermenêutica-dialética²³. Os dados foram codificados tendo como base a literatura sobre o assunto e os tópicos do roteiro de entrevista. A leitura das transcrições permitiu também a identificação de códigos abertos que foram incluídos na análise. O processo de codificação foi realizado manualmente e constituiu na identificação de palavras repetidas, frases, temas ou conceitos para que padrões básicos pudessem ser identificados e analisados. Isto envolveu a leitura intensa das transcrições, fazendo comparações e conexões até que mais nenhum código fosse identificado e os dados fossem considerados saturados. A codificação permitiu a categorização analítica em quatro temas principais, um dos quais gerou duas subcategorias. A codificação e a categorização foram realizadas pelo entrevistador e verificadas por um segundo avaliador. As diferenças de opinião foram resolvidas por discussão de consenso³¹. Cada entrevista foi rotulada conforme a situação profissional ou de usuário do entrevistado e de acordo com o tipo de UBS ao qual pertencia: UBST ou UESF.

Validade e confiabilidade

A validade e a confiabilidade desta análise foram obtidas por meio do rigor em todos os procedimentos realizados ao longo da pesquisa e por meio de triangulação.

A triangulação foi obtida mediante a comparação de resultados entre dois métodos de coleta de dados (entrevistas e notas de campo) e entre as três fontes de dados (entrevistas com membros de diferentes grupos de interesse)^{24,32}. A análise dos dados foi validada externamente pela supervisão de outro pesquisador^{31, 32}.

Questões éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria por meio do protocolo 23081.011211/2008-86. Após explicação do objetivo do trabalho, os sujeitos foram convidados a participar do estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Caracterização dos participantes do estudo

A faixa etária dos CDs esteve entre 27 e 61 anos. A maioria realizou sua formação em universidade federal, ingressou no serviço público odontológico em UBSTs antes de integrar uma ESF e possuem consultório particular (10). Predominou o sexo feminino entre os profissionais (sete). Entre os usuários predominou o sexo feminino (nove) e a faixa etária esteve entre 30 e 70 anos. Os gerentes de UBS eram do sexo feminino com idades entre 27 e 47 anos.

O CSB é um CD formado em universidade federal, que possui consultório particular e tinha 49 anos. Exercia também a função de CD do CEO. O SMS, de 72 anos, era também o prefeito do município, em sua terceira gestão.

A análise do material revelou quatro categorias analíticas principais e duas subcategorias. Alguns depoimentos são inseridos no texto para destacar a manifestação do entrevistado. Os resultados são apresentados por agrupamento de sujeitos e por indivíduos.

Quando pertinente, são destacadas as diferenças entre as percepções dos sujeitos (CDs, usuários e gerentes), segundo o tipo de UBS a que pertencem.

A seguir é colocado em quadro um resumo das principais ações de saúde percebidas pelos CDs nas UBSs.

Quadro - Ações de saúde percebidas pelos cirurgiões-dentistas de Unidades Básicas de Saúde em município do RS. Santa Maria, 2009.

UBST	UBSF
Ações de saúde	Ações de saúde
↳ Um turno de trabalho	↳ Dois turnos de trabalho
↳ Demanda espontânea	↳ Demanda espontânea
↳ Agendamento para grupos específicos	↳ Agendamento para grupos específicos
↳ Falta de material e instrumental	↳ Condições estruturais boas
↳ Material de baixa qualidade	↳ Material de baixa qualidade
↳ Manutenção precária de equipamentos	↳ Manutenção precária de equipamentos
↳ Biossegurança precária	↳ Biossegurança adequada
↳ Orientação de higiene oral individual	↳ Orientação de higiene oral individual
↳ Sem Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	↳ Com ASB
↳ Sem levantamento epidemiológico	↳ Sem levantamento epidemiológico
↳ Sem planejamento estratégico	↳ Sem planejamento estratégico
↳ Sem visita domiciliar	↳ Visita domiciliar ténue
↳ Sem trabalho em escolas	↳ Procedimentos coletivos em escolas
↳ Sem trabalho em equipe	↳ Trabalho em equipe
↳ Sem vínculo	↳ Vínculo frágil

1. Estrutura e condições materiais

Do ponto de vista dos sujeitos dos três grupos, do CSB e do SMS a introdução da ESF no município trouxe recursos financeiros que proporcionaram a reestruturação física dos prédios onde se localizam as UBSs, e a aquisição de equipamentos para o trabalho odontológico.

2. Processo de trabalho

a. Ações de saúde

Cirurgiões-dentistas

Alguns CDs de UBST manifestaram sua percepção sobre a diferença entre ESF e modelo tradicional pela existência da visita domiciliar e do trabalho com escolares no novo modelo. Para os CDs de UBSF, o modelo anterior privilegiava o tratamento restaurador, enquanto que neste são **permitidas** (grifo nosso) ações coletivas como o trabalho em escolas e interação com ACS. Todavia, percebem a incompreensão dos usuários sobre as atividades de educação e prevenção em saúde bucal: “(...) *os pacientes (...) querem atendimento quase que imediato (...) se tu parares para explicar alguma coisa [dizem]: ‘ah, a dentista está perdendo tempo’.* (...) *vêm o trabalho curativo como trabalho, a prevenção é encarada mais como uma enrolação*”. (CD-ESF)

Muitos CDs mostraram um entendimento limitado sobre a promoção de saúde, pois focam as ações desta natureza na execução de medidas preventivas e educativas de saúde bucal, prioritariamente em escolas. Dois CDs demonstraram compreender melhor o significado da promoção de saúde ao se referirem sobre a necessidade de voltar-se para os problemas de ordem geral das pessoas e mencionarem que a legislação utilizada na promoção de saúde beneficiaria a saúde bucal de escolares. Dois CDs, um de cada modelo, enfatizaram a necessidade do heterocontrole de flúor na água de abastecimento. E um CD da ESF afirmou ser necessária a atuação na prevenção do câncer bucal.

Os CDs manifestaram que se sentem deixados de lado do processo de planejamento das ações de saúde, sendo informados apenas sobre as metas e as pactuações. Eles afirmaram que a lógica da produtividade clínica ainda é predominante, em detrimento de ações preventivas e de qualidade. Além disso, não há uma política de saúde bucal no município. Embora os CDs das ESF não sejam cobrados para realizar alterações, outros CDs das UBSTs acreditam que a Secretaria de Saúde não está aberta a mudanças. Eles afirmaram ainda que algumas iniciativas, como o projeto em escolas, foram impostas pela gestão, sem que

houvesse envolvimento maior do que o simples agendamento das visitas às instituições de ensino. A interferência do SMS nas ações de saúde se dá de diversas maneiras. Por um lado, o CD queixa-se da interferência nas suas decisões junto ao paciente: “(...) *o cara veio para [o] dentista, [mas] não tinha mais vaga para ele (...), aí ele foi à secretaria fazer queixa. E o que eles fizeram? Ao invés [de] (...) conversar com ele, (...) botam o paciente na frente e te ligam (...).*” (CD-ESF) Por outro lado percebem que, em algumas ocasiões, o SMS não demonstra exercer seu papel como gestor, conforme o depoimento: “(...) *teve outro [profissional] que disse: ‘não dou palestra, não me dou bem com isso e não vou fazer e pronto’, e (...) o gestor não tem pulso firme, ninguém quer tomar briga com funcionário (...) e fica por isso.*” (CD-ESF)

Sobre a postura do gestor relacionada às ações de saúde coletiva, eles mencionaram que: “*ele [Prefeito] gosta muito do curativo e não tanto do preventivo (...) se tu disseses que fez uma palestra para tantas crianças, ele diz: [imitando o gestor]: ‘Não estava no posto por quê?’ ‘Tava fazendo palestra’. ‘Ah, não foi trabalhar!’*” (CD-ESF)

E sobre as reuniões de equipe, destacaram a opinião: “*o gestor pergunta: ‘Quer fechar [a unidade] para quê, para conversar fiado?’*” (CD-ESF)

Na situação relatada acima, fica evidente que, nas ações que implicam em trabalho clínico com registro de produtividade, as exigências e cobranças parecem ser mais firmes do que quando implicam em atividades coletivas de educação e prevenção.

De modo geral os CDs de ESFs não se sentem valorizados pelos usuários, o que causa desmotivação para o trabalho: “*acho que é uma estratégia acertada, só que com o passar do tempo, (...) como [em] todas as profissões, tu vais cansando, vais te desmotivando (...) e às vezes (...) o que desmotiva é a pressão do paciente, é aquilo: ‘eu quero isso para hoje’.*” (CD-ESF)

Usuários

Alguns usuários não souberam explicar o que é a ESF. Existe um sentimento de indagação e perplexidade quanto a algumas ações inerentes à estratégia, como o cadastro das famílias, conforme é manifestado: “*Não sei o que é PSF. Nem sei o que é isso. [A agente de saúde perguntou]: ‘quantas pessoas moravam na casa, e de quem era a casa, e quantas peças tinha na casa.’ Ah, isso precisa? Tem fundamento para alguma coisa? Não tem fundamento nenhum.*” (U-ESF)

Para um usuário da ESF, a implantação do novo modelo trouxe uma mudança significativa, que é a visita domiciliar: “*Ah, mudou bastante agora (...) [porque] visitam nas*

casas. ” (U-ESF) Um usuário de UBST manifestou que ESF significa médico o dia inteiro e visita domiciliar para quem não pode se locomover.

Para um usuário de UBST, um CD parece sempre repetir a forma de trabalhar de outros CDs, mostrando indiferença quanto à possibilidade de mudar sua prática. Na sua avaliação o serviço de saúde bucal é bom porque trata das suas necessidades, e durante o atendimento o CD orienta higiene em modelos.

Para os usuários de ESF, o CD avalia na primeira consulta os problemas da boca e informa o que deve ser feito, realiza orientação de higiene no consultório e esclarece sobre a importância da prevenção e de manter os dentes. Percebem o CD fora do consultório quando participa algumas vezes de grupos de hipertensos e diabéticos, e realiza ações em creches e escolas.

Gerentes

Os gerentes percebem que o CD da ESF consegue realizar mais atendimentos que o de UBST, executa atividades fora do consultório, principalmente em escolas, e permanece mais tempo na unidade, o que diferencia este modelo do anterior. Mas participa pouco de grupos, pois percebem que, para alguns, falta comprometimento para planejar e realizar ações coletivas. Os gerentes de USBT acreditam que o trabalho que é realizado em ESF pode ser realizado também em UBSTs, principalmente por quem já trabalhou em uma ESF ou teve sua formação voltada para ela. A diferença seria a consolidação de uma equipe e a realização de reuniões.

A maioria dos gerentes de UBSs manifestou que houve divulgação para a população sobre o novo modelo de atenção. Eles afirmaram que a ESF constitui um modelo ideal de atenção à saúde, mas enfatizaram que, para sua implantação ser bem sucedida, a população deve compreender seus fundamentos, além de participar e se envolver com as ações desenvolvidas buscando a melhoria da implantação da ESF. Neste ponto, acreditam que isto se torna mais fácil para quem tem um nível de escolaridade melhor.

Sobre a atuação do CD em ESF, percebe-se uma das mudanças importantes que o novo modelo traz: *“(…) na unidade [em] que eu trabalhava o dentista vinha atender as cinco fichinhas (...). E aqui não (...). Tem que conhecer o usuário, tem que conhecer a família dele, entender o problema (...).”* (G-ESF) Esta também foi a percepção do gerente de UBST, pois acreditam que na ESF os CDs vão passar a conhecer melhor os usuários, pois vão permanecer mais tempo nas unidades.

O trabalho em equipe é percebido como bom e difícil. Nas reuniões de equipe predominam questões médicas, fato reforçado pela constatação de que o modelo é médico-centrado: “(...) *quando o médico não vem, o movimento do posto cai bastante.*” (G-ESF)

Coordenador de Saúde Bucal

O depoimento do CSB indicou que a implantação da ESF teve como ponto crítico o fato de a população não ter sido informada sobre seu propósito. Para ele, os usuários têm dificuldades em entender o processo de trabalho, o que é reforçado pelo fato de que não visualizam os resultados deste novo modelo: “*A comunidade vai conseguir aceitar isso se houver resolutividade naquilo que a gente está propondo. Não adianta (...) a gente ficar só com ações que (...) eles não percebem que modificou o processo.*” (CSB)

Secretário Municipal de Saúde

Para o SMS, o desafio na ESF é fazer com que o CD saia do consultório e realize ações de prevenção e educação em saúde. O Secretário acredita que há resistência do CD em sair do consultório e que ele se sente como apêndice da ESF porque integrou a equipe depois. Em vista disso, o SMS pensa em colocar o ASB para realizar as ações de prevenção e educação na comunidade: “(...) *é uma resistência histórica. O dentista não sai de perto do equipo. ‘Ah, mas eu não posso. O que eu vou fazer lá sem o meu equipo?’ A saúde preventiva ainda não é assunto para a odontologia.*” (SMS)

b. Organização da demanda

Cirurgiões-dentistas

Na opinião dos CDs, tanto do modelo tradicional quanto do modelo da ESF, o comportamento da população com relação à utilização dos serviços odontológicos é restrito a problemas de urgência e a melhoria da estética. Afirmaram que os usuários não têm comportamento voltado para o autocuidado e não se comprometem com a manutenção da saúde. O desabafo de um CD mostrou sua incompreensão com o problema: “*Fico chateado com isso (...) a gente tá aqui, tapando buraco e (...) sempre aparece mais, (...) os mesmos pacientes*”. (CD-ESF)

Para os CDs dos dois modelos, o agendamento é reconhecido como uma ferramenta de trabalho útil e característica da ESF, mas reconhecem que os usuários têm restrições a esta modalidade de acesso ao serviço. Por isso, ocorrem muitas faltas às consultas marcadas. Nas

UBSFs os CDs buscam alternativas para contornar o problema, fazendo o agendamento dos usuários que comparecem às reuniões de grupos.

No aspecto relacional verificou-se que o vínculo não parece ser bem entendido pela maioria dos CDs das ESFs. Seus depoimentos refletiram o pensamento de que o vínculo se estabelece naturalmente em consequência de um tratamento odontológico prolongado e a aceitação deste pelo paciente, assim como pelo tempo de serviço do CD na UBS e por demonstrar que gosta do trabalho que realiza. Os CDs afirmaram que criar vínculo com a população é difícil devido ao sistema de livre demanda no serviço.

Usuários

Entre os usuários das UBSFs o aumento do número de atendimentos foi relatado como um dos pontos mais visíveis do novo modelo, percebido pela ampliação do horário de trabalho dos profissionais, e maior agilidade nos atendimentos. O depoimento de um usuário parece resumir a percepção: “(...) *depois que passou a ser PSF (...) abriu, digamos, escancarou a saúde, o SUS, as portas. Justamente pela equipe maior.*” (U-ESF)

Os usuários manifestaram que o sistema de fichas é melhor, porque entendem que agendamento significaria saber antecipadamente que vai precisar de atendimento. Afirmaram que não é possível antecipar o aparecimento de uma necessidade por meio de um agendamento, ou seja, desejam resolver seus problemas somente se e no momento em que aparecerem: “(...) *eles não sabem quando vão ficar doentes (...).*” (U-UBST)

Os usuários afirmaram que têm um bom relacionamento com a equipe porque usam o serviço frequentemente. Quando questionados sobre a existência de acolhimento, dizem que não ocorre, pois são encaminhados aos atendimentos por ordem de chegada. Um usuário de UBST descreveu a forma como são recebidos no serviço: [*Imitando a enfermeira:*] “‘*qual é o próximo? ’ E assim vai (...).*” (U-UBST)

Gerentes

A ampliação do número de atendimentos é destacada também pelos gerentes das UBSs como um dos elementos que diferencia os dois modelos de atenção. Percebem que os usuários preferem o sistema de filas e a distribuição de fichas. Para um gerente de UBSF, “(...) *parece que o povo adora fila e adora ficha (...).*” (G-ESF)

Os gerentes de ambas as unidades percebem uma grande necessidade da população em procurar o serviço apenas para conversar, como uma necessidade: “(...) *a gente acaba sendo (...) como (...) um depósito (...) psicológico, (...) bastante gente procura para conversar (...).*”

(G-UBST) Mas confirmaram que não realizam o acolhimento por falta de tempo e excesso de demanda de trabalho nas unidades.

Secretário Municipal de Saúde

O SMS salientou que a ampliação do número de atendimentos em UBSFs foi um dos destaques mais significativos do novo modelo. E afirmou que quando a atenção secundária do município passou a oferecer próteses, a fila de pedidos por dentaduras na prefeitura deixou de existir: *“O pessoal ia lá [na prefeitura]: ‘Seu [Fulano], (...) eu consultei um dentista [particular], (...) preciso de uma dentadura, está aqui o orçamento’. (...) Era assim que funcionava, e a gente autorizava.”* (SMS)

3. Perfil do cirurgião-dentista

Cirurgiões-dentistas

Os CDs das ESFs afirmaram que sua formação não foi adequada para a realidade que encontraram no sistema público e alguns acreditam que não possuem perfil profissional para um trabalho desta natureza, concluindo com a afirmação: *“Eu acho que PSF não funciona, aqui, como deveria funcionar.”* (CD- ESF)

Os depoimentos dos CDs do SUS neste município, tanto de UBSF quanto de UBST, indicaram que buscam no serviço público essencialmente um emprego e salário garantidos. Não se consideram realizados profissionalmente no sistema público, e que isto só acontece no consultório privado. Enfatizaram que realizam um atendimento rotineiro, rápido e básico, sem oportunidade de exercer sua especialidade. Isto pode ser resumido no depoimento a seguir: *“(...) eu prefiro trabalhar no consultório porque a gente consegue trabalhar mais adequadamente, mais corretamente de acordo com aquilo que a gente aprendeu, (...) mas aqui não pretendo largar por causa dessa estabilidade que ele proporciona.”* (CD-UBST)

Gerentes

Os gerentes da ESF confirmaram que os CDs foram mal preparados para a estratégia, pois só depois da implantação houve uma capacitação: *“(...) acredito [que os] (...) profissionais [estão] mal preparados para [a] estratégia.”* (G- ESF)

Coordenador de Saúde Bucal

O CSB manifestou que, quando as equipes de saúde da família foram implantadas, não houve capacitação para os profissionais.

Secretário Municipal de Saúde

O SMS acredita que as universidades deveriam rever seus currículos, para formar melhores profissionais para trabalhar no serviço público. As consequências da desmotivação e da falta de comprometimento com o trabalho na saúde bucal oportunizam ao SMS tomar uma atitude para minimizar o problema, como se pode verificar em seu depoimento: “(...) *muito dentista (...) tem uma clínica privada, (...) e faz do emprego público [um] bico [sic] (...) então eu estou (...) substituindo (...) porque tem dentista sobrando no mercado (...). A gente tem que aguentar um pouquinho mais as mancadas [do médico] porque não tem médico no mercado*”. (SMS)

4. Novo modelo de atenção

Cirurgiões-dentistas

Na percepção de alguns CDs das ESFs, o serviço continua reproduzindo o modelo anterior. Reconhecem que o novo modelo apenas mudou de nome, e se sentem frustrados pela falta de mudanças. Para eles: “*Aqui, simplesmente, só trocaram o serviço, implantaram o PSF para pegar a grana, para fazer 40h; os profissionais não tiveram formação nessa área e não foram cobrados para mudar. Acabou que ficou praticamente a mesma coisa (...).*” (CD-ESF)

Gerentes

Para os gerentes a mudança foi apenas nominal e não houve preparação para tal: “[*Disseram*] ‘*Ah, vamos aproveitar o recurso do governo e vamos implantar*’. (...) *Mas vamos implantar como?*” (G-ESF) “(...) *Mudou o modelo, mas a maneira de trabalhar ainda não mudou.*” (G-ESF)

Coordenador de Saúde Bucal

O CSB acredita que o desafio da ESF está em mudar a forma de trabalhar dos profissionais, mas considera difícil, pois eles entram em uma rotina de trabalho que dificulta a mudança. E salientou que a presença do modelo tradicional, que não trabalha de forma

adequada, concomitante a ESF, tem influência negativa: *“Simplesmente a gente está modificando uma denominação (...). Continua o modelo tradicional, apenas os profissionais estão sendo mais bem remunerados.”* (CSB)

Também afirmou: *“Na realidade eu acho que [a mudança de modelo] (...) não está acontecendo em lugar nenhum. (...) Não diria em lugar nenhum, mas em poucos lugares do país.”* (CSB)

Secretário Municipal de Saúde

Na percepção do SMS, a implantação da ESF foi uma decisão política que seguiu os trâmites burocrático-administrativos. É considerado um modelo ideal de atenção à saúde. Para ele o novo modelo possibilitou a ampliação do número de atendimentos odontológicos, o que é um ponto importante, pois mostra que mais pessoas estão recebendo tratamento.

Aspectos das notas de campo

Todos os entrevistados se mostraram dispostos a colaborar com a pesquisa e foram solícitos em todas as situações.

Durante a visita às unidades, ficou clara a melhora da estrutura física e dos equipamentos odontológicos depois da implantação da ESF. As UBSTs ainda têm problemas de falta de espaço e precariedade de material odontológico.

Em algumas unidades de ESF, os kits do Brasil Sorridente estavam à disposição para qualquer usuário pegar. Em unidades de UBST, eram distribuídos conforme critério do cirurgião-dentista.

Quando o médico não estava presente na unidade era visível a diminuição do número de usuários.

Alguns usuários, antes da entrevista, começavam contando sobre seus problemas de saúde e sobre a necessidade de que ela fosse rápida, pois tinham outras coisas para fazer.

Algumas gerentes de ESF se mostraram atenciosas com os usuários, com a escuta do paciente e tentativa de resolver os problemas. Foi percebida uma cumplicidade entre gerentes de UBST e os usuários durante as conversas na recepção das unidades.

Em uma ESF quando foi solicitada a entrevista com o gerente, logo veio um questionamento de dentro de uma sala: *“qual gerente tu queres?”*. A explicação veio em seguida: na verdade, só existia um, que era o prefeito, pois ele havia centralizado a gestão da saúde.

A maioria das entrevistas dos CDs soou como um desabafo, uma necessidade de mostrar o que pensavam ou uma forma de serem escutados por alguém.

O CSB se mostrou muito preocupado em responder corretamente as perguntas, analisando o que se procurava saber em cada uma delas.

Discussão

Na análise empreendida neste estudo foi possível reunir informações que permitem identificar quais as mudanças do modelo de atenção em saúde bucal foram percebidas por diferentes atores do processo após a implantação da ESF em um município de pequeno porte.

A concordância encontrada entre os sujeitos sobre o significado mais visível da introdução da ESF no município foi relacionada ao aporte de recursos financeiros que permitiu reestruturar fisicamente as unidades básicas de saúde. Esta constatação parece indicar uma concepção histórica da valorização de tecnologias duras como o indicador mais visível da assistência em saúde²¹.

A ampliação do número de atendimentos como consequência do aumento da carga horária dos profissionais, foi o segundo significado mais importante na percepção para a maioria dos sujeitos pesquisados. Esta mudança, no entanto, não se reflete em todas as dimensões do cuidado em saúde bucal. Embora seja significativo o aumento do número de procedimentos realizados, quando comparado com aqueles realizados em UBST, a análise da produção ambulatorial do município mostra que os procedimentos cirúrgico-restauradores continuam sendo predominantes no processo de trabalho em saúde bucal³³.

O processo de trabalho é um dos pontos principais na mudança de um modelo assistencial³⁴. Este estudo mostra a manutenção da concepção histórica das ações de natureza coletiva voltadas primordialmente a escolares. Nesse aspecto, a atenção em saúde fere um dos princípios mais característicos do SUS, que é o da universalidade.

A rotina de trabalho do CD em uma ESF deve relacionar os procedimentos clínicos com ações coletivas junto à equipe multiprofissional. No trabalho com a equipe deve utilizar recursos característicos da ESF como o planejamento que cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população³⁰. Um dos nós críticos percebidos neste estudo relaciona-se ao planejamento de ações de saúde. Como parte do processo de trabalho que configura um modelo assistencial, o planejamento mostra ser restrito a práticas programáticas acríticas com pouca ou nenhuma participação dos atores envolvidos na atenção em saúde. Um dos elementos básicos para o planejamento em saúde, que é o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população, sequer é

realizado, o que impedindo que metas, quantidades e tipos de atividades possam ser planejadas para a população do município.

No aspecto da compreensão das características operacionais das ações de saúde bucal na ESF a promoção de saúde é entendida pelos CDs como atividades de prevenção e educação de forma individual. O conceito de promoção de saúde implica na incorporação da dimensão política e social como aspectos essenciais, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva³⁵. Todavia, percebe-se que mesmo estas atividades não têm a devida compreensão de sua importância no processo de cuidado. Por um lado existe a pressão por parte dos gestores para que os profissionais atinjam certa produtividade, por outro existe a população com demanda curativa e incapacitada de aceitar a dimensão da prevenção como fator fundamental no processo de cuidado em saúde. E no centro de tudo parece estar o CD, pouco capacitado e motivado para o trabalho com promoção de saúde.

Foi possível verificar que o trabalho do ASB está essencialmente voltado para o consultório, realizando a desinfecção e esterilização de materiais e os cuidados com a conservação dos equipamentos odontológicos. Embora o gestor tenha manifestado que existe resistência do CD em exercer atividades fora do ambiente do consultório, a Lei 11.889³⁶ prevê que entre as competências do ASB estão as ações de promoção e prevenção em saúde bucal. A utilização de pessoal auxiliar para estas atividades tornaria possível ao CD concentrar suas ações na clínica odontológica na resolução de problemas complexos de saúde bucal, atendendo à demanda reprimida por tratamento clínico sem descuidar dos aspectos de prevenção e controle das doenças bucais. E um dos cenários poderia ser a reunião de grupos específicos, como de hipertensos e diabéticos, buscando mudar a lógica destas reuniões, que são essencialmente para a distribuição de medicamentos, para um momento de trocas de conhecimentos e aprendizagem em saúde.

O município estudado mostra que o modelo assistencial não se assemelha com a rotina de trabalho em equipe idealizada pela ESF. Os CDs na ESF estão frente a uma nova realidade e também a um grande desafio, pois até agora a sua formação foi direcionada basicamente para o trabalho com indivíduos e não com comunidades, com doenças e não com saúde, isolado em consultórios e não como integrante de uma equipe de trabalho¹⁴. Para alguns dentistas a visita domiciliar, ferramenta da assistência que busca organizar a demanda, parece ter sua concepção voltada somente para atividades de educação e prevenção, o que torna compreensível a reação do usuário quando gostaria de ver o CD realizando atendimentos clínicos na UBS.

Para a legitimidade e efetividade das ações de saúde é imprescindível contar com os diferentes sujeitos que constituem o campo da saúde: usuários, trabalhadores e gestores. No aspecto da compreensão sobre a ESF os usuários a reconhecem basicamente pela materialização da unidade e pelo aumento da equipe de saúde. Os gestores se eximem da culpa pela falta de informação da população sobre a ESF quando dizem que esclareceram os usuários em reuniões, mas se contradizem quando afirmam que um dos pontos frágeis na implantação do novo modelo é a falta de esclarecimento da população. Quanto mais informada a população estiver, mais capacitada estará para avaliar as ações e participar do processo de cuidado. Porém, seu nível de entendimento vai depender também da sua escolaridade e da efetividade das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizadas tanto no âmbito da ESF quanto do Sistema Municipal de Saúde¹⁷. O aumento do nível geral de educação formal significa que as pessoas poderão ser mais capazes de acessar fontes de informação adequadas e entender a informação mais completamente. Mensagens simples, claras e consistentes são necessárias para assegurar que a informação dada está numa forma que é facilmente compreendida e pode ser relacionada com práticas cotidianas³⁷.

Outra característica presente na ESF são as tecnologias leves (trabalho vivo em ato) como o acolhimento, que visa à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção em busca do controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde³⁸. O acolhimento pode contribuir ainda para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Significa organizar a demanda de forma que ocorra a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem³⁰. Alguns gerentes não perceberam que fazem o acolhimento quando escutam os usuários que os procuram para apenas conversar.

Os CDs deste estudo não realizam o acolhimento, mas acreditam que possuem vínculo com os pacientes porque para eles a produção de vínculo está relacionada com o desenvolvimento continuado de atividades clínicas, o que pode ser comprovado também em estudo com enfermeiros³⁹.

A população parece preferir o sistema de distribuição de fichas. As alegações residem no fato de que a ficha garante o atendimento no dia da procura, pois o usuário ainda procura o atendimento apenas quando está com dor ou tem alguma necessidade estética. Para tentar mudar esse hábito ou diminuir o tamanho das filas, seria importante que se pactuasse com a comunidade a implantação do agendamento, pois dessa forma se trabalharia com a co-responsabilidade do usuário.

O modelo médico-centrado parece ainda ter um papel central na assistência no município estudado, pois sua ausência na unidade significa menor afluxo de pacientes. Entre os profissionais de saúde, o CD ainda parece exercer um papel menor no contexto da saúde humana, pois a hegemonia das questões médicas nas discussões da equipe mostra a dificuldade de integrar os problemas da boca com o restante do corpo.

Diante deste quadro, emerge com significância a problemática da formação do profissional de saúde e sua incapacidade de atender as especificidades do trabalho em serviço público.

Não se pode ignorar o peso que o mercado de trabalho privado exerce por conta da saturação e da incapacidade da população em custear os tratamentos odontológicos, empurrando o profissional para o serviço público. Provavelmente muitos CDs encaram sua participação no SUS como uma atividade passageira ou como um emprego com salário fixo⁴⁰. Esta situação parece colocar os profissionais em uma posição cômoda, pois a iniciativa e o comprometimento são pouco visíveis ou pouco cobrados, e ao menor sinal de dificuldade retomam a rotina cirúrgico-restauradora no consultório odontológico.

Os processos de formação do cirurgião-dentista encontram nas Diretrizes Curriculares Nacionais uma via capaz de movimentar a mudança em direção à ruptura da abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Os conteúdos são organizados de maneira a fragmentar os indivíduos em especialidades e o ensino é concentrado em ambientes clínicos, dissociado das dimensões psicológicas, culturais e sociais da população⁴¹. Para a efetivação da mudança, será necessário enfrentar os desafios das transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional, promovendo o aprendizado em cenários diversificados, onde se incluem as UBS, buscando a formação de cidadãos “capazes de mudar a sociedade em nome do bem comum”⁴².

Desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, entre eles está a resistência do antigo modelo assistencial (baseado na doença e em ações curativas individuais) a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais. Entretanto, a convivência de dois modelos pode ser salutar, em um momento de transição. Porém, como apontam os atuais documentos da estratégia, no futuro deverá ocorrer uma adoção mais homogênea da ESF pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes¹¹.

Dentre as limitações deste estudo destaca-se a possibilidade de que os CDs tenham aproveitado a oportunidade da entrevista para expressar suas angústias, o que pode ter aumentado o número e a intensidade de emoções negativas. Os usuários tiveram mais

dificuldade de manifestar suas percepções, talvez por não exercitarem com frequência esse tipo de reflexão.

Considerações finais

Os resultados mostram que o modelo tradicional, voltado essencialmente para ações curativas, não foi superado com a implantação da ESF. Permanece o modelo de assistência à doença com prejuízo ao princípio da universalidade, pois continua centrado nas escolas, com demandas espontâneas e sem planejamentos para a promoção de saúde da população. Percebe-se pouca compreensão do usuário sobre o novo modelo, desmotivação do CD e pouco preparo deste para trabalhar no serviço público. As mudanças mais visíveis são a melhora da estrutura física das UESF, o aumento do número de atendimentos e a presença mais frequente do profissional na unidade.

Para mudar esse cenário seria importante o investimento da formação do CD voltada para a responsabilização da saúde da população, além do incentivo à educação permanente, prevista em lei. Também é necessária a ampla divulgação sobre os objetivos da ESF para a população, pois dessa forma se pode trabalhar com a co-responsabilidade do usuário.

Os resultados deste estudo podem ser semelhantes em vários municípios brasileiros considerando a complexidade da implantação da ESF no país. Diante da importância da reorientação da APS no Brasil, incluindo as ESB, mais estudos que verifiquem a sistemática da implantação devem ser continuamente realizados.

Colaboradores

A autora AB realizou a coleta de dados. As autoras participaram igualmente das etapas de concepção, análise, discussão e redação do artigo.

3 REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Souza, DS. A saúde bucal e o processo de municipalização no Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1996.
3. Teixeira, CF. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
4. Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo: Rede CEDROS; 1992.
5. Calado GS. A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: Principais avanços e desafios. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
6. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública 2006; 40(N Esp):141-7.
7. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos; 2000.
8. Moysés ST, Moysés SJ, Krüger L. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
9. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(2):241-246.
10. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
11. Viana ALA, Poz MRD. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rev. Saúde Coletiva, 2005; 15(Suplemento):225- 264.
12. Brasil. Portaria n°. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
13. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Tristão SK. Perfil dos cirurgiões-dentistas da atenção básica interessados pelo Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2002. <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/perfilcirurgiao.doc> (acessado em 23/Set/08).

15. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(1):219-227.
16. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(1):123-130.
17. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002; 7(3):581-589.
18. Leal RB, Tomita N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(1):155-160.
19. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(1):53-61.
20. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(Supl. 1):1367-1377.
21. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(11):2727-2739.
22. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa de Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(4):809-819.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
24. Pope, C; Mays, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999.
26. Paim, JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol, MZ, Filho NA. *Epidemiologia & Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
27. II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília: CFO; 1993.
28. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*, 1998; 14(3):623-628.

29. Prefeitura Municipal de Panambi. Notícias. www.panambi.rs.gov.br (acessado em 11/Out/09).
30. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica 17).
31. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
32. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
33. Prefeitura de Panambi. Dados ambulatoriais. 2008. CD-ROM
34. Conferência Nacional de Saúde On-line. PSF: Contradições e novos desafios. <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> (acessado em 25/set/09).
35. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de Saúde Bucal na Promoção de Saúde. In: Buischi, YP. Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas – EAP- APCD; 2000.
36. Brasil. Lei Federal nº 11.889. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal–TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal–ASB. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm (acessado em 14/Out/09).
37. Williams NJ, Whittle JG, Gattrell AC. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. *British Dental Journal*, 2002; 193(11):651-654.
38. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 1999; 15(2):345-353.
39. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(6):1487-1494.
40. Unfer B. O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000.
41. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(5):1400-1410.
42. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO*, 2003; 4(1):30-7.

4 APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Cirurgião-Dentista)

Título do estudo: A introdução da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as dimensões da mudança do modelo de atenção

Pesquisador(es) responsável(is): Beatriz Unfer, Aline Batista

Instituição/Departamento: UFSM/Departamento de Estomatologia

Telefone para contato: 55 – 3220 9291

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde, Panambi, RS.

Este termo tem como objetivo informar, esclarecer e convidá-lo a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: “A introdução da saúde bucal na ESF e as dimensões da mudança do modelo de atenção” a ser desenvolvida pela aluna de Mestrado Aline Batista, com orientação da Prof^a. Dra. Beatriz Unfer. Esta pesquisa tem como objetivo comparar as ações e serviços de saúde bucal por meio das percepções dos profissionais e usuários do modelo tradicional de saúde bucal e do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e determinar a percepção do gestor na condução do novo modelo de atenção à saúde. Sabendo isto, ficará mais fácil elaborar estratégias a fim de qualificar cada vez mais o serviço.

A pesquisa será desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde, por meio de entrevistas feitas pela pesquisadora. As entrevistas serão gravadas, e sua participação consistirá nas respostas às perguntas formuladas. O momento de realização da entrevista será no seu intervalo de trabalho e será realizada em uma sala isolada de forma individualizada.

As questões serão referentes à sua rotina de trabalho com relação às ações individuais e coletivas que são realizadas, o levantamento epidemiológico de necessidade e o trabalho em equipe.

Você não terá nenhum gasto financeiro. Como possível risco você poderá sentir-se cansado durante a entrevista, e como benefício a pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, todavia sem benefício imediato e direto para você.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo. Os dados ficarão sob a guarda dos pesquisadores no Departamento de Estomatologia do Curso de Odontologia da UFSM, durante o período da pesquisa e após um período de 5 anos, as entrevistas serão destruídas. Você poderá se recusar participar da pesquisa, bem como interromper a entrevista a qualquer momento. Para esclarecer qualquer dúvida, você poderá falar com o pesquisador pelo telefone de contato que estão escritos no final deste documento. Este documento foi redigido em duas vias (uma do pesquisador e outra que lhe está sendo entregue).

Eu _____, R.G. _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a), e estou de acordo com os termos acima expostos, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do sujeito de pesquisa/ Representante legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de ____ de 2008. _____

Beatriz Unfer
Universidade Federal de Santa Maria
Rua Floriano Peixoto 1184, sala 109.
Tel: 3220 9291

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Usuário)

Título do estudo: A introdução da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as dimensões da mudança do modelo de atenção

Pesquisador(es) responsável(is): Beatriz Unfer, Aline Batista

Instituição/Departamento: UFSM/Departamento de Estomatologia

Telefone para contato: 55 – 3220 9291

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde, Panambi, RS.

Este termo tem como objetivo informar, esclarecer e convidá-lo a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: “A introdução da saúde bucal na ESF e as dimensões da mudança do modelo de atenção” a ser desenvolvida pela aluna de Mestrado Aline Batista, com orientação da Prof^a. Dra. Beatriz Unfer. Esta pesquisa tem como objetivo comparar as ações e serviços de saúde bucal por meio das percepções dos profissionais e usuários do modelo tradicional de saúde bucal e do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e determinar a percepção do gestor na condução do novo modelo de atenção à saúde. Sabendo isto, ficará mais fácil elaborar estratégias a fim de qualificar cada vez mais o serviço.

A pesquisa será desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde, por meio de entrevistas feitas pela pesquisadora. As entrevistas serão gravadas, e sua participação será apenas em responder às perguntas formuladas. O momento de realização da entrevista será enquanto você espera a consulta e realizada em uma sala isolada de forma individualizada.

As questões serão para saber qual a sua opinião sobre as ações e serviços de saúde bucal prestados nesta UBS. Você poderá falar também sobre a opinião da comunidade em que você vive.

Você não terá nenhum gasto financeiro. Como possível risco você poderá sentir-se cansado durante a entrevista, e como benefício a pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, todavia sem benefício direto e imediato para você.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo. Os dados ficarão sob a guarda dos pesquisadores no Departamento de Estomatologia do Curso de Odontologia da UFSM, durante o período da pesquisa e após um período de 5 anos, as entrevistas serão destruídas. Você poderá se recusar participar da pesquisa, bem como interromper a entrevista a qualquer momento. Para esclarecer qualquer dúvida, você poderá falar com a pesquisadora pelo telefone de contato que estão escritos no final deste documento. Este documento foi redigido em duas vias (uma do pesquisador e outra que lhe está sendo entregue).

Eu _____, R.G. _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a), e estou de acordo com os termos acima expostos, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do sujeito de pesquisa/ Representante legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de ____ de 2008. _____

Beatriz Unfer
Universidade Federal de Santa Maria
Rua Floriano Peixoto 1184, sala 109.
Tel: 3220 9291

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Gestor)

Título do estudo: A introdução da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as dimensões da mudança do modelo de atenção

Pesquisador(es) responsável(is): Beatriz Unfer, Aline Batista

Instituição/Departamento: UFSM/Departamento de Estomatologia

Telefone para contato: 55 – 3220 9291

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde, Panambi, RS.

Este termo tem como objetivo informar, esclarecer e convidá-lo a participar de forma totalmente voluntária da pesquisa intitulada: “A introdução da saúde bucal na ESF e as dimensões da mudança do modelo de atenção” a ser desenvolvida pela aluna de Mestrado Aline Batista, com orientação da Prof^a. Dra. Beatriz Unfer. Esta pesquisa tem como objetivo comparar as ações e serviços de saúde bucal por meio das percepções dos profissionais e usuários do modelo tradicional de saúde bucal e do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e determinar a percepção do gestor na condução do novo modelo de atenção à saúde. Sabendo isto, ficará mais fácil elaborar estratégias a fim de qualificar cada vez mais o serviço.

A coleta dos dados da pesquisa será por meio de entrevistas feitas pela pesquisadora. As entrevistas serão gravadas, e sua participação consistirá apenas nas respostas às perguntas formuladas. O momento de realização da entrevista será no seu intervalo de trabalho e será realizada em uma sala isolada de forma individualizada.

As questões serão referentes a forma que ocorreu a transição para o novo modelo, se este já está consolidado e quais são as perspectivas e desafios que se apresentam.

Você não terá nenhum gasto financeiro, como possível risco você poderá sentir-se cansado durante a entrevista, e como benefício a pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, todavia sem benefício imediato e direto para você.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo. Os dados ficarão sob a guarda dos pesquisadores no Departamento de Estomatologia do Curso de Odontologia da UFSM, durante o período da pesquisa e após um período de 5 anos, as entrevistas serão destruídas. Você poderá se recusar participar da pesquisa, bem como interromper a entrevista a qualquer momento. Para esclarecer qualquer dúvida, você poderá falar com o pesquisador pelo telefone de contato que estão escritos no final deste documento. Este documento foi redigido em duas vias (uma do pesquisador e outra que lhe está sendo entregue).

Eu _____, R.G. _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a), e estou de acordo com os termos acima expostos, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do sujeito de pesquisa/ Representante legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de ____ de 2008. _____

Beatriz Unfer
Universidade Federal de Santa Maria
Rua Floriano Peixoto 1184, sala 109.
Tel: 3220 9291

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B – GUIA PARA AS ENTREVISTAS

Entrevista- Cirurgião-Dentista

Nome:

Idade:

Sexo:

Universidade:

Questões:

1) Como é seu trabalho nesta UBS?

O entrevistador poderá solicitar esclarecimentos sobre as informações prestadas pelo profissional de modo a contemplar os seguintes aspectos:

- ✓ Trabalho em equipe
- ✓ Ações de promoção de saúde
- ✓ Ações de prevenção de saúde
- ✓ Acolhimento
- ✓ Vínculo
- ✓ Visita domiciliar
- ✓ Planejamento estratégico situacional
- ✓ Levantamento epidemiológico de necessidades

Entrevista - Usuários

Nome:

Idade:

Sexo:

Questões:

1. Como é o serviço de saúde bucal prestado nesta UBS?

O entrevistador poderá solicitar esclarecimentos sobre as informações prestadas pelo usuário de modo a contemplar os seguintes aspectos:

- Planejamento/programas
- Levantamento epidemiológico
- Procedimentos clínicos
- Procedimentos coletivos
- Ações coletivas de promoção de saúde

Perguntas somente para usuários da UBS/ESF:

1. Qual a diferença percebida entre o serviço atual e o anterior?

O entrevistador poderá solicitar esclarecimentos sobre as informações prestadas pelo usuário de modo a contemplar os seguintes aspectos:

- Visita domiciliar
- Vínculo
- Acolhimento
- Trabalho em equipe

Entrevista - Gestor

Nome:

Idade:



Sexo:

Formação:

Questões:

1. Como ocorreu a transição para o novo modelo?
2. Este modelo já está consolidado?
3. Quais são as perspectivas e desafios que se apresentam com este novo modelo?
4. Quais são as dificuldades de se trabalhar com os dois modelos de atenção?

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFSM)

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Introdução da Saúde bucal na estratégia de saúde da família e as dimensões da mudança no modelo de atenção.

Número do processo: 23081.011211/2008 -86

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0161.0.243.000-08

Pesquisador Responsável: Beatriz Unfer

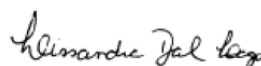
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Fevereiro/2009 Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 14/10/2008

Santa Maria, 14 de Outubro de 2008.



Lissandra Dal Lago
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.