



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Área de Concentração: Odontologia Preventiva e Social



Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional

Natal, 2007

Ricardo Dias de Castro

**Avaliação em saúde bucal na perspectiva do
usuário: enfoque ao estudo da
acessibilidade organizacional**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia da UFRN
como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Odontologia, área de
concentração em Odontologia Preventiva e
Social.**

Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli

Natal
2007

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte UFRN/Biblioteca Setorial de Odontologia

Castro, Ricardo Dias de.

Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional / Ricardo Dias de Castro. – Natal, RN, 2007. 63f.

Orientador: Angelo Giuseppe Roncalli.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social.

1. Odontologia em saúde pública – Dissertação. 2. Acesso aos serviços de saúde – Dissertação. 3. Políticas, planejamento e administração em saúde – Dissertação. 4. Avaliação em Saúde – Dissertação. I. Roncalli, Angelo Giuseppe. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D585

*Aos meus pais, pela presença
constante em minha vida.*

Agradecimentos

Aos meus pais (Inês e Tadeu) pelo incansável esforço, apoio e estima pela minha realização pessoal.

Aos meus irmãos (Chico e Cuca) pelo apoio e incentivo.

À minha noiva (Gisely) pelas tantas conversas sobre nossos planos de vida (incluindo o mestrado), incentivo, compreensão e amor.

Aos que desde o início, na iniciação científica, acreditaram e apoiaram minhas pretensões. Aos Professores Wilton Padilha, Ana Maria Valença e Rossana Almeida pela inspiração da carreira acadêmica. A vocês todo respeito e extrema admiração.

Aos colegas de graduação que compartilharam momentos inesquecíveis de “experimentos” de vida.

Aos colegas do mestrado, pela presença, amizade e estima. Principalmente a Iara, Bianca e Allan, que souberam compartilhar o fardo de estar longe dos que amamos.

Em especial ao meu orientador Angelo Roncalli, pelo acolhimento e confiança em mim depositada, incentivo e compreensão em todos os momentos durante a realização deste trabalho.

À Prof^ª. Betinha pelas excelentes contribuições para realização deste trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Iris, pela amizade e exemplo profissional.

Ao Prof. Kenio Lima, pelas excelentes orientações durante o primeiro ano do curso.

À Prof^ª. Celeste, pela compreensão e estímulo.

À funcionária da Coordenação, Sandra, pela disposição em sempre ajudar.

À Bibliotecária Cecília, por se mostrar prestativa em todos os momentos.

À CAPES pela bolsa de estudo concedida durante o primeiro ano de estudo, pelo suporte financeiro.

A todos que fazem o Hospital Universitário Ana Bezerra.

A todos os atores envolvidos na pesquisa.

“A mudança não é um trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem”.

Paulo Freire

RESUMO

Diante do fato de reestruturação do setor saúde bucal dentro das políticas públicas de saúde brasileiras, este trabalho se propôs avaliar, sob o ponto de vista dos usuários, a acessibilidade aos serviços de saúde bucal no município de Santa Cruz (RN), enfocando o aspecto organizacional. Para tanto, questionários foram dirigidos aos usuários em seus domicílios, considerando o setor censitário. Foram avaliados 9 setores da zona urbana, escolhidos através de sorteio, e 1 da zona rural, selecionado por conveniência. A amostra foi composta por 194 usuários, calculada considerando a prevalência estimada do evento representada pelo indicador “nunca foi ao dentista” + “foi ao dentista há mais de três anos” do Relatório do Projeto SB Brasil. Para complementação dos resultados, ainda foram realizadas entrevistas com outros atores envolvidos no processo de produção de saúde bucal: profissionais (Cirurgiões-Dentistas) e Gestor (Secretário Municipal de Saúde). A partir dos dados obtidos foi possível identificar que 12,9% da população nunca visitaram o dentista, e que a procura pelo serviço não foi influenciada pelas características individuais e socioeconômicas dos usuários, com exceção do gênero. Verificou-se que 36,1% dos usuários buscaram o dentista em menos de um ano, estando os mais jovens ($p < 0,05$) entre aqueles que buscam o dentista com mais frequência. 63,3% dos entrevistados relataram encontrar algum tipo de dificuldade quando da busca pelo atendimento odontológico, estando as dificuldades para agendamento, a existência de filas e longa espera entre os mais citados. Foi identificado que 43,2% dos usuários esperam 3 semanas ou mais pelo atendimento. Destaca-se ainda que 71,4% dos entrevistados encontram dificuldades para conseguir atendimento de urgência, sendo a longa espera pela consulta a mais citada. 92,9% e 94,1% dos entrevistados nunca foram encaminhados para realização de consultas mais especializadas e exames complementares, respectivamente, evidenciando que os usuários não estão recebendo atendimentos integrais. Diante dos dados encontrados pôde-se verificar que a acessibilidade aos serviços de saúde bucal do município de Santa Cruz (RN) encontra-se prejudicada por fatores relacionados à organização das políticas públicas desenvolvidas, principalmente no que se refere ao processo de trabalho.

Palavras-Chave: Acesso aos serviços de saúde; Políticas, planejamento e administração em saúde; Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Due to the fact of oral health sector reestructuration within Brazilian public health politics, this work had the object of evaluating, under users' point of view, the accessibility to oral health services in Santa Cruz (RN), focusing on the organizational aspect. To achieve this, questionnaires were given to users in their homes, considering the censitary sector. Nine sectors of the urban zone were evaluated, selected by chance, and one from the rural zone, selected by convenience. The sample was composed by 194 users, calculated considering the estimated prevalence of event represented by the indicator "I've never been to the dentist" + "I've been to the dentist more than three years ago" from the "Projeto SB Brasil Report". To complement the results, interviews were made with others actors involved in the process of oral health care: professionals (dentists) and manager (Health Municipal Secretary). From the data obtained it was possible to identify that 12,9% of the population had never visited the dentist, and that the search for the service was not influenced by the users individual and socioeconomics characteristics, excepting the gender. It was verified that 36,1% of the users went to the dentist in less than one year, with the youngests ($p < 0,05$) being among those who went to the dentist more frequently. 63,3% of the interviewed related that they found some kind of difficulty when they search for dentistry services, with the difficulties for schedule, the queues and the long wait among the most cited. It was identified that 43,2% of the users wait three weeks or more for the appointment. It is still pointed out that 71,4% of the interviewed find difficulties to get urgency appointment, the long wait to be attended by the dentist was the most found. 92,9% and 94,1% of the interviewed had never been headed to espezialized appointments and complementary exams, respectively. Due to the data founded, it was possible to verify that the accessibility to oral health services in Santa Cruz (RN) is damaged by factors related to the organization of public polices developed, mainly in relation to the working process.

Keywords: Health Services Accessibility; Health Policy, Planning and Management; Health Evaluation.

Lista de Figuras

- Figura 1** - Ilustração do município de Santa Cruz (RN) sob a forma de cartograma, dividido em setores censitários. Fonte: IBGE³⁴. 35
- Figura 2** – Tempo desde a última consulta com o dentista. Santa Cruz (RN), 2006. 40
- Figura 3** – Dificuldades encontradas pelos usuários quando da procura pelo atendimento odontológico, Santa Cruz (RN), 2006. 41
- Figura 4** – Dificuldades encontradas pelos usuários quando da procura pelos serviços de urgências odontológicas, Santa Cruz (RN). 42

Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Caracterização dos usuários dos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006. 39
- Tabela 2.** Acesso aos serviços de saúde bucal segundo as características individuais dos usuários, Santa Cruz, RN, 2006. 47
- Tabela 3.** Frequência de visita ao dentista segundo as características individuais dos usuários. Santa Cruz, RN, 2006. 48
- Tabela 4.** Determinantes individuais que influenciam a procura pelo dentista, Santa Cruz, RN, 2006. 48
- Tabela 5.** Determinantes socioeconômicos e cultural do acesso aos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006. 49
- Tabela 6.** Determinantes socioeconômicos e cultural da frequência de visita ao dentista, Santa Cruz, RN, 2006. 50
- Tabela 7.** Determinantes socioeconômicos e cultural que determinam a procura pelos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006. 51

Quadro

Quadro 1. Temas abordados nas entrevistas com os usuários dos serviços de saúde, Santa Cruz, RN, 2006.

37

Listas de Abreviaturas e Siglas

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CRI – Centro de Reabilitação Infantil
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal
CSP - Coordenação de Saúde Pública
DSP – Diretoria de Saúde Pública
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF - Equipe de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
HUAB – Hospital Universitário Ana Bezerra
IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
ISF – Instituto Sanitário Federal
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MS – Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PSBF – Programa Saúde Bucal da Família
PSF - Programa de Saúde da Família
SBC – Saúde Bucal Coletiva
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Sumário

1. Introdução	10
2. Revisão da Literatura	12
2.1. Entendendo o conceito de acessibilidade aos serviços de saúde	12
2.2. Utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil antes da implantação do SUS	15
2.3. Utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil após a implantação do SUS	19
2.4. Acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil sob a ótica do processo de avaliação em saúde.	27
3. Proposição	32
4. Metodologia	33
4.1. Cenário do estudo	33
4.2. Sujeitos da pesquisa e delineamento amostral	34
4.3. Instrumento de coleta de dados	36
4.4. Temas abordados nas entrevistas com os usuários	36
4.5. Análise dos dados	37
5. Resultados e Discussão	38
6. Considerações Finais	52
7. Referências	54
8. Anexos	

1. Introdução

A compreensão da atual forma de organização dos serviços de saúde bucal no Brasil nos remete à análise do contexto histórico que determinou a situação vigente. A insatisfação popular quanto aos serviços de saúde bucal sempre foi evidente, já que os mesmos se caracterizavam por serem excludentes e centralizados.

O processo de reestruturação do setor de saúde, a partir do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como desafio a implementação de mudanças que permitam enfrentar, de forma urgente e eficaz, a situação de saúde atualmente observada no País, sem perder de vista o fato de que tal situação é resultado das condições gerais de vida da população. É fundamental o desenvolvimento de mecanismos que consolidem os princípios e diretrizes para implantação de um sistema de saúde universal, integral e equânime²⁶.

As décadas anteriores da implantação do SUS acumularam pendências não resolvidas que resultaram em uma pronunciada deterioração dos serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar⁵⁸. Porém, a promulgação da Lei Federal 8.080 em 1990, que regulamenta o funcionamento do SUS, criou oportunidades para que as ações de saúde fossem dinamizadas a partir de propostas de mudanças, rompendo com o modelo tradicional de assistência^{32, 76}.

No Brasil, os serviços de saúde bucal se apresentam como um dos grandes problemas a serem equacionados pelos sistemas públicos de atenção à saúde. A grande demanda acumulada pelos modelos excludentes, posta em cheque pela implantação do SUS, tem sido um processo de revisão e de reformulação ainda lento, mesmo considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção⁶⁴.

Nesse sentido, na década de 1990, surge o Programa Saúde da Família (PSF), o qual busca alcançar maior operacionalidade do processo de trabalho em saúde e reorganização das ações em saúde a partir da concepção ampla do processo saúde-doença, rompendo dessa forma com os modelos assistenciais baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo.

Várias novas propostas foram lançadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de dinamizar o processo de trabalho e melhorar a prestação dos serviços. A Saúde Bucal foi incluída na Estratégia Saúde da Família e, a partir daí, o modelo de prática odontológica, até então vigente no serviço público, passou a ser enfaticamente questionado.

A atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) objetiva ampliar e garantir assistência odontológica à população para além dos pressupostos do PSF, ou seja, busca-se o

desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e tratamento, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em todos os níveis de atenção, visando obedecer ao princípio da integralidade. Dessa forma, espera-se que os usuários encontrem maior facilidade ao procurarem os serviços de saúde bucal^{11,21, 36, 76}.

Porém, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade difícil de alcançar. Apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação do PSF, o acesso à atenção odontológica necessita ser ampliado para grupos populacionais que têm como porta de entrada apenas os planos de saúde ou consultórios particulares, opções econômica e socialmente excludentes⁴³. Por mais que a saúde bucal tenha sua importância reconhecida, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos⁷.

Assim, conhecer a amplitude do acesso aos serviços de saúde bucal implica trabalhar na perspectiva do processo de avaliação e planejamento em saúde. Dentro do sistema de saúde, existe a necessidade de se conhecer as características dos usuários dos serviços de saúde e seu padrão de utilização, principalmente ao considerar as mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro como a implementação do PSF e aumento da rede de atenção básica^{18, 26}.

Consoantes às práticas de avaliação em saúde e as novas propostas de reorganização do setor saúde, este estudo tomou como referencial o município de Santa Cruz, localizado no Estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de um município de pequeno porte, onde as ações de saúde bucal do serviço público são desempenhadas de acordo com as características políticas, econômicas e culturais que influenciam o setor, representando, dessa forma, a maioria dos municípios que compõem o país. Ainda há de se considerar que o referido município alberga uma unidade acadêmica, o Hospital Universitário Ana Bezerra (UFRN), o que facilitou as atividades de estudo.

Dessa maneira, diante da realidade de mudança na organização do sistema de saúde brasileiro com a implantação do PSF, e sendo este, muitas vezes, o único meio de assistência em saúde bucal no setor público, e que ainda existem grandes expectativas de mudanças no modelo de atenção, caberia a seguinte indagação: estaria a população de Santa Cruz (RN) com a garantia de acesso aos serviços de saúde bucal? E ainda, quais os fatores organizacionais dos serviços que podem estar influenciando na oferta dos serviços de saúde bucal?

2. Revisão da Literatura

2.1. Entendendo o conceito de acessibilidade aos serviços de saúde

O processo de reestruturação do setor saúde tem como desafio a implementação de estratégias que permitam provocar mudanças na situação de saúde dos brasileiros. Assim, a identificação e implementação de diretrizes que caracterizem mudanças no modelo assistencial, não somente em nível de correções técnicas ou administrativas, mas que visem à alteração do modo de produção de serviços de saúde, torna-se questão central neste processo²⁵.

É dentro desta perspectiva política de mudança, tanto em no nível do setor quanto na realidade de saúde da população, que a atividade de avaliação ganha nova dimensão e importância. A avaliação deve constituir-se em um instrumento fundamental para a gerência, ágil e facilitador das mudanças pretendidas que, incorporado sistematicamente aos serviços, revelará se as atividades desenvolvidas no seu âmbito são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local e se causam impacto sobre o nível de saúde da população²⁵.

A carência de informações quantitativas e qualitativas para a construção de indicadores e a grande disparidade das informações disponíveis nas instituições são problemas fundamentais para o desenvolvimento do processo de avaliação.

Para operacionalizar o processo avaliativo pode-se tomar como eixo de análise o estudo da acessibilidade que permite apreender a relação existente entre as necessidades e anseios da população em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las.

O conceito de acessibilidade muitas vezes é empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável⁸⁰. Alguns empregam o termo acessibilidade referindo-se ao caráter ou qualidade do que é acessível²⁴. Outros preferem utilizar o substantivo acesso como ato de ingressar, entrar no sistema. Algumas vezes ambos os termos são utilizados para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde^{24, 33}. Também existem variações em relação ao enfoque do conceito, avaliando as características dos indivíduos, da oferta, na relação entre os indivíduos e a oferta dos serviços⁸⁰.

A acessibilidade, em uma visão mais ampliada, se define como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Entendida como um dos componentes de avaliação, a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica²⁶.

Para Pinheiro e colaboradores⁵⁷, as desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros.

A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator de oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas⁸⁰. Acurcio e Guimarães² definem a acessibilidade como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente.

Para Travassos e Martins⁸⁰ o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, sendo os profissionais responsáveis pelos contatos subsequentes. Para os autores, os determinantes da utilização dos serviços podem ser descritos como aqueles relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e gênero), geográficas (região) sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviço – características demográficas (idade e gênero), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta, (disponibilidade de profissionais, hospitais e ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Donabedian²⁴ distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional inclui todas as características da oferta de serviços que obstruem ou aumentam

a capacidade das pessoas no uso de serviços. Acessibilidade geográfica relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

Para Unglert⁸², a localização geográfica e a dimensão dos serviços de saúde são fatores que interferem na acessibilidade, e que esta por sua vez é um pré-requisito fundamental para se garantir o acesso da população à saúde. Silva e colaboradores⁷³ defendem que a utilização dos serviços ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo muito mais da coerência do padrão tecnológico com o tipo de demanda da comunidade.

Fekete²⁵ amplia um pouco o conceito de Donabedian²⁴, definindo a acessibilidade como uma combinação de fatores de distintas dimensões, a saber:

- *Acessibilidade geográfica* - reflete a distância média entre a população e os recursos. No entanto, acessibilidade geográfica não se mede apenas pela distância já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultem o acesso da população. É o caso da existência de rios, morros, auto-estradas, e outros. Assim sendo, a acessibilidade geográfica deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde.
- *Acessibilidade organizacional* - Esta dimensão da acessibilidade está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior da Unidade de Saúde. Os primeiros são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com a Unidade, tais como demora para obter uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento. Os segundos se referem às características que interferem com a assistência ao usuário dentro da Unidade como é o caso do tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais.
- *Acessibilidade sócio-cultural* - Refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros.
- *Acessibilidade econômica* - a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado. Este gasto inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de

afastamento (licença médica) por doenças, o custo do tratamento (medicamentos) e outros.

O conceito de acesso aos serviços de saúde também é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso^{52, 61, 80}. Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso^{37, 61}.

Ramos e Lima⁶² entendem por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, repostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

Entendemos que o conceito de acessibilidade é bem mais abrangente do que ao de acesso, este compreendido apenas como a capacidade de utilização dos serviços. A acessibilidade é influenciada por fatores individuais (gênero, idade), econômicos, sociais, culturais, geográficos e organizacionais. Esse tipo de entendimento permite maior aproximação da realidade.

Assim, percebe-se que a acessibilidade aos serviços de saúde bucal envolve a consideração de diversos fatores que podem facilitar ou dificultar seu caráter de universalidade. Esta constatação corrobora a idéia de que tal assunto é bastante complexo e necessita de estudos que contemplem diferentes perspectivas, de forma a apreender a realidade localmente observada⁴³.

2.2. Utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil antes da implantação do SUS

O estudo das políticas públicas de saúde bucal existentes no Brasil ao longo dos anos exige o entendimento do que vem a ser uma política de saúde. Paim e Teixeira⁵³ a definem como uma resposta social (ação ou omissão) do Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

As políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde, bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde.

Os modelos assistenciais em saúde são construções históricas que refletem a concepção do processo saúde-doença dentro de um contexto técnico e político que influencia a implementação das práticas. Os movimentos de transformação das práticas sanitárias acontecem em decorrência da forma com que o Estado responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população. Assim, o campo da saúde molda-se aos contextos sócio-político-culturais de cada época^{11, 76}. Viana, Fausto e Lima⁸⁴ ressaltam que as reformas ocorridas nas políticas públicas de saúde são conduzidas para otimizar os escassos recursos destinados ao setor e organizar o sistema visando atender às necessidades de saúde da população.

No Brasil, antes da implantação do SUS, não existiam políticas públicas direcionadas à regulamentação das ações de saúde bucal. Assim, no decorrer desse texto, o termo “saúde bucal” será compreendido dentro de um contexto mais amplo que abrange todas as políticas públicas de saúde implementadas ao longo dos anos.

As mudanças ocorridas no setor saúde brasileiro ao longo do tempo foram norteadas pelas condições políticas e econômicas. Na fase imperial da história brasileira, o Estado mostrou-se alheio aos problemas de saúde da coletividade. Nesse momento, as epidemias eram associadas aos miasmas (ar corrompido que, proveniente do mar, pairava sobre as cidades) e a garantia de acesso às práticas de saúde desenvolvidas na época estava restrita a minoritária parcela da população, representada pela Corte. A atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas e ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), as suas habilidades na arte de curar⁵⁹.

O período republicano foi marcado pela economia agroexportadora, centrada na cultura cafeeira, onde a política de imigração foi acompanhada por melhorias das condições sanitárias²¹. O governo criou o Conselho de Saúde Pública (CSP), o Instituto Sanitário Federal (ISF), a Diretoria de Saúde Pública (DSP), regulamentou o Laboratório de Bacteriologia e instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola e a notificação compulsória das doenças transmissíveis. Essas medidas retratavam o caráter autoritário, campanhista e excludente das ações, já que estas eram praticadas apenas nos espaços de circulação de mercadorias⁵⁹.

Em meados de 1920, a população urbana estava ameaçada pela miséria e pelo agravamento das condições de habitação e transporte. Essa situação marca o início de um

processo social de mudança na qual a economia do Brasil, antes voltada para o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias, por meio de medidas vacinais em massa, passa a caracterizar-se, a partir de 1930, como uma economia industrial, com atenção voltada ao indivíduo, mantendo e restaurando sua capacidade reprodutiva³⁹.

A prática da saúde bucal no Brasil sempre sofreu grande influência por parte de países desenvolvidos, primeiramente pelos europeus e já no século XX pelos EUA. Tal influência priorizava as práticas odontológicas do setor privado, que seguia os padrões assistenciais da Medicina e reproduzia, integralmente, o modelo educacional de prática odontológica da escola norte-americana adotado nas universidades brasileiras¹¹.

A Odontologia insere-se na assistência pública brasileira em 1912 com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares. Tal prática mostrou-se ser rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado dos profissionais para a execução das tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no setor público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares⁸⁵.

Com o advento da industrialização brasileira, as ações de saúde passaram a focar os trabalhadores, dando crescimento à Medicina previdenciária. Em 1923, com a Lei Elói Chaves, surge no cenário de assistência à saúde as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), visando garantir acesso à saúde aos empregadores e empregados, além de aposentadoria e alguns benefícios. Como as CAPs eram autônomas e funcionavam basicamente com capital privado oriundo dos trabalhadores e empresa, ficando o Estado com uma parcela minoritária, este se reservava ao financiamento das ações coletivas de saúde, representadas pelas campanhas de vacinação^{21, 66}.

As ações de Saúde Pública desenvolvidas na década de 1930 ocorreram consoantes à criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense. Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações em regiões afastadas do País, porém com interesse estratégico para a economia²⁹. O SESP foi criado por um acordo de cooperação técnica entre Brasil e os Estados Unidos, e suas ações possuíam forte influência das idéias americanas trazidas por sanitaristas deste país. As ações de saúde bucal eram voltadas prioritariamente aos escolares, sendo consideradas excludentes⁶⁴.

A partir desse momento até meados da década de 1980 o Brasil conviveu com políticas voltadas à medicina previdenciária representadas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em 1930, fusionados em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o qual tinha, na sua vertente assistencial, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)^{21, 66}.

A principal característica dos modelos assistenciais no Brasil até dado momento trata-se da dicotomia curativo-preventivo nas ações de saúde, onde o sistema previdenciário se encarregava das ações curativas e a Saúde Pública preocupava-se com as ações de caráter preventivo^{8, 76}. Essa situação configurou um quadro de exclusão, de desigualdade e de poucos recursos, pois apenas os trabalhadores do comércio, da indústria e agropecuária contribuíam e tinham direito à saúde¹¹.

Na segunda metade da década de 1970, consoante a rearticulação de setores organizados da sociedade civil contra o regime autoritário, entrou em cena um dos atores fundamentais no processo de universalização do acesso à assistência médica, pela via pública. Tratava-se do *movimento sanitarista*, encabeçado por um grupo de médicos sanitaristas reformistas, vinculados aos partidos de oposição ao regime militar, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e ao, na época, ilegal Partido Comunista Brasileiro (PCB). Esse movimento de reforma, no sentido de universalização pública da cobertura de saúde, ocorria simultaneamente às propostas de entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para que se desse maior atenção à saúde^{21, 85}.

Em 1986 foi realizada a VIII conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico no processo de reordenação do setor saúde brasileiro, onde as propostas foram analisadas e defendidas pela Assembléia Nacional Constituinte⁶³.

As principais idéias da reforma sanitária foram a construção de um modelo de democracia que garantisse a saúde como direito individual, inserida nos princípios da universalidade e equidade, reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença e proposição de um novo modelo de trabalho em saúde, incluindo um papel ativo dos usuários na construção do sistema de saúde. Ficou garantida aos cidadãos a universalidade às ações e aos serviços de saúde^{3, 27, 40, 41}.

Com a implantação do SUS, a saúde passou a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado. A organização dos serviços foi baseada nos princípios da descentralização e do atendimento integral, garantido acesso qualificado em todos os níveis de atenção⁶³.

Dentre as diretrizes aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde e incorporadas pelo SUS, que visavam a reorganização das práticas de atenção à saúde, a descentralização representa uma forma de viabilização do acesso mais facilitado às práticas de saúde. A aprovação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/93 e 01/96 aumentou a viabilidade da reorganização setorial de base municipal na medida que assegurou o repasse fundo a fundo e ampliou a transferência de responsabilidades federais e estaduais para os municípios que optassem pela gestão plena¹⁵.

Paralela às atividades da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, momento em que a problemática de saúde bucal da população foi exposta e discutida de forma pluralista, com participação da categoria odontológica e usuários. Foram discutidos, principalmente, quatro grandes temas: a saúde como direito de todos e dever do Estado, diagnóstico de saúde bucal no Brasil, inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde e financiamento do setor de saúde bucal¹¹.

Nesse momento, a Odontologia convive com os conceitos e práticas da Odontologia Preventiva e Social, onde foram sistematizadas e atualizadas as bases teóricas, sobre as quais se assentavam o planejamento e a programação das ações de saúde⁴⁷.

O atual modelo de políticas públicas de saúde no Brasil, representado pelo SUS, prioriza a assistência pautada na integralidade, equidade e universalidade, cabendo ao Estado o dever de prestar da melhor forma possível à atenção à saúde. Esse novo modelo de atenção tenta combater a característica hospitalocêntrica do assistencialismo, visando diminuir as grandes filas de espera.

2.3. Utilização dos serviços de saúde no Brasil após implantação do SUS

A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, antes da implantação do SUS, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, geralmente, curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações prioritariamente para a faixa etária escolar. Os adultos e idosos tinham acesso apenas a

serviços de urgência, geralmente mutiladores, caracterizando a Odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Nos últimos anos, apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de prevenção e promoção, além de atividades curativas mais complexas. Até então não havia uma política nacional para o setor¹³.

Em 1993, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que teve como base para as discussões a indignação dos participantes com o projeto neoliberal no Brasil, responsável pelo enfraquecimento do Estado, da seguridade social e pela piora das condições de vida. Foi cobrada responsabilização do governo e seu compromisso social, em suas diferentes esferas de atuação, pela reversão do agudo quadro sanitário, incluindo as doenças bucais. As discussões ocorridas no evento permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no Brasil. Foi aprovado que a inserção da saúde bucal no SUS deveria ocorrer de forma efetiva, sob forte controle social, através dos conselhos de saúde, rompendo com modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levavam em consideração a realidade concreta¹¹.

A partir do funcionamento do SUS, várias propostas e programas surgiram na tentativa de operacionalizar seus princípios doutrinários e organizativos nos modelos assistenciais em saúde. A possibilidade de universalizar o acesso e de promover uma política de saúde equânime e integral demonstra as limitações dos modelos assistenciais em saúde bucal, caracterizados por serem excludentes, centrados em ações de caráter eminentemente curativo e sem participação popular nas arenas decisórias⁷⁶.

Nesse sentido, surgiu em 1995 o Programa Saúde da Família (PSF), que se constitui uma estratégia de reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, com vistas à vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde^{71, 76}.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizada pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. O PSF busca articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transeitoriais, além da ampliação do locus de

intervenção em saúde, incorporando em sua prática o domicílio e os espaços comunitários^{13, 23, 51}.

Outro aspecto relevante a ser mencionado é que o PSF pressupõe uma maior integração entre comunidade e equipes de saúde da família, atenuando a relação trabalhador-usuário, que dentro da perspectiva assegurada no princípio constitucional da participação da comunidade e Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990, deve ocorrer de forma a se colocar em prática o controle social, emergindo assim a cidadania e a participação política dos usuários, contribuindo para consolidação do SUS. A participação política se coloca como condição e instrumento indispensável à construção do direito ao exercício da cidadania^{23, 31, 32}.

A inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família foi impulsionada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados. A incorporação da saúde bucal no PSF ocorreu como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. O Programa Saúde Bucal da Família (PSBF) possibilitou universalizar a cobertura assistencial, estendendo os procedimentos coletivos até mesmo às populações desprovidas de acessos aos equipamentos coletivos de abastecimento ou excluídas dos coletivos tradicionalmente assistidos^{16, 76, 86}.

A prática odontológica no setor público passou a ter maior ênfase após sua inserção no Programa Saúde da Família (PSF). A Saúde Bucal passou a fazer parte das atividades preventivas intradomiciliares e a se utilizar dessas atividades para definir quem deve receber atenção (utilizando critérios de risco), bem como para organizar o fluxo de acesso à unidade básica de saúde¹¹.

A Saúde Bucal no PSF consolidou o conceito de vigilância à saúde bucal no SUS, abrangendo o acesso para além dos doentes, bem como se identificou com os paradigmas da promoção da saúde e das políticas saudáveis, realizando ações capazes de transcendência social e setorial, potencializadas por parcerias⁸⁶.

Baldani e colaboradores⁶ chamam atenção para fato da Odontologia não estar presente desde o início do programa, o que possivelmente ocasionou prejuízos no processo de integração com os outros profissionais, levando também à determinação de formas variadas de implantação das equipes de saúde bucal.

Outro fato discutido é que a inserção da saúde bucal no PSF objetivou garantir atenção integral aos indivíduos e às famílias, porém na prática o PSF tem ficado restrito à atenção básica, contrariando o princípio constitucional do atendimento integral que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este que muitas vezes não é assegurado em todos os lugares onde existe PSF⁴⁸.

Diante de todo processo de mudança e construção do sistema de saúde brasileiro, verifica-se a emergência de uma série de novos discursos no campo da Saúde Pública, tais como promoção de saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução da vulnerabilidade, entre outros, que trazem à tona a proposta de mudança das práticas sanitárias. Porém, a consolidação e desenvolvimento dessas novas práticas exigem transformações bastante radicais no modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos⁵.

Em Odontologia, a partir da década de 1990, passou-se a se falar em Saúde Bucal Coletiva, que predomina como concepção de prática odontológica no momento atual⁴⁷.

A Saúde Bucal Coletiva é entendida como um amplo campo de conhecimento e práticas que compreende a saúde bucal da população não apenas como resultado da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens. Essa nova concepção implica na ruptura epistemológica com a Odontologia de mercado, cujo marco teórico é baseado nos aspectos biológicos e individuais, desconsiderando em sua prática a determinação de processos sociais complexos^{47, 48, 74}.

“A Saúde Bucal Coletiva constitui uma prática social, libertária e orgânica à construção de uma sociedade de inclusão, democrática e livre, caracterizada pela construção de um modelo de saúde orientado pela universalidade, a equidade e a integralidade da atenção em saúde bucal, cujos agentes, formados com orientação ecológica, utilizam o método científico para conhecer estruturalmente as características epidemiológicas em que se dão os processos de saúde-doença bucal e que isto o faz através de uma abordagem e intervenção social democrática e participante, que define as políticas de saúde bucal como fazeres concretos para resolver os problemas de saúde-doença bucal integralmente e integrados a um conjunto de problemas gerais que caracterizam as dificuldades de um espaço social determinado para desenvolver-se plenamente”⁶⁰.

A definição de Saúde Bucal Coletiva (SBC) é ampla e irrestrita, abrangendo conceito de serviço, política, intervenção e participação⁵⁰. Para Narvai⁴⁶, embora o conceito de SBC não esteja vinculado *apenas* aos serviços de saúde é inegável que, mesmo projetando seu horizonte para tempos longínquos no futuro, a SBC tem a pretensão de transformar os serviços de saúde e os cuidados odontológicos produzidos na contemporaneidade. Essa é uma tarefa política cujo empreendimento requer o aporte de múltiplas disciplinas científicas, várias formas de conhecimento, engajamento, pactuação e, sobretudo, inequívoco posicionamento numa sociedade dividida em classes. A tarefa política da SBC não comporta neutralidade, muito menos admite as deformações de significado. É preciso, em decorrência, afirmar e reafirmar que é inerente à SBC uma dupla pretensão: de um lado, quer “desodontologizar” a saúde bucal; de outro, quer assegurar a todos acesso aos recursos de que necessitem para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano.

Para Souza⁷⁴, a Saúde Coletiva, como saber e prática, diferencia-se de suas antecessoras, entre outras coisas, pelo de ter emergido em uma inserção múltipla (de instituições acadêmicas, de serviços de saúde e movimentos sociais) no processo de reforma sanitária em curso no Brasil.

“Nesse locus coexistem antigos e novos saberes em disputa, nem sempre explícita, e em processo permanente de (des)construção provocados, cotidianamente, pelas demandas e pelos processos que se produzem nos serviços de saúde (lugar também de produção de saber, mas privilegiadamente produção de práticas de Saúde Bucal Coletiva) e na sociedade, para quem o objeto saúde bucal já não se restringe a um bem de consumo meramente odontológico e já se esboça como um direito de cidadania”⁷⁴.

Dentro do âmbito da SBC surge o termo bucalidade, formulado por Botazzo⁹. A bucalidade corresponde a um arranjo teórico-metodológico no qual são essenciais os trabalhos bucais identificados como manducação, linguagem e erotismo, definidos respectivamente como consumo do mundo para sobrevivência no plano natural, como produção e consumo de palavras e como relação amorosa e produção de atos bucais sexuais, propriedades essas que resgatam a beleza, a delicadeza, a voracidade e a potência desse território corporal (boca), destacando-o como território de afirmação da vida^{10, 74}. Souza⁷⁴ em uma denotação mais prática destaca que a bucalidade se constitui como potencial de ampliação das concepções sobre o adoecer bucal e, conseqüentemente, das práticas de saúde bucal.

“Bucalidade parece-me, pois, ter a potência de operar como um conceito-ferramenta capaz de colocar em xeque a restrição da clínica odontológica, convocando-a para necessidade de uma clínica em saúde bucal e mais que isto: de rejuntar saberes desta clínica ampliada com os da Saúde Bucal Coletiva”.

Para Botazzo⁹, a saúde não se esgota na forma clínica e a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por inteiro, oferecendo, dessa forma, infinitas possibilidades de produzir conhecimento a partir do referencial da bucalidade.

Diante desse contexto de novas práticas e conceitos, no ano de 2004, deflagrou-se um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas do governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares que resultou na realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3ºCNSB), onde participaram usuários, trabalhadores, prestadores e gestores de saúde. As propostas relatadas no evento se destinam a contribuir na construção de um Plano Nacional de Saúde que reflita os reais anseios da população brasileira sobre suas condições de vida com saúde, em que a atenção em saúde bucal deva estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde do atual governo. O tema central da 3ºCNSB foi “Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social”, sendo realizadas discussões sobre educação e construção da cidadania, controle social e gestão participativa, formação e trabalho em saúde bucal e financiamento e organização em saúde bucal^{11, 13}.

A 3ºCNSB ressaltou que as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são sinais de exclusão social e de precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país, decorrentes de problemas de saúde localizados na boca ou por imensas dificuldades para conseguir acesso aos serviços assistenciais¹³.

Souza⁷⁵ chama atenção para o contexto político em que ocorreu a 3ºCNSB, registrando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, representadas pelo projeto Brasil Sorridente, Política Nacional de Educação Permanente e Gestão do Trabalho, que trabalha na perspectiva do reordenamento da formação em saúde a partir do eixo norteado das práticas do SUS (equidade, integralidade, participação popular, intersetorialidade, hierarquização, regionalização e conceito ampliado de saúde) e Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde.

O Relatório Final da 3º CNSB⁴⁷ foi estruturado em quatro eixos, a saber:

- *Educação e construção da cidadania*: foi destacada a importância da promoção da equidade na atenção à saúde, por meio de redução das desigualdades regionais, da ampliação da oferta de ações de saúde, garantindo-se a universalização do acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias e geração, e populações itinerantes. Dessa forma, busca-se a viabilização do acesso a todos aos serviços odontológicos de média e alta complexidade.

- *Controle social e gestão*: criação de mecanismos para ampliação da participação dos gestores, trabalhadores e usuários nas instituições do SUS, além da instituição de eleição dos gerentes dos serviços de saúde pública pelos trabalhadores e usuários, acompanhados pelo Conselho Municipal de Saúde, implementando-se gestão colegiada nesse órgão e criando-se mecanismos de proteção contra a interferência de políticas partidárias nas questões técnicas de saúde.

- *Formação e trabalho em saúde*: entendeu-se que o sistema de ensino superior não está cumprindo seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. O relatório enfatiza que a formação dos trabalhadores de saúde deve ser orientada pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal, devendo ser conduzidas em debates com os organismos de gestão e de participação do SUS, resultando em autonomia do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados.

- *Financiamento e organização da atenção em saúde bucal*: deve haver uma ampliação e qualificação do acesso ao atendimento básico, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais, de difícil acesso e de fronteiras nacionais, com atendimento em horários que possibilite o acesso de adultos e trabalhadores a esse tipo de assistência.

Diante das discussões ocorridas até dado momento, o governo brasileiro deu início a outros debates que culminaram na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, significando um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal. Tal Política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos¹⁰.

O Programa Brasil Sorridente compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. São prioridades para saúde bucal no Brasil: ampliar a participação da saúde bucal no Programa Saúde da Família; ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e laboratórios regionais de próteses dentárias e ampliação da fluoretação da água de abastecimento público¹⁰.

Assim, a meta para o Brasil Sorridente é organizar um modelo de atenção à saúde bucal voltado para as “linhas do cuidado” da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência), onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. Nesse sentido, as diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção¹¹.

O contexto técnico e político parece ser favorável ao desenvolvimento de ações que priorizem a prática da Saúde Bucal Coletiva. Porém, é preciso que os envolvidos com a produção desses novos conhecimentos, e os gestores da área, não apenas conheçam esse novo conjunto de proposições, mas que o levem em consideração ao definir uma agenda para saúde bucal coerente com as necessidades daqueles cujas vontades se expressaram democraticamente na 3º CNSB⁴⁷.

A atual Política Nacional de Saúde Bucal atua na perspectiva de mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população. Propõe-se superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços ofertados, promovendo ampliação do atendimento e melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, aumentando o acesso aos

serviços odontológicos a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimento nos níveis secundário e terciário na área de saúde bucal¹¹.

Desse modo, diante das diversas políticas públicas vivenciadas pelo setor saúde no Brasil verifica-se que o grande desafio para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados⁶.

2.4. Acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil sob a ótica do processo de avaliação em saúde.

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria atividade do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise. A perspectiva da avaliação permite maior aproximação da realidade, vislumbrando a avaliação estreitamente atrelada aos processos de planejamento e gestão⁶⁷.

Para Santos e Merhy⁶⁶, a avaliação constitui parte fundamental no planejamento e gestão no sistema de saúde, sendo considerada um instrumento efetivo para reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Contandriopoulos¹⁸ destaca que:

“Existe amplo consenso quanto à idéia de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas, ou seja, que o ciclo de Deming – planejar, executar, avaliar, agir, no sentido de readaptar os conhecimentos em função do saber fornecido pela avaliação – deve passar a fazer parte da rotina. Esta idéia se traduz na necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, de criar uma verdadeira cultura de avaliação, permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências comprovadas”.

Dentro do campo da Saúde Pública, o processo de avaliação do sistema deve ter como sujeitos os dirigentes governamentais, os trabalhadores da saúde e a população, esta entendida não apenas como usuários ou consumidores dos serviços produzidos, mas como protagonistas na tomada de decisão e no controle e avaliação da gestão do sistema⁷⁹.

Takeda e Talbot⁷⁷ destacam que dentro do SUS “avaliar é uma responsabilidade”, da qual as instituições não podem se furtar de exercê-las. Concordando com Contandriopoulos¹⁸, ressaltam que a avaliação deve ser institucionalizada, ou seja deve ser incorporada ao sistema, possibilitando monitorar a capacidade dos serviços, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas, buscando retroalimentar as equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade.

Avaliar desigualdades no uso de serviços básicos de saúde implica, sobretudo, extrapolar os estudos de demanda para alcançar também os indivíduos fora do sistema, identificar possíveis focos de exclusão e compensar diferenças existentes. Os indicadores sugeridos para avaliar a existência de desigualdades na atenção à saúde estimam a chance dos indivíduos se tratarem quando acometidos por alguma doença ou de receberem cuidados específicos de proteção à saúde nos casos recomendados como imunizações, pré-natal e assistência ao parto⁷³. Ramos e Lima⁶² enfatizam a importância do reconhecimento técnico da perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde, o que permite repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento.

A existência e a persistências das desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde são os principais pontos de atenção das investigações acadêmicas e dos próprios administradores dos serviços de saúde⁸⁴.

Dados da pesquisa epidemiológica “Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Projeto SB Brasil” em 2003 revelam que 22% dos jovens residentes na Região Nordeste do Brasil nunca foram ao dentista, sendo que um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária, a qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes. A busca por serviços públicos foi maioria entre as faixas etárias estudadas¹⁴.

Em recente revisão sistemática realizada⁴³ onde se buscou realizar a pesquisa bibliográfica sobre o tema “acesso aos serviços de saúde” nas bases de dados do Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde, além da biblioteca virtual SciELO, os autores observaram, a partir de 18 artigos encontrados, diferentes obstáculos para acesso aos serviços de saúde, assim como também diferentes metodologias para abordagem do tema, predominando estudos realizados com base em dados secundários, principalmente a PNAD/98, de onde foram extraídas as análises. É importante destacar que os artigos encontrados pelos autores apresentam, predominantemente, amostras por conveniência, onde apenas 4 estudos descreveram amostras domiciliares. Foram escassos os dados sobre a

população rural. Quanto às barreiras de acesso aos serviços odontológicos, a pesquisa sugere a baixa escolaridade, baixa renda e escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltadas à população idosa brasileira. Para os autores, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade longínqua, devendo o acesso à atenção odontológica ser ampliado para grupos populacionais desfavoráveis economicamente e socialmente excluídos.

Silva e colaboradores⁷³ avaliaram as desigualdades sociais e o acesso aos serviços de saúde do município de Embu (SP). Os autores identificaram que é na população residente da periferia do município que se concentram as crianças não assistidas pelo programa local de saúde infantil e que existe maior heterogeneidade entre as famílias quanto à disponibilidade de outros recursos para os cuidados de saúde de suas crianças.

A Pesquisa Mundial de Saúde⁶⁹ realizada em 2003 em todo território nacional estima que 14% dos brasileiros perderam todos os seus dentes, e que o gradiente social é considerado um importante indicador para tal realidade. Os dados da referida pesquisa corroboram os dados do Projeto SB Brasil¹⁴, o que nos remete a análise dos fatores que podem estar ocasionando tal situação, entre eles o acesso aos serviços.

Ramos e Lima⁶² avaliaram o acesso em uma unidade de saúde em Porto Alegre (RS) sob a perspectiva da abordagem qualitativa. O estudo categorizou o acesso em: acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional. O primeiro entendido como a forma de deslocamento utilizada pelo usuário até os serviços de saúde demonstrou que a maioria dos usuários foi a pé à unidade, demonstrando a importância da proximidade entre o serviço de saúde e a residência do usuário. A avaliação do acesso econômico, caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento, mostrou que o custo de deslocamento, de procedimentos, de medicamentos e condição social atual são as maiores dificuldades encontradas. Em relação ao acesso funcional, definido como a entrada propriamente dita aos serviços de saúde, incluindo os tipos de serviços, os horários e qualidade do atendimento, os autores identificaram que os usuários esperam em torno de 5min a 1h25min desde o momento da chegada até o atendimento; existem dificuldades de obtenção de consulta clínica e ginecológica por falta de profissional e considerável insatisfação quanto à obtenção da consulta odontológica. Segundo as autoras, existe uma alta demanda reprimida e uma grande disputa, onde os usuários precisam permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento, exceção feita aos usuários da região que têm prioridade, indicando um sistema excludente e sem critérios de territorialização.

Junqueira³⁵ desenvolveu um estudo envolvendo indicadores socioeconômicos e a oferta de serviços odontológicos de municípios do Estado de São Paulo, na perspectiva do processo de avaliação das políticas públicas de saúde adotadas. Foi elaborada uma descrição da distribuição de recursos financeiros para a saúde e sua relação com os recursos humanos em saúde bucal, bem como foram verificadas associações entre indicadores sócioeconômicos com os recursos humanos, recursos materiais e a produção dos serviços odontológicos. Os resultados demonstraram que o número de profissionais, de equipamentos e de horas de trabalho aumenta quanto piores forem os indicadores de baixa renda e de analfabetismo. Verificou-se também que um maior número de procedimentos relaciona-se com os piores indicadores socioeconômicos.

Barros e Bertoldi⁷ avaliaram as desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos a partir de dados obtidos da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada em 1998. Os autores verificaram que 33% dos entrevistados consultaram um dentista no período de um ano anterior à entrevista e que 19% nunca tinham ido ao dentista. Ainda verificaram que a proporção de pessoas que nunca foram ao dentista foi 16 vezes maior entre os mais pobres, indicando forte associação entre condição sócio-econômica e acesso aos serviços de saúde bucal. Os autores sugerem a necessidade de realização de uma avaliação mais aprofundada da realidade nacional.

Em um estudo de base populacional com 3.100 adultos, moradores de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2003, que se pretendeu identificar as características individuais associadas à maior probabilidade de consultar o médico, os autores verificaram que estiveram associados à consulta ser do sexo feminino, hipertenso e ter estado hospitalizado no ano anterior, além do aumento de idade e pior autopercepção de saúde¹⁸.

Outro estudo de base populacional realizado no sul do País que objetivou verificar os fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais, demonstrou que a mulher, eventos estressantes, seguro saúde e médico de referência estavam significativamente associados à busca pela consulta médica. O estudo ainda enfatiza a existência de iniquidade no grupo mais pobre que pode ser modificada pela educação⁴².

Moreira e colaboradores⁴³ chamam atenção para as transições demográficas e epidemiológicas ocorridas no país, produzindo como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos, que segundo dados do recente *Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000*¹⁴ apresentam precária condição de saúde bucal. Os autores enfatizam que a saúde bucal desta parcela da população merece destaque,

pelo fato de que, historicamente, os serviços de saúde odontológicos não possuem como prioridade a atenção a esse grupo populacional.

Dessa forma, compreender a acessibilidade aos serviços de saúde bucal sob a perspectiva do processo de avaliação em saúde apresenta-se como interessante oportunidade para reflexão da atual forma de organização do sistema, visando o seu reordenamento e qualificação.

Nesse sentido, avaliar o sistema de saúde na perspectiva do usuário contribui para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando sempre um melhoramento dos mesmos⁶².

3. Proposição

Analisar a acessibilidade, com enfoque ao fator organizacional, dos serviços de saúde bucal do município de Santa Cruz – RN, procurando identificar:

- os fatores considerados como obstáculos à utilização dos serviços, tais como: localização, forma de organização e demora para obtenção do atendimento;
- a satisfação expressada pelos usuários dos serviços;
- a existência de processo de referência e contra-referência, buscando analisá-lo sob a ótica da integralidade em saúde bucal

4. Metodologia

4.1. Cenário do Estudo

Os dados referentes ao cenário do estudo foram obtidos no Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Cruz⁷⁰.

O presente estudo foi desenvolvido no município de Santa Cruz, localizado na região do Trairi do Estado do Rio Grande do Norte, distante 115 Km da capital do Estado, Natal. O referido município conta com uma população de 32.796 habitantes, constituindo sede de módulo para os municípios que compõem o Consórcio Intermunicipal de Saúde, constituído atualmente por 10 municípios: Santa Cruz, Campo Redondo, Jaçanã, Coronel Ezequiel, Lajes Pintada, São Bento do Trairi, Japi, Tangará, Sítio Novo e Serra Caiada.

O município conta com trinta principais comunidades rurais, sendo sua principal atividade produtiva caracterizada pela agropecuária, principalmente agricultura de subsistência e produção de frutas.

Em relação ao sistema de saneamento, 62,2% dos domicílios estão integrados com o sistema de esgoto, 19% ao céu aberto e 18,8% se constituem de fossa. No município, 77,3% dispõem de abastecimento de água encanada. Em relação à coleta do lixo, 76,1% é realizada pelo sistema público de coleta e 23,9% do lixo é posto em céu aberto, queimado ou enterrado³⁴.

Existem 58 estabelecimentos de ensino funcionando, sendo estes representados por instituições municipais, estaduais e federais. As principais atividades culturais desenvolvidas no município são representadas pela festa da padroeira, das personalidades, do reencontro, sete de setembro e emancipação política. Os serviços de saúde pública funcionam nos seguintes estabelecimentos: Hospital Regional Aluizio Bezerra, Hospital Universitário Ana Bezerra, dois centros de saúde, quatro postos de saúde na zona urbana, Clínica de Reabilitação Infantil (CRI) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), estão funcionando no município 10 Equipes de Saúde da Família (ESF) e seis Equipes de Saúde Bucal (ESB). É importante destacar que três ESB foram implantadas durante o processo de coleta de dados.

Os serviços de saúde bucal privados são representados por seis consultórios odontológicos.

4.2. Sujeitos da pesquisa e delineamento amostral

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os usuários dos serviços de saúde bucal, os quais foram abordados em seus domicílios. Visando a representatividade do município em estudo, foi considerado o setor censitário, definido como a menor unidade de análise utilizada pelo IBGE para as quais se pode dispor de dados socioeconômicos, constando de aglomerados de, em média, 300 domicílios.

Foram considerados usuários da zona urbana e rural. O cálculo amostral foi realizado considerando a “prevalência estimada do evento” representada pelo indicador “nunca foi ao dentista” + “foi ao dentista há mais de 3 anos” do Relatório do Projeto SB BRASIL¹⁴, utilizando-se a fórmula a seguir:

$$n = \frac{z^2 (1 - P)}{\varepsilon^2 P}$$

n – Tamanho da amostra;

Z – Valor da distribuição normal padrão correspondente ao nível de confiança de 95% desejado que é igual a 1,96;

P – Prevalência estimada do evento;

ε – Margem de erro

Dessa forma, foram considerados os seguintes valores para o cálculo amostral:

- Prevalência do evento “nunca foi ao dentista” + “foi ao dentista há mais de 3 anos” = 47,1%
- Taxa de não resposta = 20%
- Margem de erro = 15%

Aplicando os valores na fórmula do cálculo amostral, temos que **n = 194**.

Segundo metodologia descrita pelo Projeto SB Brasil¹⁴, foram analisados 10 setores censitários, sendo sorteados 9 setores na zona urbana, onde foram visitados 167 domicílios, número que corresponde a 86% da amostra, visto que essa porcentagem representa as pessoas que moram na zona urbana do município. Foi identificado um morador para responder as perguntas, ou seja, apenas um morador (selecionado aleatoriamente) respondeu ao

questionário. A abordagem aos usuários nos seus domicílios foi feita de forma ponderada, considerando as quadras presentes em cada setor censitário.

Ainda foram entrevistados 27 usuários moradores da zona rural (número que corresponde a 14 % da amostra já que esta porcentagem representa as pessoas que moram na zona rural do município), sendo escolhida por conveniência 1 comunidade rural. A zona rural não dispõe de instalações físicas para atendimento odontológico, sendo este é desenvolvido no espaço físico cedido pela Maçonaria, localizado na zona urbana.

Para efeito de complementação dos dados coletados a partir das entrevistas realizadas com os usuários, foram realizadas entrevistas (gravadas e transcritas) com outros atores envolvidos nos serviços de saúde do Município de Santa Cruz – RN, representados pelos Cirurgiões-Dentistas atuantes a mais de seis meses no município (rede pública) e gestor (representado pelo Secretário Municipal de Saúde). Essas entrevistas tiveram um caráter de complementação de informações visando contribuir no processo explicativo, já que esta pesquisa estrutura-se a partir dos relatos dos usuários.

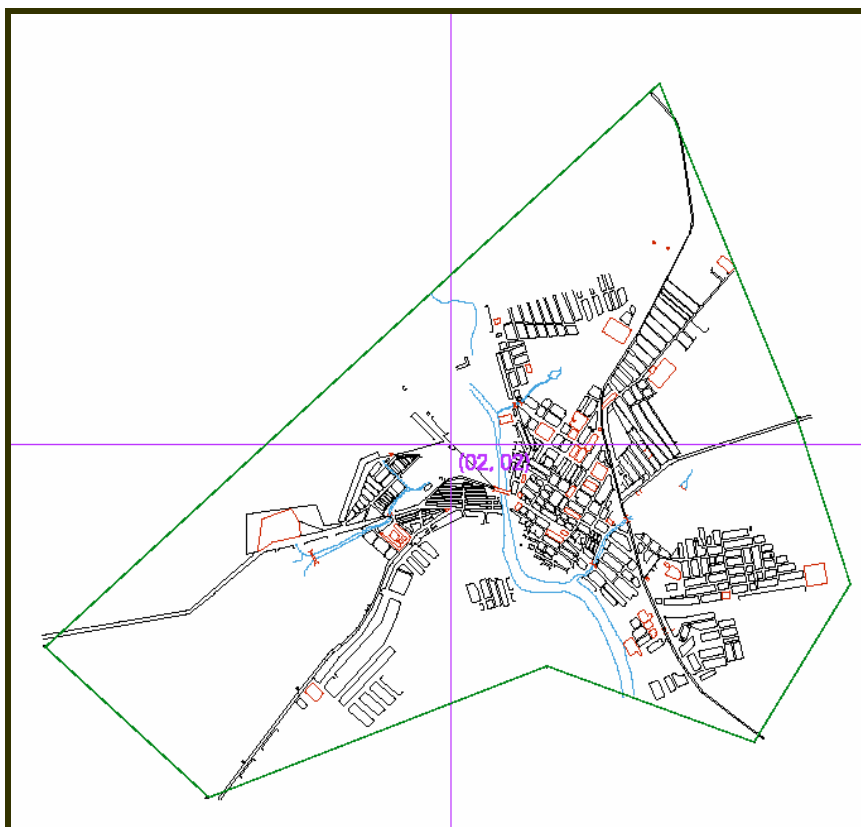


Figura 1. Ilustração do município de Santa Cruz (RN) sob a forma de cartograma, dividido em setores censitários. Fonte: IBGE³⁴.

4.3. Instrumento de Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas estruturadas através da aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas junto aos usuários. O questionário elaborado foi baseado na em pesquisa realizada pelo Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família¹⁷.

Seguindo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sendo aprovado sob o número de protocolo 125/06 (Anexo). Para execução das entrevistas o pesquisador inicialmente esclareceu aos informantes-chaves os objetivos da pesquisa, sendo apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo). Foi ressaltado que os respondentes e colaboradores diretos e indiretos da pesquisa se resguardarão ao direito de participar por sua livre e espontânea vontade, sem nenhum ônus para si ou para seu ambiente de trabalho.

4.4. Temas abordados nas entrevistas

Os temas abordados nas entrevistas com os profissionais e gestores encontram-se nos anexos C e D. Com relação à pesquisa junto aos usuários, os temas e suas respectivas categorias estão ilustrados no Quadro 1.

Quadro 1. Temas abordados nas entrevistas com os usuários dos serviços de saúde, Santa Cruz, RN, 2006.

Categoria	Temas
Perfil do informante.	Gênero; Escolaridade; ocupação Renda familiar.
Perfil de utilização dos serviços em diferentes faixas etárias.	Foram verificadas as características do padrão de atendimento entre os moradores do núcleo familiar nas diferentes faixas etárias.
Visita ao dentista.	Tempo da última visita ao dentista.
Tipo de serviço procurado.	Foi verificado o tipo de serviço procurado.
Satisfação do usuário	A satisfação dos usuários aos serviços ofertados.
Dificuldades para o atendimento	Foram verificadas as dificuldades expressadas pelos usuários quando da procura pelo serviço.
Resolutividade	Foi verificado se as ações executadas foram suficientes para resolver todos os problemas do usuário.
Sistema de referência e contra-referência.	Se o usuário necessitou de serviços de maior complexidade e foi referenciado e contra-referenciado.
Visita domiciliar.	Se o usuário recebeu em seu domicilio visita da equipe de saúde bucal.
Acolhimento	Se o usuário é bem acolhido na UBS.
Distribuição espacial da UBS	Se o usuário encontra alguma dificuldade quanto à distribuição espacial da UBS; Se possui transporte para o deslocamento até a UBS.
Participação no processo de gestão	Se o usuário participa ou conhece alguém que participa de reuniões para discutir problemas de saúde da comunidade.

4.5. Análise dos dados

O banco de dados da pesquisa foi construído na plataforma SPSS versão 13.0, com posterior verificação de consistência da digitação.

As variáveis obtidas pelo questionário foram categorizadas e expressas na forma de frequências absolutas e percentuais, compondo uma análise descritiva inicial. Em seguida, algumas associações foram testadas, considerando, como variáveis dependentes de interesse, aquelas relativas ao acesso aos serviços de saúde bucal. Como variáveis explanatórias, foram identificadas informações relativas às condições socioeconômicas e determinantes de caráter individual como faixa etária e gênero. Para verificação da significância estatística da associação foi utilizado o teste Qui-Quadrado, com $\alpha=0,05$.

5. Resultados e Discussão

A assistência pública dos serviços odontológicos no município de Santa Cruz (RN) é executada basicamente por seis profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família, PSF, onde quatro atuam na zona urbana e dois na zona rural. Ainda faz parte da prestação dos serviços públicos, a assistência exercida pelo Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), que funciona como unidade acadêmica, desenvolvendo suas ações de forma desarticulada com os serviços prestados pela prefeitura.

Em relação ao PSF, a carga horária destinada ao trabalho é de 40 horas, com exceção dos profissionais que atendem os usuários da zona rural, que por motivos operacionais desempenham suas atividades em 30 horas semanais, em tempo corrido.

Segundo o gestor do município, a contratação dos profissionais da saúde ocorre por meio de contrato temporário, sem realização de concurso público. Até dado momento, ainda não existe um plano de cargos e salários. As qualificações destinadas a esses profissionais se restringem aos cursos introdutórios desenvolvidos por outra instituição. É importante destacar que os profissionais atuantes não apresentam formação acadêmica na área de atuação, Saúde Coletiva.

Em estudo também realizado em um município de pequeno porte, Pompeu (MG), onde se buscou avaliar alguns aspectos da inclusão da Saúde Bucal no PSF pelo olhar dos usuários, as autoras verificaram despreparo da equipe e a falta de um treinamento e capacitação. Foi observado que o processo de contratação é feito sem concurso público e o que o favorecimento político para a ocupação dos cargos é marcante⁴.

As informações obtidas através da entrevista com o gestor mostra que são características do financiamento setorial: gasto de 40% da receita municipal com o setor saúde, porém a infra-estrutura disponível para execução das ações de saúde bucal apresenta-se insuficiente, não sendo utilizado a participação de ações conveniadas (setor privado) para complementar as ações necessárias.

No que se refere às características dos usuários, observa-se que a amostra estudada foi composta, em sua maioria, por mulheres (75,8%), fato que pode limitar a interpretação de alguns dados, atuando como fator de confusão, já que as mulheres tendem a procura com mais frequência os serviços de saúde, dado constatado por Capilheira e Santos¹⁸. Outro motivo que pode ter determinado o grande número de pessoas do gênero feminino é que a pesquisa foi

realizada em domicílio e, culturalmente, as mulheres tendem a ficar mais tempo em suas casas, desempenhando suas atividades domésticas.

É importante destacar que a amostra foi intencionalmente planejada para ser composta por 86,1% de moradores da zona urbana, já que esse é o percentual de pessoas que residem nessa área segundo o IBGE³⁴.

Grande parcela da amostra apresenta condições socioeconômicas desfavoráveis. Foi encontrado que dos usuários entrevistados, 77,8% pertencem às classes sociais D e E, quando avaliados segundo o Critério Brasil¹. Ainda foi verificado que 55,2% detêm uma renda, tida como o somatório de todo o ganho da família do domicílio estudado, de 1 a 2 salários mínimos.

A pesquisa realizada pelo IBGE em 1998, PNAD, mostrou que a proporção de pessoas que nunca foram ao dentista é 16 vezes maior entre os mais pobres⁷. Esse fato evidencia que deve haver um planejamento adequando do setor saúde, buscando ampliar o acesso, principalmente em locais de alta concentração de pessoas com condições socioeconômicas desfavoráveis.

Tabela 1. Caracterização dos usuários dos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006.

Variáveis estudadas	Categorias	Frequências	
		N	%
Gênero	Feminino	147	75,8%
	Masculino	47	24,2%
Faixa etária	Até 30 anos	59	30,4%
	31 a 40 anos	48	24,7%
	41 anos e mais	87	44,8%
Área de moradia	Zona Urbana	167	86,1%
	Zona Rural	27	13,9%
Ocupação	Sem salário	101	52,1%
	Outros	93	47,9%
Renda	< 1 salário mínimo	67	34,5%
	1 a 2 salários mínimos	107	55,2%
	3 ou + salários mínimos	20	10,3%
Condição socioeconômica	B ₂ e C	43	22,2%
	D e E	151	77,8%

Com relação à utilização dos serviços de saúde bucal, verificou-se que 12,9% dos entrevistados nunca tinham ido ao dentista, (Fig. 2), dado bastante semelhante ao encontrado no último levantamento epidemiológico realizado no Brasil na área de saúde bucal, Projeto SB Brasil, o qual demonstrou que 13,43% da população brasileira, na faixa etária de 15 a 19 anos nunca visitaram o dentista, sendo que, no Nordeste do país, esse número chega a 21,65%. Destaca-se que nunca ter consultado o dentista é um indicador bastante negativo relacionado à falta de acesso aos serviços odontológicos⁵⁶.

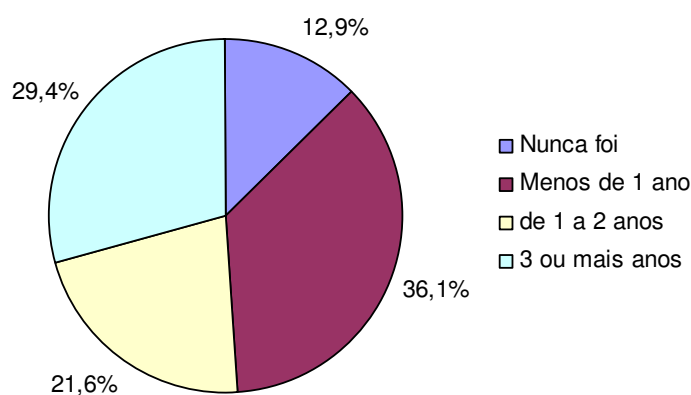


Fig. 2. Tempo desde a última consulta com o dentista. Santa Cruz (RN), 2006.

Segundo dados da PNAD 2003, observa-se que no Estado do Rio Grande do Norte 18,1% dos indivíduos nunca consultaram o dentista, havendo uma redução de 12,1% dessa prevalência quando comparados com os dados da PNAD de 1998. Tal redução pode ser resultado de maior investimento em políticas e programas de saúde bucal no País e relacionados ao tempo de implantação do SUS. Percebe-se que ocorreu uma melhoria na oferta de serviços, muito embora não esteja diretamente relacionada à melhoria na qualidade deste atendimento⁵⁶.

Vale ressaltar que os dados da nossa pesquisa foi obtidos a partir de entrevistas com pessoas adultas, enquanto que os inquéritos nacionais (SB Brasil 2003 e PNAD de 1998 e 2003) foram realizados abrangendo todas as faixas etárias. Há uma menor chance de nunca ter consultado o dentista para todas as faixas etárias em comparação com as crianças menores de

cinco anos⁵⁶. Isso explica a menor prevalência de pessoas que nunca foram ao dentista no nosso estudo

Para se obter condição favorável para uma boa saúde bucal, preconiza-se que os indivíduos visitem o dentista frequentemente⁵⁶. Os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS, utilizados pelo MS, são de uma consulta a cada dois anos até duas consultas odontológicas ao ano¹⁵.

É importante destacar que o serviço público apresenta-se como o mais utilizado pela população. Isso ocorre, provavelmente, pelo fato da população estudada encontrar-se inserida nas classes sociais menos favorecidas (D e E).

Na população residente em Santa Cruz (RN), 63,3% encontram algum tipo de dificuldade para atendimento odontológico, havendo uma significativa associação entre a existência de dificuldades para conseguir o atendimento, bem como a longa espera pelo mesmo e a procura pelos serviços públicos de saúde bucal ($p < 0,001$). As dificuldades expressadas pelos usuários encontram-se na Figura. 3.

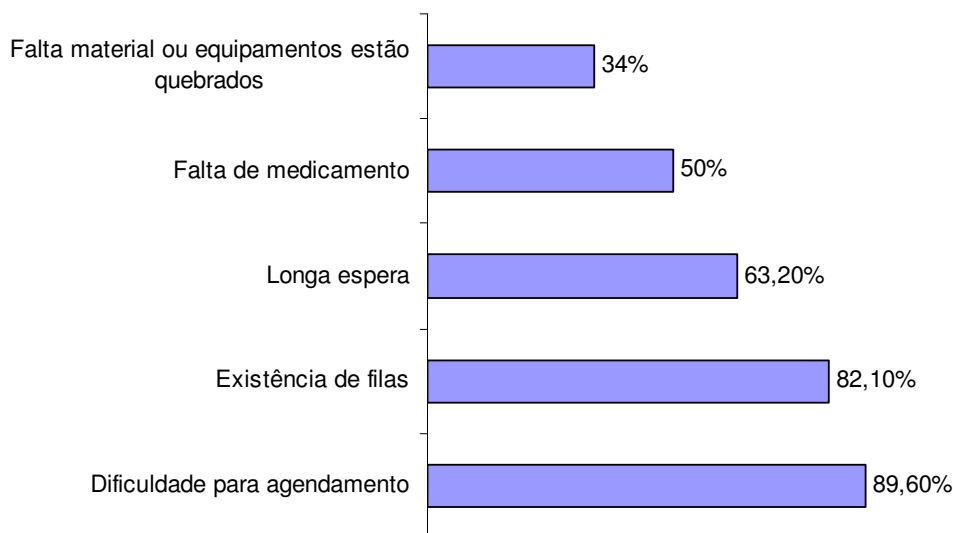


Fig. 3. Dificuldades encontradas pelos usuários quando da procura pelo atendimento odontológico. Santa Cruz (RN), 2006.

Mais de 70% dos usuários relatam existir algum tipo de dificuldade quando da procura pelo atendimento de urgências, sendo a longa espera pela consulta a mais citada (Fig. 4). No ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) lançou “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”,

onde afirma que nas situações de urgência/emergências, o atendimento deverá ocorrer de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema¹². Assim, quando 28% dos usuários afirmam que não são atendidos em situações de urgências sem prévia marcação, percebe-se inadequação do processo de trabalho, onde os direitos dos usuários não são exercidos.

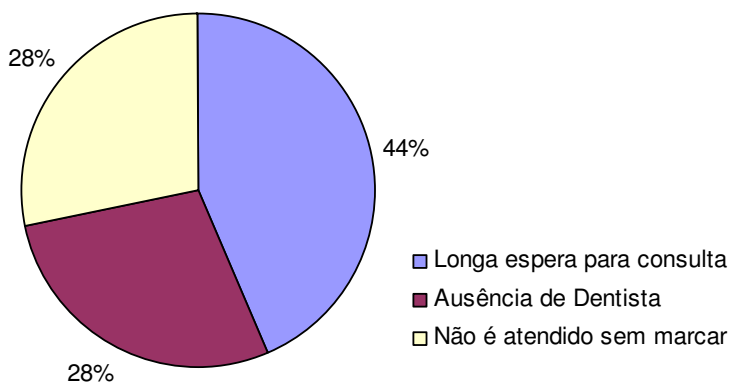


Fig. 4. Dificuldades encontradas pelos usuários quando da procura pelo serviço de urgência odontológica. Santa Cruz (RN), 2006.

O atendimento ocorre através do sistema de demanda aberta, sendo a marcação executada pela Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) na zona urbana e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no caso da zona rural.

“Na minha equipe são com os agentes comunitários de saúde, porque justamente por conta dessa dificuldade deles virem. Não tem como eles virem um dia pra marcar e um dia pra vir atender..., então pra essa população é ônus muito alto. Eles não têm como vir pra marcar e depois pra ser atendido. A marcação é mensal...” (Profissional da zona rural).

“Antes era marcado aqui pela coordenadora do posto, mas agora depois que a gente tá aqui é a atendente do consultório. São 20 fichas por dia, 10 pela manhã e 10 à tarde”. (Profissional da zona urbana).

O MS preconiza que o acesso deve se dá próximos ao local de moradia (BRASIL, 2006), porém 23,2% dos usuários encontram algum tipo de dificuldade para chegar a Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse dado retrata que a disposição geográfica das unidades de saúde deve ser melhor planejada. Para os profissionais, com exceção dos que trabalham para a zona rural, as instalações (unidades de saúde) se encontram bem localizadas. Torna-se interessante destacar que nenhum profissional sabe ao certo o número de famílias adscritas à sua área de atuação.

Segundo Ungelt⁸², a localização geográfica da UBS interfere na acessibilidade, sendo esta por sua vez é um pré-requisito fundamental para se garantia de atendimento. Já Ramos e Lima⁶² acreditam que a proximidade geográfica entre a moradia do paciente e o serviço de saúde não se constitui no elemento central determinante de sua escolha, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento.

Como reflexo da inexistência de centro de referência para atendimento odontológico mais especializado verificou-se que 92,9% dos entrevistados nunca foram encaminhados para realização de consulta odontológica mais especializada, demonstrando ausência de resolutividade do sistema vigente, fator decisivo para obtenção de um estado de saúde pautado na integralidade da atenção.

Segundo os profissionais, o funcionamento do sistema de referência e contra-referência ocorre de forma pontual, representado pelos serviços prestados pelas atividades desenvolvidas na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), seja nas clínicas pertencentes ao Curso de Odontologia (Natal), seja pelo ambulatório de Odontologia do Hospital Universitário Ana Bezerra (Santa Cruz).

“Olha, o grande problema tá aí. É o calcanhar de Aquiles...”
(Profissional da zona urbana)

“A única coisa que eu faço aqui é quando precisa de um Raio X, solicita e encaminha pro Ana Bezerra, mas ainda assim eu não tenho retorno. Se vão não voltam, muito raro chegar um Raio x aqui”.
(Profissional da zona rural).

O gestor relata que as ações de média e alta complexidade são representadas apenas pela “parceria” com o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Os usuários dispõem apenas dos serviços enquadrados na atenção básica.

Torna-se importante destacar que o HUAB atua no município como uma unidade acadêmica que presta assistência odontológica de baixa complexidade, sem o compromisso de assumir a posição de local de referência, já que não dispõe de capacitação técnica e nem estrutura física para tanto. Como o serviço público de saúde bucal de Santa Cruz é desenvolvido exclusivamente através das estratégias do Programa Saúde da Família, e que este está baseado no princípio do vínculo e cuidado, é importante ressaltar que 96,9% dos usuários entrevistados nunca receberam a visita de um profissional de saúde bucal em sua residência, evidenciando ausência de adequação das práticas desenvolvidas.

Quase 76% dos usuários relataram nunca terem participado de atividades educativas em saúde bucal. Esse dado reforça a idéia de que o processo de trabalho dentro do PSF deve ser repensando. Em entrevista realizada com os profissionais pôde-se observar que as atividades de abrangência coletiva são representadas pelas palestras, executadas de maneira não sistemática, onde basicamente são utilizados os espaços restritos aos ambientes das unidades básicas de saúde. Como o atendimento aos usuários da zona rural é realizado em instalações presentes na zona urbana, as atividades de abrangência coletiva não são executadas.

“Não tem condição, porque, pela dificuldade da zona rural, tanto deles virem, quando eles vêm querem o atendimento propriamente dito, ou se a gente vai até eles, eles também querem atendimento”.
(Profissional da zona rural 1).

“A gente deveria ir pras escolas da zona, mas a gente ainda tem toda uma dificuldade de transporte, de tudo...” (Profissional da zona rural 2).

Um dado bastante curioso diz respeito ao acolhimento, 88,1% dos entrevistados se sentem bem acolhidos quando procuram os serviços das UBS. Tal dado despertou reflexão sobre o assunto. O termo acolhimento pode ter sido mal interpretado pelos usuários, possivelmente sendo compreendido como o ato de “ser bem recebido”, ou seja, ser cordialmente recepcionado pelos profissionais que atuam nas unidades básicas. Essa incompreensão, possivelmente, foi ocasionada pela maneira como o entrevistador conduziu a pesquisa. Uma avaliação de cunho mais qualitativo seria necessária para elucidar a questão do acolhimento na perspectiva do usuário.

Para Carvalho e Campos¹⁹ existe uma estreita relação entre acolhimento e utilização dos serviços de saúde. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda, havendo

uma responsabilização pelos seus problemas. Ela deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassar a etapa do acesso⁶⁵.

Franco e colaboradores²⁸ destacam que o acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento dos serviços de saúde, devendo este ser organizado de forma usuário-centrado, buscando: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Gomes e Pinheiro³⁰ enfatizam a idéia de que, dentro das propostas do PSF, o momento do acolhimento pode constituir-se em possibilidades de efetivação das ações que promovam promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos.

Segundo Takemoto e Silva⁷⁸, os objetivos do acolhimento são: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. Silva Júnior e Mascarenhas (2004) entendem o acolhimento como reformulador do processo de trabalho, onde os problemas são pontuados e são oferecidas soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

O controle social é tido como instrumento de regulação e participação permanente da sociedade sobre os serviços de saúde, porém em Santa Cruz (RN), 92,7% dos usuários não participam e nem conhecem alguém que participa de grupos que se reúnem para discutir as políticas públicas de saúde desenvolvidas no município. Torna-se interessante destacar que nenhum profissional participa de grupos de discussões que objetivam exercitar a prática do controle social.

No estudo de Andrade e Ferreira⁴, foi observado que em Pompeu (MG) a prática do controle social não ocorre, já que os usuários tiveram dificuldade de reconhecer o PSF. Para as autoras, a construção de uma estratégia como a Saúde da Família deveria ocorrer juntamente com a comunidade que será assistida pelo programa, contemplando um dos princípios do SUS, que é a participação da comunidade.

Mesmo diante de todas as dificuldades encontradas pelos usuários, 65,7% dos entrevistados relataram encontrar resolutividade para seus problemas, e ainda, 65,4% classificam os serviços disponíveis como “Bom ou Ótimo”. É importante destacar que para os usuários o conceito de “resolutividade” pode significar apenas resolução de um problema perceptível pelos mesmos.

No estudo realizado em Pompéu (MG), em relação a resolutividade, a necessidade de mais vagas para o atendimento cirúrgico-restaurador e a falta do tratamento reabilitador no serviço foram as principais queixas. Quando as necessidades não são resolvidas no serviço local, não há um esquema de referência/contra-referência e os problemas ficam sem solução, já que não há como os usuários pagarem um tratamento no serviço privado. Para as autoras, devido ao fato de o modelo de saúde de Pompéu estar repetindo o modelo tradicional, centrado na doença, e em função da grande demanda reprimida por anos de inexistência de qualquer tipo de atenção, os problemas da população não são resolvidos e as queixas são muito freqüentes.

Vargas e Paixão⁸³ em estudo de cunho qualitativo sobre perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte, verificaram que Alguns pacientes consideraram o acesso ao tratamento odontológico muito difícil. Tal observação se justifica uma vez que os procedimentos de atenção básica (restaurações plásticas, exodontias, curativos, raspagens e polimentos) são de baixa resolutividade para a necessidade de tratamento dos adultos, que precisam, na maioria das vezes, de tratamentos endodônticos, periodontais, próteses unitárias, parciais removíveis e totais.

82% dos usuários acham que o número de Cirurgiões-Dentistas atuantes no município é insuficiente.

Na tentativa de identificar os principais fatores condicionantes para o acesso aos serviços de saúde bucal, foi realizada uma análise de associação considerando o acesso propriamente dito (“nunca foi” e “foi pelo menos uma vez”), a freqüência de visita (“menos de 1 ano” e “de 1 a 2 anos”) e o motivo da procura (“quando sente dor”, “quando precisa” e “regularmente”), como variáveis dependentes. Como variáveis explanatórias, consideraram-se duas dimensões: as características individuais e as condições socioeconômicas. Os resultados estão expressos nas Tabelas 2 a 7.

Com relação às características individuais, a análise estatística mostrou que o acesso aos serviços de saúde bucal é influenciado pelo gênero do usuário ($p=0,001$, Tabela 3). Esse resultado corrobora aos achados de Capilheira e Santos¹⁸ quando estudaram a associação entre os fatores individuais e a utilização de consultas médicas. É válido destacar que em ambas as pesquisas, a amostra foi composta em sua grande maioria por mulheres, fato que pode estar influenciando o resultado encontrado.

A associação do gênero feminino à maior utilização dos serviços de saúde, confirmada na literatura por alguns estudos^{22, 42, 54, 81}, pode ser explicada pelo fato de que as mulheres percebem potenciais riscos para a saúde mais facilmente que os homens, já que teriam mais acesso a informações de saúde⁸¹.

Tabela 2. Acesso aos serviços de saúde bucal segundo as características individuais dos usuários, Santa Cruz, RN, 2006.

Variável		Acesso aos serviços de saúde bucal				Qui ²	p
		Nunca foi		Foi pelo ao menos uma vez			
		N	%	n	%		
Faixa Etária	Até 30 anos	7	28,0%	52	30,8%	0,125	0,939
	31 a 40 anos	6	24,0%	42	24,9%		
	41 anos e mais	12	48,0%	75	44,4%		
Gênero	Masculino	13	52%	34	20,1%	12,059	0,001
	Feminino	12	48%	135	79,9%		

Foi verificado que existe uma estreita relação entre frequência de utilização dos serviços odontológicos e a faixa etária dos usuários ($p=0,014$, Tabela 3), onde indivíduos de menor idade tendem ir mais vezes ao dentista, dado confirmado pelas pesquisas realizadas por Barros e Bertoldi⁷, Capilheira e Santos¹⁸ e Pinheiro e colaboradores⁵⁷.

Tabela 3. Frequência de visita ao dentista segundo as características individuais dos usuários. Santa Cruz, RN, 2006.

Variável		Frequência de visita ao dentista				Qui ²	p
		Menos de 1 ano		De 1 a 2 anos			
		N	%	N	%		
Faixa Etária	Até 30 anos	28	40,0%	24	24,2%	8,490	0,014
	31 a 40 anos	20	28,6%	22	22,2%		
	41 anos e mais	22	31,4%	53	53,5%		
Gênero	Masculino	17	24,3%	17	17,2%	1,291	0,256
	Feminino	53	75,7%	82	82,8%		

Segundo dados do SB Brasil, a dor foi o maior motivo de procura pelas consultas odontológicas em todas as faixas etárias¹⁴. Em nosso estudo, a maioria dos usuários (49%) procura o serviço quando “acham que precisa”, evidenciando maior conscientização por parte da população da importância da saúde bucal. Porém, não foi observada associação entre os determinantes individuais de procura pelo atendimento odontológico e variáveis como a faixa etária e gênero (Tabela 4).

Tabela 4. Determinantes individuais que influenciam a procura pelo dentista, Santa Cruz, RN, 2006.

Variável		Razões da procura pelos serviços de saúde bucal						Qui ²	p
		Quando sente dor		Quando precisa		Regularmente			
		n	%	n	%	N	%		
Faixa Etária	Até 30 anos	12	21,4%	33	34,7%	7	38,9%	4,435	0,350
	31 a 40 anos	18	32,1%	20	21,1%	4	22,2%		
	41 anos e mais	26	46,4%	42	44,2%	7	38,9%		
Gênero	Masculino	14	25,0%	18	18,9%	2	11,1%	1,820	0,402
	Feminino	42	75,0%	77	81,1%	16	88,9%		

A estreita relação entre as condições de saúde bucal e as condições socioeconômicas as quais as pessoas estão inseridas tem sido relatada por diversas pesquisas^{38, 44, 55, 57, 73}.

As informações referentes às condições de saúde bucal da população brasileira decorrente do levantamento epidemiológico realizado em 1986 já demonstraram que as

pessoas pertencentes aos estratos sociais mais baixos possuíam menos dentes restaurados e maior percentual de dentes cariados ou extraídos quando comparados com os de renda mais alta⁶⁴.

As tabelas 5, 6 e 7 ilustram os resultados para associação entre as condições socioeconômicas e acesso aos serviços de saúde bucal, onde não foi verificada significância estatística entre as variáveis estudadas e os desfechos. Porém, é sabido que as condições de vida podem influenciar a busca pelo atendimento, e este se traduzir em condições de saúde bucal, fator que não foi investigado por esta pesquisa.

Melo³⁸ analisou e correlacionou o acesso aos serviços odontológicos para faixa etária entre 15 e 19 anos, levando em consideração indicadores de desenvolvimento humano, de desigualdade, de intensidade de pobreza, condições de saúde bucal e oferta dos serviços odontológicos. A autora observou que a condição econômica e necessidade de tratamento são fatores determinantes para utilização dos serviços e que as medidas de superação desse obstáculo devem ocorrer em nível da sociedade e não apenas do com aumento na oferta dos serviços.

Tabela 5. Determinantes socioeconômicos do acesso aos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006.

Variável		Acesso aos serviços de saúde bucal					
		Nunca foi		Foi pelo ao menos uma vez		Qui ²	P
		N	%	N	%		
Área	Urbana	20	80,0%	147	86,1%	0,886	0,347
	Rural	5	20,0%	22	13,9%		
Ocupação	Sm renda	11	44,0%	90	53,3%	0,747	0,387
	Com renda	14	56,0%	79	46,7%		
Renda	< 1 SM	13	52,0%	54	32,0%	4,290	0,117
	1 a 2 SM	11	44,0%	96	56,8%		
	3 ou mais SM	1	4,00%	19	11,2%		
Densidade Domiciliar	Baixa	13	52,0%	88	52,1%	0,000	0,995
	Alta	12	48,0%	81	47,9%		
Classe social	B ₂ e C	2	8,00%	41	24,3%	3,338	0,068
	D e E	23	92,0%	128	87,1%		

Tabela 6. Determinantes socioeconômicos da frequência de visita ao dentista, Santa Cruz, RN, 2006.

Variável		Frequência de Visita ao Dentista				Qui ²	P
		Menos de 1 ano		1 ano ou mais			
		N	%	N	%		
Área	Urbana	60	85,7%	87	87,9%	0,170	0,680
	Rural	10	14,3%	12	12,2%		
Ocupação	Sem renda	32	45,7%	58	58,6%	2,729	0,099
	Com renda	38	54,3%	41	41,4%		
Renda	< 1 SM	28	40,0%	26	26,3%	3,560	0,169
	1 a 2 SM	35	50,0%	61	61,6%		
	3 ou mais SM	7	10,0%	12	12,1%		
Densidade Domiciliar	Baixa	32	45,7%	56	56,6%	1,935	0,164
	Alta	38	54,3%	43	43,4%		
Classe social	B ₂ e C	13	18,6%	28	28,3%	2,105	0,147
	D e E	57	81,4%	71	71,7%		

A percepção dos usuários quanto à necessidade de busca pelo atendimento odontológico apresenta-se como importante indicador que pode determinar a utilização dos serviços, podendo ser influenciada por medidas de educação em saúde. Os usuários do município de Santa Cruz (RN) buscam o atendimento, em sua maioria, quando “acha que precisa” ir ao dentista, sendo esta percepção não influenciada por fatores socioeconômicos (Tabela 7), o que pode evidenciar maior acesso às informações em saúde.

Tabela 7. Determinantes socioeconômicos que determinam a procura pelos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006.

Variável		Razões da procura pelos serviços de saúde bucal							
		Quando sente dor		Quando precisa		Regularmente		Qui ²	p
		N	%	n	%	N	%		
Área	Urbana	38	90,5%	51	86,4%	8	80,0%	0,907	0,636
	Rural	4	9,5%	8	13,6%	2	20,0%		
Ocupação	Sem renda	20	47,6%	28	47,5%	1	10,0%	5,197	0,074
	Com renda	22	52,4%	31	52,5%	9	90,0%		
Renda	< 1 SM	13	31,0%	19	32,2%	3	30,0%	4,246	0,374
	1 a 2 SM	27	64,3%	30	50,8%	5	50,0%		
	3 ou mais SM	2	4,8%	10	16,9%	2	20,0%		
Densidade domiciliar	Baixa	13	31,0%	32	54,2%	5	50,0%	5,483	0,065
	Alta	29	69,0%	27	45,8%	5	50,0%		
Classe social	B ₂ e C	12	28,6%	14	23,7%	2	20,0%	0,464	0,793
	D e E	30	71,4%	45	76,3%	8	80,0%		

A estruturação do modelo da assistência pública dos serviços de saúde bucal no município de Santa Cruz (RN) ocorre através de ações que contemplam os ideais do modelo de práticas voltado para o curativismo, onde os usuários atuam apenas como coadjuvante do processo.

O Ministério da Saúde tem incentivado o processo de mudança através da implantação da Estratégia Saúde da Família, porém os programas são implantados de forma vertical, sem prévio planejamento e adequação. Mas, mesmo diante da constatação desse fato, o momento é oportuno para aquisição e consolidação de novas práticas, estando os profissionais, gestores e usuários abertos e preparados para enfrentar os novos desafios.

6. Considerações Finais

A implantação do Programa Saúde da Família significa um marco na mudança de foco da atenção à saúde bucal, que visa avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo. Porém, ainda são poucas as pesquisas que se destinam a avaliar seu impacto na saúde das pessoas, gerando dúvidas e expectativas quanto à sua funcionalidade.

Assim, avaliar a acessibilidade na perspectiva do usuário dos serviços de saúde permite a compreensão de fatores que podem estar dificultando ou facilitando a utilização dos serviços em todos os níveis de atenção. Tal prática favorece a tomada de decisão quanto à reorganização das políticas públicas de saúde desenvolvidas.

No Brasil, diversos municípios já aderiram ao PSF, e em muitos casos, este se apresenta como a única forma de prestação pública de saúde, o que gera grande expectativa de mudança e melhoria. Porém, sabe-se que a simples implantação de um programa não promove, necessariamente, impacto satisfatório na saúde das pessoas. É preciso que haja, incorporação de novos conceitos, adequação de práticas, gestão compromissada, além de outros fatores técnicos que podem estar influenciando na execução das atividades.

Existe uma grande semelhança do município estudado e o restante do país quando se observa o número de indivíduos que nunca utilizaram os serviços de saúde bucal. Esse fato reforça a idéia de que o este estudo, apesar de ser realizado em um município isoladamente, pode ser utilizado como inferência para outras localidades. Existem, claramente, diferenças socioeconômicas e culturais entre as regiões geográficas brasileiras, porém a influência das políticas públicas desenvolvidas ao longo dos anos apresenta-se como determinante do modo de organização dos serviços de saúde.

A forma de implantação do PSF e a execução das práticas de saúde bucal não foram objetos de estudos desta pesquisa, porém a partir das respostas obtidas das entrevistas com os usuários pôde-se observar que existe uma grande lacuna entre os princípios e diretrizes defendidos pelas estratégias saúde da família e a utilização dos serviços pelos usuários. Essa constatação é representada pela considerável parcela da população que não tem acesso aos serviços de saúde bucal e pelas diversas dificuldades enfrentadas pelos usuários quando da busca pelo atendimento.

Essa falta de acesso é muito bem representada pelos os dados que retratam as dificuldades para se conseguir um consulta, seja ela eletiva ou de urgência, pela inexistência de uma atendimento integral, já que não os casos mais complexos não são referenciados, pela

falta de participação dos usuários nas tomadas de decisão, evidenciando um controle social defasado, bem como por alguns indicadores de ordem sócio-demográficos, como gênero, idade e condições sociais.

Assim, entendendo que a acessibilidade organizacional apresenta-se influenciada por fatores ligados aos modos de organização dos recursos destinados à assistência à saúde, os dados obtidos nesta pesquisa permitem concluir que acessibilidade aos serviços de saúde bucal desenvolvidos no município de Santa Cruz (RN) apresenta-se prejudicada por fatores ligados à organização das políticas públicas desenvolvidas, principalmente no que se refere ao processo de trabalho executado.

Diante de todos os fatores que estão afetando a acessibilidades aos serviços de saúde bucal é fácil perceber que medidas de reflexão e planejamento são necessárias, devendo ocorrer de forma que usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços possam participar, favorecendo tomadas de decisões compatíveis com a realidade localmente observada, traduzindo-se em ações de cidadania.

Há de se considerar que em se tratando de saúde bucal, um grande passo foi dado através da implantação da atual política nacional destinada ao setor, porém, é necessário que haja, além de incentivos para implantação de novas políticas públicas de saúde bucal, um maior suporte e capacitação técnica para os trabalhadores da saúde, traduzindo-se em mudanças efetivas no modo de produção e organização do sistema de saúde. Talvez, esse seja o grande desafio a ser enfrentado.

Referências

1. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2003. Disponível em: www.abep.org. Acesso em: 2006 jun..
2. Acurcio EA, Guimarães, MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 1996; 12: 233-242.
3. Andrade, LOM. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; 2001.
4. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. 2006; 11(1): 123-130.
5. Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface – Comunic saúde educ* 2003/2004; 8 (14): 73-92.
6. Baldani MH, Fadel CB, Passamai T, Queiroz MGS. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (4): 1026-1035
7. Barros JDA, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (4): 709-717.
8. Bertolli Filho C. História da Saúde Pública no Brasil. 2º ed. São Paulo: Ática, 1998. 71p.
9. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (1): 7-17.
10. Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec-Fapesq; 2000.
11. Brasil, Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registro de uma Conquista Histórica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.72.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde: Ministério da Saúde; 2006. p. 8.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3º Conferência Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final, Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 148.

14. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1101, de 12 de Junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>. Acesso em 2006 jun. 15.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 267, de 06 de Março de 2001, Publicada do DOU de 07/03/2001, secção 1, p. 67.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva. Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), estudos de linha de base – Lote 1- Nordeste. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
18. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Revista Saúde Pública* 2006; 40 (3): 436-443.
19. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* 2000; 16: 507-15.
20. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 705-701.
21. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev.Sociol Polit*,2002; 18: 49-71.
22. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31 (4): 360-9.
23. Crevelim, MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 (2): 323-331.
24. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
25. Fekete MC. Texto elaborado para o projeto Gerus. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto

- Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil, p. 177-184, 1995.
26. Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (1): 69-76.
 27. Feurwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9 (18): 489-506.
 28. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processo de tralho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1999. 2 (15): 345-353.
 29. Gerschman S, Santos MAB. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2006; 21 (61): 177-190.
 30. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, saúde e Educação*. 2005; 9 (17): 287-301.
 31. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 797-805.
 32. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MCPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14 (1): 15-39.
 33. Houaiss A, Villar M. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
 34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações em saúde. Demográficas e socioeconômicas* 2000., Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B379C6D0E0F359G23H0I1Jd6L26M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/aag>. Acesso em 2007 jan. 15.
 35. Junqueira SR. Financiamento da saúde, indicadores sociais e recursos odontológicos dos municípios do Estado de São Paulo no final do século XX. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

36. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81 (3): 251-258.
37. Marcus AC, Siegel JM 1982. Sex differences in the use of physicians services: a preliminary test of the fixed role hypotheses. *Journal of Health and Social Behaviour* 1982; 23:186-197.
38. Melo CF. Determinantes sócio-sanitários do acesso a serviços odontológicos: análise em nível municipal no Brasil. [dissertação]. Natal (RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
39. Mendes EV. (org). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994. 310p.
40. Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec: 1996. 300 p.
41. Mendes EV. As políticas públicas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In Mendes EV, org. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: ABRASCO: 1993, P. 19-91.
42. Mendonça-Sassi RB, Beria JU, Barros AJD. Fatores Associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2003; 37 (3): 372-378.
43. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (6): 1665-1675.
44. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1 (1): 7-15.
45. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (1): 18-43.
46. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política e Saúde Bucal Coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan; 2006. p. 346-362.
47. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da Odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (Especial): 141-147.

48. Narvai P C. Saúde Bucal no PSF: SUS ou SUSF? *Jornal do Site Odonto* 2001; 2 (36).
49. Narvai, PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.
50. Nunes ED. Saúde Bucal Coletiva: A Busca de uma Identidade. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11 (1): 18-43.
51. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1639-1646.
52. Ojanuga DN, Gilbert C. Women's access to health care in developing countries. *Social Science and Medicine* 1992; 35(4):613-617.
53. Paim J S, Teixeira C F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (esp): 73-78.
54. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged older Australians. *Soc Sci Med*. 2004; 59 (10): 2121-9.
55. Pattussi MP. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 1999; 2 (1): 3-8.
56. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (4): 999-1010.
57. Pinheiro RS, Viancava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (4): 687-707.
58. Pinto VG. A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1992.
59. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão. 2003. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em 2007 jan. 20.
60. Portillo JAC. Saúde Coletiva 2005. Disponível em http://www.unb.br/fs/sbc/saude_coletiva.htm. Acesso em 2005 out. 08.
61. Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Social Science and Medicine* 1992; 5(4): 619-626.

62. Ramos DDR, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (1): 27-34.
63. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.) *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2003.
64. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva [tese]. Araçatuba(SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.
65. Roncalli AG. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil. 1986-1996. 1998. Disponível em: <http://www.angelonline.cjb.net>. Acesso em 2007 jan. 14.
66. Santos FP, Merhy EE. A Regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro – uma Revisão. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2006; 9 (8): 25-41.
67. Santos-Filho SB. Política Nacional de Avaliação. *Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos*, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Artigo-Avaliação%20na%20PNH\(2\).pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Artigo-Avaliação%20na%20PNH(2).pdf). Acesso em: 2006 jul. 13.
68. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (6): 1487-1494.
69. Scwarzwald CL. Pesquisa Mundial de Saúde. O Brasil em Números. *Radis* 23 2004; 14-32.
70. Secretaria Municipal de Saúde (Santa Cruz, RN). *Plano Municipal de Saúde do Município*. Santa Cruz, RN; 2006.
71. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (suplemento): 203-211.
72. Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-257.

73. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública* 2000; 34 (1): 44-49.
74. Souza ECF. Bucalidade: conceito ferramenta de religação entre a clínica e a Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (1): 8-43.
75. Souza ECF. Formação e Trabalho em Odontologia: Ampliar a Clínica para Construir uma Nova Cultura de Cuidado em Saúde Bucal. III Conferência Estadual de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte. Natal/RN; 2004.
76. Souza TMS. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
77. Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 54-576.
78. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (2): 331-340.
79. Teixeira CF. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 564-573.
80. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 2 (S): 190-198.
81. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 26 (1): 224-7.
82. Ungelt CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1990; 24 (6): 445-452.
83. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviços públicos de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10 (4): 1015-1024.
84. Viana ALD, Fausto MCL, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva* 2003; 17 (1): 58-68.

85. Werneck MAF. A reforma sanitária no Brasil. In: Ministério da Saúde. Guia Curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, p. 247-60, 1998.
86. Zanetti CHG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) – Proposição e Programação. Brasília, Fev/2002.

ANEXO A -



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: Acessibilidade aos serviços de saúde bucal: avaliação normativa e qualitativa.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ricardo Dias de Castro

As informações a seguir descreverão esta pesquisa e o papel que você terá como participante. O pesquisador responsável responderá a quaisquer dúvidas que você possa ter sobre este termo e sobre o estudo.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a acessibilidade aos serviços de saúde bucal no município de Santa Cruz-RN.

Serão avaliados usuários, profissionais (Cirurgiões-Dentistas) e gestor (Secretário Municipal de Saúde/Coordenador de Saúde Bucal). Aqueles que concordarem em participar da pesquisa, responderão, a um questionário próprio para tal estudo. As entrevistas serão gravadas e transcritas para os profissionais e gestor. Já em relação aos usuários, serão aplicados questionários a ser preenchido por escrito.

A sua participação neste estudo é voluntária e você poderá recusar-se a consentir ou poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer constrangimento. A possibilidade de danos durante a realização da pesquisa é mínima e não haverá por qualquer meio, qualquer forma de discriminação dos participantes do estudo. Informo, ainda, que não haverá nenhuma despesa para o participante da pesquisa. Em caso de dano causado, o pesquisador se responsabilizará pela indenização.

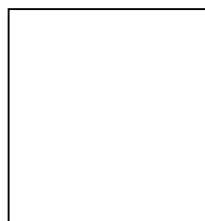
Todas as informações obtidas em relação a este estudo permanecerão em sigilo absoluto, assegurando a proteção da sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas, porém não serão utilizadas imagens ou informações que permitam a sua identificação.

CONTATO: Qualquer dúvida ou esclarecimento poderão contata o Mestrando Ricardo Dias de Castro no telefone: (84) 3221-0199/ (83)93171071 ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no telefone (84) 3215-3135.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa cujo título é: "Acessibilidade aos serviços de saúde bucal: avaliação normativa e qualitativa" que tem como pesquisador responsável Ricardo Dias de Castro. Declaro que tenho pleno conhecimento e concordo com os direitos e as condições que me foram assegurados e que autorizo a análise dos dados coletados e publicação, em qualquer meio de divulgação, dos resultados obtidos.

Santa Cruz (RN), _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável



ANEXO B -



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social**

Entrevista – Usuários

Bairro: _____ Setor Censitário: _____
Área do PSF: _____
Pesquisador: _____ Data: ___/___/___
Ficha Nº _____

I – Perfil do Informante/Usuário

1.	Gênero:
	01 () masculino
	02 () feminino

2.	Idade: _____ anos
----	-------------------

3.	Escolaridade (anos de estudo): _____
----	--------------------------------------

4.	Qual o seu trabalho (Ocupação): _____
----	---------------------------------------

5.	Renda familiar em reais (recebida no último mês): _____
----	---

6.	Número de pessoas da família: _____
----	-------------------------------------

7.	Número de cômodos da casa: _____
----	----------------------------------

8.	Última visita ao dentista (tempo em semanas/meses/anos): _____
----	--

9. Condição Socioeconômica (Indicador ABA-Abipeme)

**Capacidade de Consumo
(informar o número de bens)**

**Grau de Instrução do Chefe da Família
(marcar com "X")**

Televisor em Cores	<input type="checkbox"/>	Analfabeto / Primário Incompleto	<input type="checkbox"/>
Rádio	<input type="checkbox"/>	Primário Completo	<input type="checkbox"/>
Banheiro	<input type="checkbox"/>	Ginásial Completo	<input type="checkbox"/>
Automóvel	<input type="checkbox"/>	Secundário Completo	<input type="checkbox"/>
Empregada Mensalista	<input type="checkbox"/>	Superior Completo	<input type="checkbox"/>
Aspirador de Pó	<input type="checkbox"/>	Geladeira	<input type="checkbox"/>
Máquina de Lavar	<input type="checkbox"/>	Freezer	<input type="checkbox"/>
Videocassete / DVD	<input type="checkbox"/>		

II – Dimensão Político-Organizacional

1.	Regularidade de visita ao Dentista:
01	() Nunca foi
02	() Apenas quando sente dor
03	() Quando julga estar precisando
04	() Regularmente

2.	Quando está doente ou necessitando de atendimento procura com mais frequência:
01	() unidade de saúde do bairro
02	() agente comunitário de saúde
03	() Hospital Ana Bezerra
04	() consultório particular
05	() farmácia
06	() curandeiro, centro espírita, etc.
07	() outro, especifique _____

3.	Como você classifica os serviços de saúde bucal disponíveis?
01 ()	Ótimo 02 () Bom 03 () Regular 04 () Ruim 05 () Pésimo

4.	Quando procura o serviço de saúde bucal, toda necessidade/problema é resolvido? Se não, por que?	01 () sim 02 () não

5.	Existem dificuldades para conseguir atendimento odontológico? Se sim, quais?	01 () sim 02 () não
<input type="checkbox"/> a localização é de difícil acesso <input type="checkbox"/> o agendamento do atendimento é difícil <input type="checkbox"/> existem filas <input type="checkbox"/> os horários não atendem as suas necessidades <input type="checkbox"/> longa espera para o atendimento <input type="checkbox"/> falta medicamentos <input type="checkbox"/> não possui o serviço ou atendimento que necessita <input type="checkbox"/> não tem quem o acompanhe <input type="checkbox"/> não tem tempo para procurar o atendimento <input type="checkbox"/> não consegue fazer os exames solicitados <input type="checkbox"/> não é bem acolhido <input type="checkbox"/> falta material ou equipamentos estão quebrados <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro motivo. Especificar. _____		

6.	Existem dificuldades para chegar a Unidade de saúde (ou serviço procurado)?
01 () sim 02 () não	
Se sim, quais as principais barreiras encontradas? _____	

7.	Você é bem acolhido na Unidade de saúde?
01 () sim 02 () não	

8.	Quando precisa de consulta odontológica, qual o tempo (dias, meses) de espera até o atendimento? _____
----	--

9.	Você, ou alguém da sua família, já foi encaminhado para consultas mais especializadas? Em caso afirmativo, a consulta referenciada foi realizada?	01 () sim 02 () não
01 () sim		
02 () não. Por que. _____		

10.	Existem dificuldades para o acesso a consultas especializadas? Se sim, quais? Assinale com "X" quantas opções forem necessárias	01 () sim 02 () não
01 () unidade de saúde não faz marcação		
02 () tempo de espera para atendimento		
03 () difícil acesso aos locais		
04 () demora para saber resultado		
05 () falhas de informação		
06 () não existe serviço mais especializado no município.		
07 () outro. Especifique. _____		

11.	Você, ou alguém da sua família, já foi encaminhado para exame? Se sim, de que maneira?	01 () sim 02 () não
01 () só com formulário		
02 () através de central de marcação de exame		
03 () outra. Especificar: _____		

12.	Existem dificuldades para o acesso a exames? Se sim, quais? Assinale com "X " quantas opções forem necessárias	01 () sim 02 () não
01 () unidade de saúde não faz marcação 02 () tempo de espera para atendimento 03 () difícil acesso aos locais 04 () demora para saber resultado 05 () falhas de informação 06 () não existe serviço mais especializado no município. 07 () outro. Especifique. _____		

13.	Existem dificuldades para o acesso a serviços de urgências? Se sim, quais? Assinale com "X " quantas opções forem necessárias	01 () sim 02 () não
01 () tempo de espera para atendimento 02 () difícil acesso aos locais 03 () falhas de informação 04 () outro. Especifique. _____		

14.	Você já recebeu alguma visita domiciliar da equipe de saúde bucal?
01 () sim 02 () não	

15.	Você participa de ações educativas na Unidade de saúde de seu bairro? Se sim, quais? 01 () palestra 02 () reunião de grupo 03 () curso 04 () roda de conversas () outros. Especificar: _____	01 () sim 02 () não
-----	--	--------------------------

16.	Você participa, ou conhece pessoas que participam, de reuniões para discutir problemas de saúde da comunidade? Se sim, aonde?	01 () sim 02 () não
01 () na unidade de saúde do bairro 02 () no conselho comunitário do bairro 03 () no conselho de saúde da unidade 04 () no conselho de saúde do município 05 () outro motivo. Especificar. _____		

ANEXO C -



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social**

Roteiro Para Entrevista – Gestor

Data da Entrevista: _____
Função (Cargo Exercido) _____

I – CAPACIDADE DO GOVERNO

1. Qual a sua formação acadêmica?
2. Possui especialização em conhecimento específico na área de atuação (Saúde Coletiva)?
3. Os assessores diretos possuem formação ou especialização em Saúde Coletiva? Existem em número suficiente?
4. Existe um plano de cargos e salários?
5. Contratação por concurso público ou seleção pública?
6. Existe capacitação? () sim () Não , em caso afirmativo, está ligada a remuneração () sim () não.
7. As deliberações feitas pela secretaria são facilmente executadas sem nenhum nível de resistência pela equipe?
8. Como são distribuídas as tarefas que exigem tomada de decisão?
9. Existe participação de usuários no processo de gestão municipal em saúde?

10. Existe participação de profissionais no processo de gestão municipal em saúde?

11. Todas as deliberações referentes à saúde bucal realizadas pelo conselho municipal de saúde são realizadas pela secretaria municipal de saúde?

Características do Financiamento Setorial

12. Qual o percentual de gastos com saúde (saúde bucal) em relação ao total de receitas de tributos do município.?

Iniciativas intersetoriais

13. Existem iniciativas intersetoriais com planejamento integrada ou comitê misto entre dois ou mais setores do governo, com orçamento próprio para os projetos.?

Governabilidade

14. A secretaria municipal de saúde apresenta autonomia financeira em relação à Prefeitura?

15. Os profissionais de saúde estão satisfeitos com os serviços desenvolvidos?

16. Existe prática de planejamento situacional? Em que regularidade? Como esse planejamento é utilizado?

17. Como é feita a gestão das ações de média e alta complexidade?

ANEXO D –



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social**

Roteiro Para Entrevista – Profissionais

1. Qual o tempo da sua formação acadêmica?
2. Você cursou algum curso de Pós Graduação? Qual?
3. Qual a carga horária semanal destinada ao trabalho no município?
4. Existe algum planejamento quanto ao tipo de procedimento a ser realizado no município?
5. Com que frequência são executados procedimentos de abrangência coletiva?
6. O município dispõe de planejamento ou protocolo de atendimento?
7. Como se dá o sistema de marcação de consultas?
8. Para onde são referenciados os casos onde o município não dispõe do serviço? A contra-referência é executada?
9. Você acha que as unidades básicas de saúde estão bem localizadas?
10. Qual o número de famílias adscritas na sua área de abrangência?
11. Como são executadas as ações multidisciplinares dentro da unidade básica de saúde?
12. São realizadas ações intersetoriais que visem priorizar problemas no território adscrito da unidade básica de saúde de você trabalha?
13. Você participa de planejamento de ações programáticas junto ao setor gestor do município?
14. Você participa de algum grupo (reuniões) que se destina discutir os problemas de saúde da comunidade?

ANEXO E-



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Consubstanciado (Final)

Protocolo nº	125/06 CEP-UFRN
Folha de Rosto	101093 – CAAE – 0107.0.051.000-06
Título do Projeto	Acessibilidade aos Serviços de Saúde Bucal: avaliação normativa e qualitativa
Área de Conhecimento	Odontologia – Grupo III
Pesquisador Responsável	Ricardo Dias de Castro
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Instituição Colaboradora	Secretaria Municipal de Saúde
Finalidade	Dissertação de Mestrado do pesquisador responsável sob a orientação do Dr. Ângelo Giuseppe R. da C. Oliveira
Período de Realização – Início	setembro/2006
Fim	fevereiro/2007
Revisão Ética em	01 de setembro de 2006

Relato


Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta se enquadra na categoria de **APROVADO**.

Orientações ao Pesquisador

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002-p.65) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. Apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. Apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
5. Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 06 de setembro de 2006.


Selma Maria Bezerra Jeronimo
Coordenadora
CEP-UFRN