



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
BEATRIZ MILITÃO OLINDA

**Acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal do
Programa Saúde da Família em municípios da área
metropolitana de Fortaleza/CE**

Fortaleza – Ceará

2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
BEATRIZ MILITÃO OLINDA

**Acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal do
Programa Saúde da Família em municípios da área
metropolitana de Fortaleza/CE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da
Universidade Estadual do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública. Área de concentração: Política, Planejamento
e Gestão em Saúde
Orientador: Dr. Alcides Silva de Miranda

Fortaleza – Ceará

2006

O46a Olinda, Beatriz Militão.

Acesso aos Serviços Clínicos de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família em municípios da área metropolitana de Fortaleza/Ceará / Beatriz Militão Olinda. Fortaleza, 2006. 133fls.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde bucal
2. Acesso
3. Programa Saúde da Família

CDD: 616.31

Dedico este trabalho a todos os cidadãos brasileiros, que conquistaram o direito à saúde, mas que ainda lutam por uma atenção de boa qualidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir descobrir, a cada dia, bons motivos para viver e buscar a felicidade.

Aos meus pais, Edmundo Olinda e Flora Militão, pela eterna paciência, lição de vida e constante apoio às minhas decisões pessoais e profissionais.

Ao meu noivo, Ricardo Gagliardi, por todo o amor e a amizade nos momentos mais difíceis e estímulo intenso ao meu desenvolvimento profissional.

Às minhas irmãs, Érica Militão Olinda e Camila Militão Olinda, pela permanente presença e por toda a compreensão nos diversos períodos de ansiedade.

Ao meu orientador Alcides Silva de Miranda, pela prontidão, largo conhecimento e experiências que me ajudaram a consolidar este projeto.

À minha tia Querubina Olinda, pelo incentivo e apoio à realização do curso de mestrado, além da disponibilidade em momentos de dúvida.

À minha amiga Cristina Maia, por todo o companheirismo e momentos de discussão que contribuíram decisivamente para o meu caminhar na saúde pública.

À FUNCAP, pelo suporte financeiro para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos Coordenadores de Saúde Bucal: Sr.Sidrin, Sr.Alysson e Sra.Marta, por propiciarem a viabilização do trabalho de campo e disponibilidade em colaborar com a pesquisa.

A todos os dentistas entrevistados, pelas sinceras informações que permitiram o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, pelos inesquecíveis momentos de confraternização.

Aos professores do mestrado de Saúde Pública, pelos conhecimentos discutidos.

Aos funcionários do mestrado de Saúde Pública, pela contribuição para o bom funcionamento do Curso.

RESUMO

O presente estudo analisou características e condições de acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal na Atenção Básica, sob o ponto de vista dos dentistas que compunham as Equipes do Programa Saúde da Família, em municípios da região metropolitana de Fortaleza, estado do Ceará, no ano de 2005. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa, transversal, de caráter exploratório e de natureza predominantemente quantitativa. A população do estudo foi composta pelos coordenadores municipais de Saúde Bucal e por 46 dentistas das Equipes de Saúde Bucal dos municípios pesquisados. Como principais resultados, observou-se uma heterogeneidade na forma de organização do acesso aos serviços, com certas semelhanças em um mesmo município. Dos dentistas entrevistados, 82,6% classificaram o acesso como “bom” ou “ótimo” e, 69,6%, consideraram a unidade confortável para os usuários. Quanto à cobertura, constatou-se que 61% das equipes eram responsáveis, cada uma, por mais de 4.000 habitantes, sendo que, em 85% destas, não havia técnico de higiene dental em sua composição e, em 24%, não havia instrumental suficiente para o atendimento dos pacientes do turno. A maior parte das equipes (78%) utilizava mais de 85% do seu tempo de trabalho para o atendimento clínico. Foram evidenciadas algumas inovações na forma de organização do acesso, tais como: a marcação de consultas através dos agentes comunitários de saúde; o agendamento por micro-área; a “demanda agendada”; a triagem de pacientes nas escolas e em outros eventos de saúde do município; e o cartão de retorno com um ano. Observou-se, ainda, a predominância no atendimento da demanda espontânea, sem um pré-agendamento das consultas; um longo tempo de espera nas unidades para agendamento e atendimento; o pouco conhecimento da situação epidemiológica de cada território adscrito; e o horário não flexível para o atendimento dos trabalhadores. Portanto, apesar do esforço para a ampliação do acesso aos serviços clínicos odontológicos, constatou-se, ainda, um conjunto de barreiras estruturais, organizacionais e tecnológicas, que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família. Tais restrições de acesso estão associadas tanto ao primeiro contato, quanto à continuidade da Atenção Básica em Saúde Bucal.

ABSTRACT

This study analyzed the characteristics and conditions of access to clinical Oral Health services in Primary Attention Care, by the point of view of the dentists that took part in Family Health Program teams, in municipalities of Fortaleza metropolitan region, in Ceará state, Brazil. It was an evaluation research of an exploratory outline and a predominant quantitative nature. The study's population consisted of municipal oral health coordinators and 46 dentists from the investigated municipalities' oral health teams. As most important results, it was observed heterogeneity in the ways of organizing the access to the services, with some similarities within a municipality. Among the interviewed dentists, 82.6% classified the access as "good" or "very good" and 69.6% considered the health unities comfortable for the users. Regarding the health cover, it was verified that 61% of the teams were responsible, for more than 4,000 inhabitants each, although in 85% of these teams there were no dental hygiene technician in them and in 24% there were no sufficient instruments for attending the patients of the shift. Most of the teams (78%) used more than 85% of their working hours for the clinical attendance. There were observed some innovations in the way of organizing the access, such as: appointment booking by the Communitarian Health Agents; the booking by micro-areas; the "programmed demand"; the sorting of patients in schools and in other health municipal events; and the returning card within one year. It was still observed predominance in the spontaneous demand attendance, without previous appointments' booking; a long waiting time in health units for both booking and attendance; few knowledge about the epidemiological conditions of each adjoined territory; and the not flexible schedule for the workers' attendance. Therefore, although the efforts for enlarging the access to the clinical dentistry services, it was still verified a set of structural, organizational and technological barriers, that raise difficulties to the users access to the oral health services in the Family Health Program. Restrictions to the access associated both to the first contact, as well as to the continuity of Oral Health attendance in Primary Health Care.

Lista de ABREVIATURAS E/OU SÍMBOLOS

ABS	- Atenção Básica à Saúde
ACD	- Atendente de consultório dentário
ACS	- Agente comunitário de saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
AVISA	- Área de Vigilância à Saúde
CD	- Cirurgião-dentista
CELBUC	- Célula de Atenção à Saúde Bucal
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Equipe de Saúde da Família
DATASUS	- Departamento de Informação e Informática do SUS
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MR	- Microrregião de Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NS/NQR	- Não sabe/ Não quis responder
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	- Programa Saúde da Família
SESA-Ce	- Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SAI/SUS	- Sistema de Informação Ambulatorial/ Sistema Único de Saúde
SIH/SUS	- Sistema de Informação Hospitalar/ Sistema Único de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBASF	- Unidade Básica de Saúde da Família
TC	- Tratamento Completado/ Tratamento Concluído
THD	- Técnico(a) em higiene dental

LISTA DE TABELAS

	Pag.
Tabela 1 Taxa de Cobertura da primeira consulta odontológica, razão de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais no município de Eusébio, no período de 2002 a agosto de 2005 _____	49
Tabela 2 Taxa de Cobertura da primeira consulta odontológica, razão de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais no município de São Gonçalo do Amarante, no período de 2002 a agosto de 2005 _____	53
Tabela 3 Taxa de Cobertura da primeira consulta odontológica, razão de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais no município de Maracanaú, no período de 2001 a agosto de 2005 _____	58
Tabela 4 Distribuição das equipes segundo condições de infra-estrutura nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	60
Tabela 5 Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo opinião a respeito da existência de instrumental suficiente para atendimento dos pacientes do turno nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	61
Tabela 6 Relação proporcional entre o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	62
Tabela 7 Cobertura de Equipes de Saúde Bucal por número de habitantes nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	62
Tabela 8 Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo modalidade de cadastramento nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	63
Tabela 9 Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo tempo disponibilizado para atividades clínicas em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	64
Tabela 10 Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo média de pacientes atendidos por turno, nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	64
Tabela 11 Distribuição das equipes segundo média de procedimentos realizados por mês (média dos meses de julho, agosto e setembro de 2005)) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	65

Tabela 12	Distribuição das equipes segundo distância e tempo de deslocamento até a Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	66
Tabela 13	Distribuição das equipes segundo média de atendimentos de urgência realizados por dia nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	67
Tabela 14	Distribuição das equipes segundo tempo destinado ao atendimento clínico da demanda espontânea nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	68
Tabela 15	Distribuição das equipes segundo periodicidade do agendamento nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	69
Tabela 16	Distribuição das equipes quanto a outras características do agendamento da demanda espontânea nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	70
Tabela 17	Distribuição das equipes quanto ao tempo destinado para atendimento do grupo de escolares nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	72
Tabela 18	Distribuição das equipes quanto ao tempo destinado para atendimento do grupo de gestantes nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	73
Tabela 19	Distribuição das equipes segundo tipo de telefone disponível nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	74
Tabela 20	Distribuição das equipes segundo número médio de primeiras consultas odontológicas por mês nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	75
Tabela 21	Distribuição das equipes segundo condições de infra-estrutura nas UBASFs dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005, discriminadas por município _____	130
Tabela 22	Distribuição das equipes segundo características e condições associadas ao acesso nas UBASF dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005, discriminadas por município_	131
Tabela 23	Distribuição das equipes segundo opinião dos dentistas acerca do acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005 _____	79
Tabela 24	Descrição dos principais aspectos facilitadores ou dificultadores das condições de acesso aos serviços de Saúde Bucal nas UBASFs dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, segundo percepção dos dentistas	

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMÁTICA E CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	12
1.2 DISCUSSÃO CONCEITUAL	28
1.3 OBJETIVOS	35
2. METODOLOGIA	36
2.1 DESENHO DO ESTUDO	36
2.2 LOCAIS E POPULAÇÃO DO ESTUDO	36
2.3 COLETA DOS DADOS E INFORMAÇÕES	38
2.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	38
2.4.1 Método e técnicas de processamento e análise dos dados	38
2.4.2 Categorias logísticas e variáveis consideradas	39
2.5 LIMITES DO ESTUDO	41
2.6 QUESTÕES DE NATUREZA ÉTICA	43
3. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	44
3.1. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS	44
3.1.1 Eusébio	44
3.1.2 São Gonçalo do Amarante	50
3.1.3 Maracanaú	54
3.2 CARACTERÍSTICAS E CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	59
3.2.1 Condições de estrutura	59
3.2.2 Disponibilidade	61
3.2.3 Acessibilidade geográfica	65
3.2.4 Adequação funcional	66
3.2.5 Resolubilidade	75
3.2.6 O acesso sob o ponto de vista dos dentistas	79
4. DISCUSSÃO	88
4.1 DISPONIBILIDADE	88
4.2 ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA	96
4.3 ADEQUAÇÃO FUNCIONAL	97
4.3.1 Horário de funcionamento	97
4.3.2 Atendimento a urgências	98
4.3.3 Agendamento da demanda espontânea	99
4.3.4 Atendimento à demanda programada	101
4.3.5 Serviços por telefone	104
4.3.6 Tempo de espera	104
4.4 RESOLUBILIDADE	104

5. CONCLUSÃO	108
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	118

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA E CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. Esta frase, extraída do Art.196 da Constituição Federal de 1988, simboliza uma grande mudança na forma de pensar e organizar o sistema de saúde brasileiro. Sistema este que, até então, em se considerando o “acesso”¹ aos serviços de saúde, dividia a população em três categorias: os que tinham direito à assistência através da Previdência Social, os que podiam pagar pelos serviços e os que dependiam de serviços assistenciais filantrópicos (Brasil, 2002a).

O tema da universalidade do “acesso” aos serviços de saúde, após amplo debate no processo da Reforma Sanitária, foi incluído na Carta Magna Brasileira. Torna-se, então, um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado através de legislação complementar, Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) de 1990. Garante-se, assim, por lei, o direito universal aos serviços de saúde com pleno “acesso” do cidadão aos serviços públicos necessários à promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

O princípio em questão prevê “acesso” igualitário, de forma que todos tenham direito à saúde, tanto os cidadãos brasileiros, quanto os estrangeiros residentes no país (Martins, 2002). O grande avanço ocorrido no SUS foi “o reconhecimento de que a saúde é um *direito fundamental* do ser humano e não uma contraprestação de serviços devida pelo poder público ao *contribuinte* do sistema de seguridade social”, não podendo haver condicionantes para o seu exercício (Carvalho, 1995).

As demandas da universalidade na Atenção à Saúde trouxeram uma série de dificuldades e desafios no financiamento, na organização do modelo assistencial e na gestão dos sistemas e serviços².

¹ Os termos “acesso” e “acessibilidade” serão escritos entre aspas em decorrência da heterogeneidade de significados, até a definição, em momento posterior, do conceito que será utilizado no estudo.

² Particularmente, no início da implantação do SUS, quando o financiamento e controle dos sistemas e serviços ainda dependiam do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), uma instituição autárquica que tinha sido criada e organizada para prestar assistência médica a uma parcela limitada da população.

Em se tratando da organização dos serviços para a garantia dos princípios de universalidade e equidade do “acesso”, além da integralidade na atenção, a legislação do SUS também determina a diretriz de sua hierarquização por níveis de complexidade (Lei 8.080), sendo a chamada Atenção Básica à Saúde (ABS)³ considerada a “porta de entrada” do sistema. Resguardadas as devidas distinções e polêmicas, a ABS apresenta similaridades com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com alguns autores, como Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS), possui pelo menos seis princípios ordenadores:

- “acessibilidade”: o primeiro contato, reflete aspectos da estrutura de um sistema ou unidade de saúde que possibilitam as pessoas chegarem ao serviço;
- longitudinalidade: existência de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes que transcende a presença de problemas de saúde;
- integralidade: reflete a oferta de todos os serviços necessários ao paciente de uma determinada unidade de saúde, mesmo que alguns sejam providenciados em outros locais, ou seja, referenciados para a Atenção secundária e terciária;
- coordenação: requer a existência de diretrizes para a transferência de informações entre os profissionais da Atenção Primária à saúde e os especialistas;
- focalização na família: este princípio oferece o contexto necessário para a avaliação dos problemas, facilitando o diagnóstico e tornando-se essencial para a tomada de decisões acerca de uma intervenção apropriada; e
- orientação comunitária: abordagem da APS que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas, de forma complementar, para ajustar os programas de forma a atenderem as necessidades específicas de saúde de uma população definida.

“A atenção primária, por suas características coordenadoras e pela ampla gama de atividades que oferece, seria o elemento integrador dos aspectos físicos, psicológicos e

³ Atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006).

sociais, assim como responsável pela garantia da atenção em outros níveis de complexidade” (Giovanella e colaboradores, 2002 p.44).

No caso do SUS, como forma de organizar o nível da Atenção Básica, implantou-se o chamado “Programa de Saúde da Família” (PSF), estratégia considerada como integrante de um quinto ciclo de expansão da Atenção Primária à Saúde no Brasil⁴, (Mendes, 2002). Essa estratégia de organização de sistemas e serviços de ABS teve a influência dos modelos canadense, cubano e inglês; e origens no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído pela Secretaria Estadual do Ceará, em 1987. “Se estiverem funcionando de forma adequada, as unidades básicas do PSF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade” (Cunha, 2005, p.22).

O PSF foi implantado como um programa nacional em 1994 e, desde então, tem se expandido em todo o Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005c) até dezembro de 2005, já tinham sido contratadas 24.564 Equipes de Saúde da Família (ESF), compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS); com uma cobertura de 44,4 % da população brasileira. No Ceará estavam qualificadas, no mesmo período, 1.320 ESF, com uma cobertura de 56,2% da população cearense (Brasil, 2005c).⁵

Constata-se um crescente aumento na cobertura dos serviços, porém, um grande desafio para a universalização é a garantia do acesso universal com equidade, distribuído conforme a necessidade sem, no entanto, segmentar, visto que, segundo Giovanella (2003, p.162) “a ênfase nos mais pobres sem a preocupação com a redução das desigualdades leva apenas à focalização, o que tem conseqüências desastrosas para a garantia de direitos sociais universais”.

⁴ O primeiro ciclo de expansão da Atenção Primária à saúde no Brasil foi vivenciado com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1940. Algumas décadas depois, em 1979, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) representava o segundo ciclo, sob a forma de um amplo programa de medicina simplificada. Em seguida, instituíram-se as Ações Integradas de Saúde. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de municipalização autárquica foi seguido de um quarto ciclo de expansão da Atenção Primária à saúde que decorreu da criação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios, aumentando a quantidade de unidades e buscando melhorar sua qualidade. (Mendes, 2002, p.23 a 29)

⁵ Estima-se, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) que seriam necessárias pelo menos 1.650 equipes para atender à população de 7.547.619 habitantes (Cunha 2005, p.20).

Apesar do princípio da universalidade de “acesso” aos serviços do SUS, o PSF trabalha com o conceito de *adscrição* de territórios, como uma estratégia para organizar a demanda e possibilitar o acompanhamento das equipes a uma população delimitada geograficamente, proporcionando condições para o maior envolvimento dos profissionais com as famílias que integram a comunidade territorializada. Portanto, o “acesso” dos usuários aos serviços do PSF deve ser garantido ao conjunto de famílias que habitam uma área delimitada, pelas quais deverão ser responsáveis as equipes de Saúde da Família.

Existem muitos casos em que não é permitido o atendimento de outras famílias que não façam parte de um *território adscrito*, a denominada "área de abrangência" do PSF, ou que pertençam à outra equipe do programa. Não é permitida, assim, a livre escolha dos usuários, quanto ao serviço ou profissional de saúde de sua preferência. Há uma polêmica quanto a essa forma de organização do “acesso”. Por um lado, trabalha-se com *adscrição da clientela* que pode conflitar com o princípio da universalidade a partir do momento em que se cria uma forma de discriminação restritiva ao “acesso”, através do local de moradia. Um outro entendimento seria o da *adscrição de responsabilidades* (não de clientela), na qual a equipe seria responsável por uma população que vive em um determinado território sem, no entanto, haver uma barreira ao “acesso” de outras pessoas que não estejam naquela área de cobertura.

Estando as políticas públicas de Saúde Bucal inseridas como componentes das Políticas de Saúde de um modo geral, tornou-se importante e necessária a sua inclusão como modalidade do sistema de atenção integral à saúde dos indivíduos e comunidades, notadamente no nível da ABS. Em 28 de dezembro de 2000, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.444 que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da Atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do PSF. Tal instrumento foi posteriormente regulamentado pela Portaria GM/MS nº 267 de 06 de março de 2001 que aprovou as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na estratégia do PSF por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (Brasil, 2002b).

Assim, as primeiras equipes de Saúde Bucal (ESB) começaram a estruturar-se nesse modelo de Atenção à Saúde. Os profissionais de odontologia, no entanto, não foram

incorporados às equipes de saúde da família já existentes. Embora trabalhem com atenção básica e na mesma unidade de saúde, inseridos no Programa de Saúde da Família, foram criadas equipes de saúde bucal distintas das equipes de saúde da família.

Formalmente as ESB podem ser classificadas por modalidade: a do tipo “I” está composta por um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e na do tipo “II”, é acrescida a presença de um técnico de higiene dental (THD).

Desde o seu início, a inserção da Saúde Bucal no modelo de organização do PSF encontrou uma série de barreiras, tanto advindas da formação profissional e cultura dos usuários, como da estrutura dos serviços, ainda não preparada para determinadas ações odontológicas consideradas como indispensáveis.

A imagem do cirurgião-dentista ainda está ligada a práticas curativas, fruto de sua formação que o prepara para o trabalho com tecnologia de ponta e para o atendimento individual. Essa visão restrita torna difícil a incorporação do conceito ampliado do processo saúde-doença, agora indispensável para o trabalho dentro da estratégia PSF (Chaves, 2005). Segundo Groisman, Moraes e Chagas (2005), é necessária uma ampla mudança no perfil do profissional dentista para que seja possível a sua atuação em todos os campos, principalmente o social.

Agrega-se a isso o fato de uma ESB atender aproximadamente 6.900 pessoas, (Brasil, 2002b) em comunidades que, muitas vezes, se encontram altamente carentes do ponto de vista da Saúde Bucal, resultado de anos sem um mínimo de assistência ou, com uma assistência meramente curativa, pontual e não resolutive.

Segundo o governador do estado do Ceará, Lúcio Alcântara (2003, p.2), em Conferência sobre ações do Governo do Estado do Ceará voltadas para a saúde pública:

“a determinação do Ministério da Saúde de implantar uma Equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, não está conseguindo provocar um impacto nos indicadores, uma vez que, os dentistas, por não conseguirem atender à grande demanda, continuam atuando no sistema tradicional sem vinculação com a população, ou seja, atuando em direção oposta ao que se preconiza para o Programa de Saúde da Família.”⁶

⁶ A partir de 3 de junho de 2003, através da Portaria nº673/GM, o Ministério da Saúde estabeleceu que poderão ser implantadas nos municípios quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor, desde que não ultrapassem o número de ESF existentes.

Cria-se assim, um programa de Saúde Bucal orientado para a prevenção, mas, ao mesmo tempo, tem-se uma grande demanda por procedimentos curativos. Inicia-se daí, um longo e lento processo para a gradual substituição de procedimentos curativos, mais invasivos, por ações de prevenção e promoção de saúde, visando a real melhoria das condições de Saúde Bucal da população. O grande desafio então, seria a organização dos serviços de Saúde Bucal de forma a realizar tais ações preventivas e, ao mesmo tempo, atender às demandas assistenciais imediatas. De acordo com o grau de implantação e organização das equipes do PSF, como também da estrutura física existente e disponível, as ESB têm buscado adaptar-se ao novo modo de abordar a saúde.

Tendo em vista as características e condições dessa nova forma de organização através do PSF, surge o questionamento sobre qual seria a situação de “acesso” aos seus serviços de Saúde Bucal, considerando o tempo decorrido desde a sua implantação e o preceito normativo da saúde como direito do cidadão a partir da Constituição de 1988.

Algumas iniciativas e experiências, que buscam a melhoria quantitativa e/ou qualitativa dos serviços de Saúde Bucal no âmbito do PSF, vêm sendo realizadas no estado do Ceará. Experiências com diversas adaptações, de acordo com a realidade local e de cada unidade de saúde. Como exemplo, em abril de 2003, o governo estadual decretou a contratação de mais dentistas em alguns municípios, atingindo a paridade de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada Equipe de Saúde da Família (ESF), complementando a proposta inicial do Governo Federal de uma ESB para cada duas ESF. É importante destacar que, desde junho de 2003, o Governo Federal também estava se mobilizando no sentido de alcançar essa proporção de um para um (Portal de serviços e informações, 2003). Os primeiros municípios contemplados com a iniciativa no Ceará foram os dez com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁷. No ano de 2004,

⁷ Os municípios com menor IDH no Estado do Ceará eram: Itatiara, Quixelô, Salitre, Saboeiro, Choró, Tarrafas, Barroquinha, Aiúba, Granja e Croatá.

outros dez municípios também foram contemplados, sendo cinco com menor IDH⁸ e cinco com melhor desempenho nos indicadores de Saúde Bucal⁹.

Constata-se um crescente aumento no número de equipes de saúde bucal no Brasil e no estado do Ceará. No Brasil, de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, foram implantadas 8.341 novas ESB, representando um aumento de 195% no número de equipes (Brasil, 2005d). Em dezembro de 2005, o Brasil contava com 12.603 ESB (com cobertura de 34,9% da população brasileira) (Brasil, 2005c). O estado do Ceará contava, em 2003, com 423 ESB (Bezerra, 2005). Em 2004, o número de equipes qualificadas foi de 762 (estando 670 em funcionamento, sendo todas no interior do Estado) (Ceará, 2004b), chegando a 920 Equipes de Saúde Bucal, em dezembro de 2005, espalhadas pelas 22 microrregiões de saúde, com cobertura de 61,1% da população cearense (Brasil, 2005c).

Em 17 de março de 2004, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), cujo lançamento foi realizado no município de Sobral, Ceará. A política tem como um dos princípios norteadores das ações a busca do “acesso” universal para a assistência e a Atenção a toda demanda de um determinado espaço geográfico. Objetivando a ampliação do “acesso”, o governo federal propõe duas formas de inserção da Saúde Bucal nos programas integrais de saúde: por linhas de cuidado e por condições de vida. A primeira forma prevê o reconhecimento de especificidades próprias de cada faixa etária, sugerindo o trabalho de Atenção em Saúde Bucal por grupos de crianças, adolescentes, adultos e idosos. A segunda forma propõe o desenvolvimento de atividades compreendendo a saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outros (Brasil, 2004a).

Com vistas à melhoria dos serviços de Saúde Bucal, algumas propostas estão sendo implementadas no Brasil:

⁸ Miraíma, Uruoca, Chaval, Altaneira e Granjeiro.

⁹ Paraipaba, São Gonçalo do Amarante, Acarape, Mulungu e Quixeramobim.

- a disponibilização do cuidado à Saúde Bucal (de forma curativa e preventiva) para toda a população (e não apenas para grupos considerados prioritários como os escolares);
- a definição de uma política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando a reorientação do modelo de Atenção à Saúde Bucal;
- a maximização da hora clínica do cirurgião-dentista para otimizar a assistência, adequando a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local;
- a inclusão dos insumos odontológicos estratégicos na lista de insumos da farmácia da Saúde da Família, com vistas a superar as freqüentes dificuldades para sua aquisição em alguns municípios. (Brasil, 2004a).

Porém, ainda existem obstáculos para a organização das políticas e estratégias da Saúde Bucal no âmbito da Atenção Básica do SUS. Um dos aspectos problemáticos é precisamente o da garantia de “acesso” aos serviços e ações de Saúde Bucal que possam determinar a qualidade da Atenção Integral em termos de contexto, estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1990).

A concepção de saúde afirmada na Constituição Federal considera o processo saúde/enfermidade nas suas determinações econômicas, sociais e políticas. Porém, o dever do Estado em relação à saúde tem sido, muitas vezes, traduzido por alguns organismos governamentais apenas como a necessidade de ampliação do “acesso” à assistência, provendo a um maior número de pessoas um leque maior e mais diversificado de ações e serviços de saúde, o que tem sido questionado por autores como Gionanella e Fleury (1996).

Se a universalidade do “acesso” aos serviços de saúde de forma integral está garantida por lei, urge então que haja meios para disponibilizá-lo. Tal desafio impõe um árduo trabalho frente às dificuldades de financiamento e resistências perante as mudanças na forma de organização e operacionalização do setor saúde. Visto que, segundo Giovanella e Fleury (1996): “não se muda uma sociedade por decreto ou lei”.

O “acesso” é percebido então como uma meta a ser atingida em todo o serviço de saúde (Hortale, Pedroza e Rosa, 2000b), em especial na Atenção Básica, a partir do momento em que se pretende que seja ela o pilar da garantia do direito social na estruturação do sistema de serviços de saúde no Brasil.

Surge então, após pouco mais de 10 anos da implementação do PSF, uma necessidade de avaliação das reais condições de ampliação e universalização do “acesso” da população aos serviços de saúde, em especial na área de Saúde Bucal.

Em se considerando esta problemática, questiona-se, nesta pesquisa, sobre como tem sido o “acesso”, em municípios cearenses, aos serviços clínicos de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família; levando-se em conta a sua cobertura, disponibilidade, modo de funcionamento, aceitabilidade e resolubilidade.

De um modo geral, existe uma farta bibliografia sobre a temática do “acesso” a serviços de saúde, porém poucas publicações específicas sobre os serviços de Saúde Bucal em nível de ABS (ou de APS).

Em relação ao “acesso” aos serviços de saúde de um modo geral, Franco e Campos (1998) avaliaram os aspectos da acessibilidade dos usuários a um ambulatório de pneumologia pediátrica e a um ambulatório geral de pediatria, ambos em um hospital universitário inserido no SUS. Aplicaram 221 questionários aos acompanhantes de pacientes que estavam comparecendo a consultas de retorno, (sempre antes das consultas e pela mesma entrevistadora). Constataram dificuldades de locomoção dos pacientes até o hospital (quase 40% dependentes de transporte fornecido pelas prefeituras). A mediana do prazo de agendamento referente à primeira consulta foi de 30 dias, sendo que cerca de 22% dos pacientes são agendados no prazo de sete dias e 10,4% conseguem a consulta no mesmo dia em que buscam o ambulatório.

Em outro estudo, Forrest e Starfield, (1998) ao pesquisarem sobre acesso nas visitas de primeiro contato para condições agudas, consideraram barreira organizacional para estes serviços:

- a não disponibilidade de cuidados extras (“after-hours care”) na unidade de APS, que consistia na inexistência de todos os componentes: horários de emergência,

chamadas em domicílio (“house calls”), horários de atendimento à noite, horários aos sábados e outros horários no final de semana,

- espera de cinco ou mais dias entre marcar uma consulta e ser visto pelo médico e

- mais de 30 minutos de espera na unidade de saúde para o atendimento. Os autores concluíram que um melhor acesso aos serviços de saúde na APS eleva as chances de recebimento dos cuidados necessários, prevenindo hospitalizações desnecessárias e melhorando o *status* de saúde. Além disso, reduz o uso de especialistas, de salas de emergência e, conseqüentemente, os gastos em saúde.

Sá *et al* (2001), avaliaram a universalidade da assistência do SUS, através do acesso aos diferentes níveis de complexidade ambulatoriais e hospitalares, utilizando, como fonte de informações, os bancos de dados dos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares (SIA/SUS e SIH/SUS), entre 1995 e 1998. Consideraram os indicadores de cobertura e concentração de procedimentos por habitante/ano. Os pesquisadores concluíram que, embora avanços tenham sido observados, sobretudo na Atenção Básica, os princípios constitucionais da universalidade e da equidade ainda são objetivos a serem alcançados na assistência à saúde no País.

A partir do banco de dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 1998, Lima *et al* (2002) apresentaram alguns indicadores das desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil, destacando as dimensões: geográfica e de renda. No estudo, os grupos com maiores necessidades de saúde são justamente aqueles que apresentam maior dificuldade de acessar e utilizar os serviços de saúde. O acesso a consultas médicas e odontológicas aumentou expressivamente conforme a renda, e foi maior nas regiões Sudeste e Sul, sendo que, aproximadamente, 55% da população com renda até dois salários mínimos procurou atendimento em postos e centros de saúde, enquanto que apenas 5% das pessoas com renda acima de vinte salários procuraram serviços com estas características buscando, predominantemente, consultórios particulares. Este estudo evidencia que cerca de um quinto da população

brasileira nunca foi ao dentista, sendo a maior parte destas pessoas residentes nas regiões Norte e Nordeste e com renda familiar inferior a dois salários mínimos.

Os dados do PNAD também foram utilizados para estudar as desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos no Brasil. A participação do SUS nos atendimentos odontológicos foi muito mais baixa do que na assistência médica. Sendo que 67% das crianças de 0-6 anos nunca haviam consultado um dentista, contudo, as crianças de maior renda consultaram o dentista cinco vezes mais do que as de menor renda. Cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, sendo que, entre o grupo mais pobre, a taxa de não atendimento passou de 4,3% entre as crianças, para 12,6% entre os adultos. Sessenta e oito por cento dos atendimentos do grupo mais pobre foram financiados pelo SUS, contra apenas 4% no grupo mais rico (Barros e Bertoldi, 2002).

Em outro estudo, Ramos e Lima (2003) buscaram caracterizar, a partir da ótica de usuários, o acesso ao atendimento e o modo pelo qual o serviço é oferecido, quanto ao modo como são acolhidos, em uma unidade de saúde pública de Porto Alegre. Os autores utilizaram uma abordagem predominantemente qualitativa em 17 entrevistas semi-estruturadas; e Observação Participante, como técnica complementar. O acesso foi ordenado em três subcategorias (acesso geográfico, econômico e funcional) e as informações coletadas foram submetidas a uma Análise de Conteúdo, do tipo Categorical e Temática. Foi observado que a forma de deslocamento mais frequentemente utilizada pelos usuários foi a caminhada, com tempo despendido variando de cinco a 35 minutos. Foi constatado que, embora a maior proximidade geográfica seja preferível, ela não se constitui no elemento central determinante da escolha do paciente ao serviço de saúde, o que demonstra uma relação entre o acesso geográfico e o acesso funcional. O serviço em questão, embora não priorizasse rigorosamente os moradores da área de atuação, conforme o critério de territorialização, vinha adotando o agendamento prévio de consultas, procurando priorizar os usuários já vinculados. Os autores relatam também que várias medidas gerenciais vinham sendo implantadas no serviço, embora ainda não se tivesse conseguido eliminar as filas e que ainda existissem problemas de resolubilidade. O

tempo de espera pelo atendimento variou entre cinco minutos a uma hora e 25 minutos. No estudo são referidos alguns aspectos relativos à qualidade dos serviços oferecidos que favorecem o acesso, tais como: a flexibilidade de rotinas e a preocupação com a infraestrutura. Em relação à Saúde Bucal, a dificuldade de acesso à consulta odontológica foi um dos problemas levantados por cinco dos 17 entrevistados, tendo os usuários que permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento, exceção feita aos escolares da região, que têm prioridade.

Assis, Vila e Nascimento (2003), analisaram a percepção dos usuários quanto ao acesso aos serviços utilizados no sistema público e local de saúde de Feira de Santana/BA. Os mesmos realizaram um estudo predominantemente qualitativo, através de observação e entrevista com 25 usuários em dois centros de saúde. Estes autores constataram que o acesso aos serviços é focalizado e seletivo para responder a uma determinada queixa, tecnologicamente atrasado e discriminatório, dirigido ao usuário de baixa renda, com menor qualificação no setor formal da economia, e à população excluída socialmente.

Como meta-análise, Jones *et al* (2003) realizaram uma ampla revisão da literatura acerca do “acesso” em APS, considerando o período de 1990 a 2001. Esses autores identificaram 1.763 citações e selecionaram 38 artigos para uma avaliação mais detalhada, nos quais havia métodos utilizando entrevistas com os pacientes e dados do sistema de consultas. Estes 38 estudos foram subdivididos em seis categorias, sendo que três delas determinavam a disponibilidade de consultas em uma base de coleta de dados diária (mas não mediam os dias de espera para uma consulta) e as outras três identificavam o acesso calculado em dias de espera para uma consulta de rotina. Em relação ao primeiro método, selecionaram quatro tipos de questionários destinados a pacientes para avaliação do acesso, buscando identificar, dentre outros aspectos: o tempo para marcação de consultas, o tempo de espera para o atendimento, o acesso a consultas de urgência, os horários de atendimento adequados ao paciente, a possibilidade de escolher o médico e o grau de satisfação do paciente em relação a esses fatores. Assim, os

autores comentam sobre alguns programas que são utilizados por serviços de saúde para cálculo do acesso organizacional dos usuários ao atendimento.

Em um estudo sobre modelo de acesso avançado, Murray *et al* (2003) relatam que, neste tipo de organização, o serviço procura oferecer horários de consulta no mesmo dia em que o paciente solicita. Os autores citam casos nos quais o modelo foi implantado com sucesso: em Highland Family Practice (uma clínica médica privada em uma área rural da Virgínia, EUA), na South Central Foundation (um sistema de Atenção Primária do Centro médico de Anchorage, em Alasca), em uma rede de Atenção Primária em 14 locais no subúrbio de Chicago (EUA), e em Bellevue (um hospital de ensino público em Nova Iorque); e três casos nos quais o modelo não obteve sucesso: um serviço universitário, um sistema integrado de atendimento domiciliar e um centro de saúde comunitário. Os pesquisadores admitem que o alcance dessa forma de organização não é possível se a demanda for permanentemente maior que a capacidade de número de consultas dos profissionais. Porém, afirmam que, geralmente, não se trata de um problema de capacidade de atendimento, mas de organização da demanda em uma base diária. Sendo que os médicos, muitas vezes, não acreditam nesse sistema, defendendo que isto aumenta a demanda por consultas desnecessárias. Murray *et al* descrevem duas características essenciais para um modelo de acesso avançado suportável: a disponibilidade da maioria dos médicos em fazer uma grande mudança no modo de funcionamento e um contínuo suporte administrativo e liderança. Os autores definem ainda, que problemas comuns desse tipo de modelo são: a necessidade de linhas telefônicas e pessoas disponíveis e atentas para a organização dos horários, além dos médicos muito reconhecidos, cuja procura excede a sua capacidade de atendimento (nesses casos deve haver uma proteção maior desses profissionais: não admitindo novos pacientes; havendo uma distribuição com os outros médicos; incorporando enfermeiros à sua equipe, aumentando assim a capacidade de atendimento; e este profissional não deve cobrir horários de férias ou licença dos outros colegas). No caso de médicos que atendem pacientes com doenças crônicas, que precisam de acompanhamento freqüente, tendo seu calendário quase totalmente preenchido com consultas pré-agendadas, há problemas em

reservar horários livres em suas agendas de marcação. Essas consultas, então, não devem ser previamente agendadas. Pede-se que o paciente retorne a ligação na época da sua revisão (com dois meses, por exemplo), lembrando-se ao paciente na época (evitando assim, faltas por esquecimento), e trabalha-se com uma equipe de outros profissionais que podem dar suporte no acompanhamento desses pacientes, diminuindo as consultas médicas. Os referidos autores explicam que, inicialmente, é necessário coletar dados sobre a demanda, capacidade de atendimento, número de pacientes sob responsabilidade de cada profissional, taxas de continuidade e a 3ª consulta disponível de cada profissional. Pode-se medir estes indicadores usando plataformas de agendamento e registros já existentes e monitorando ligações para marcação de consultas. Após a coleta dos dados, é necessário saber se a capacidade é suficiente para satisfazer a demanda. Essa avaliação envolve exame não apenas da demanda geral e oferta, mas, principalmente, das flutuações diárias e sazonais da demanda e suporte que cria obstáculos para marcação e má organização. Por fim, os pesquisadores concluem que é natural para a mente humana fazer o trabalho de hoje, amanhã, porém o acesso avançado requer que médicos comecem a pensar de outra forma: “coloque o trabalho de amanhã hoje” (Murray *et al*, 2003).

Através de um levantamento bibliográfico da literatura nacional, Moreira *et al* (2005) destacaram 28 aspectos que podem influenciar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população idosa brasileira. Esses aspectos foram agrupados em quatro categorias: sócio-demográficas; indicadores de saúde geral em idosos; comportamentais e culturais; e organização e planejamento das ações de saúde.

Ao avaliar o perfil de utilização de serviços de saúde, em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Goldbaum *et al* (2005) concluíram que houve diferenças significativas em relação ao sexo e situação de trabalho, sendo maior a utilização dos serviços do PSF por mulheres e inativos. A renda e escolaridade não influenciam de forma significativa a utilização dos serviços de saúde e procura por assistência, indicando que o programa pode estar contribuindo para uma maior equidade nessas condições.

Em se tratando de estudos direcionados especificamente à Saúde Bucal, Botazzo, Bertolini e Corvêlho (1995) efetuaram uma pesquisa sobre as condições do acesso de trabalhadores e adultos aos serviços públicos odontológicos nos sistemas locais e regionais de saúde, a partir das informações prestadas pelos gestores de escritórios regionais de saúde (ERSA) do estado de São Paulo e secretarias municipais de saúde (SMS) das capitais. Para tal finalidade foram utilizados 44 questionários encaminhados aos ERSA e as SMS. Os autores concluíram que adultos/trabalhadores eram mais atendidos pelos serviços nos casos de urgência/emergência, que a atenção/assistência era ofertada de modo irregular e que as crianças continuavam a ser o grupo social de eleição preponderante para os serviços públicos odontológicos.

Em um estudo norte-americano, os fatores étnicos/raciais foram relacionados ao acesso ao tratamento de Saúde Bucal em crianças do *Medicaid* de Alabama. Os autores constataram que existe uma disparidade racial na utilização de serviços odontológicos, sendo a maior proporção de crianças atendidas as de raça branca (31%). Além disso, os autores observaram que há uma complexa interação entre raça e outros fatores como idade, gênero e localização, sendo os adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos, os que recebem menos Atenção (15%) (Dasanayake *et al*, 2002).

Em uma revisão sobre exclusão social, barreiras e acesso aos cuidados de saúde bucal, Freeman (2002) utilizou a classificação do FDI para analisar os fatores de acessibilidade que, segundo estes critérios, estariam presentes:

- nos pacientes - através da falta de percepção quanto à necessidade de atenção, ansiedade, medo, questões financeiras e falta de acesso (sic);
- nos profissionais de odontologia – incluindo o potencial humano inadequado, distribuição geográfica desigual, treinamento inapropriado para mudanças necessárias e sensibilidade insuficiente para lidar com as atitudes e necessidades dos pacientes.
- no governo e sociedade – devido ao suporte público insuficiente para conduzir à saúde, recursos humanos e materiais inadequados aos cuidados em Saúde Bucal e suporte insuficiente para pesquisa. O autor concluiu sua análise parafraseando

Welsh e Pringle ao relatar que, para se planejar um serviço odontológico receptível e acessível a todos os membros da comunidade ao qual pretende servir, é necessária a integração entre: os fatores de acessibilidade (ligados às pessoas, profissionais, governo e sociedade); o direcionamento racional dos serviços de saúde para atingir os excluídos socialmente e com maiores necessidades; e o capital social (que inclui estrutura e processo necessários à construção de uma rede de confiança mútua entre profissionais de saúde e pacientes).

Na busca de compreender os fatores que influenciam o acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal, Moreira *et al* (2005) realizaram um levantamento bibliográfico acerca do acesso aos serviços odontológicos em periódicos nacionais, encontrando dez artigos sobre este tema. Observaram que as principais barreiras de acesso para esta população são a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos voltados à população idosa brasileira.

Após levantamento sobre os estudos publicados acerca do “acesso” aos serviços de saúde, observa-se um reduzido número de estudos na área da Saúde Bucal, sendo a sua maioria de natureza epidemiológica. Na maior parte destes estudos revisados, busca-se relacionar o “acesso” com categorias de gênero, raça, idade e condições sócio-econômicas. Assim, percebe-se uma lacuna no conhecimento sobre quais os fatores causais que estariam relacionados com as facilidades e/ou dificuldades do “acesso” em Saúde Bucal, particularmente em serviços de APS.

Entendendo que, atualmente no País, as estratégias de Saúde Bucal e do PSF encontram-se em pleno processo de expansão e consolidação, pode ser relevante um estudo sobre as condições de “acesso” aos seus serviços.

Sendo assim, este trabalho buscou identificar e analisar um conjunto de características e condições de “acesso” aos serviços odontológicos clínicos inseridos no Programa Saúde da Família de municípios da região metropolitana de Fortaleza/CE.

1.2 DISCUSSÃO CONCEITUAL

Buscando a realização de estudos acerca do “acesso” em Saúde Bucal, é fundamental uma discussão preliminar sobre as várias dimensões e definições desta categoria. O “acesso” pode ser considerado como um conceito restrito à busca e obtenção da atenção nos serviços de saúde incluindo apenas o contato inicial com o sistema; ou também os contatos continuados, sendo uma forma intermediária que reflete a busca, obtenção e continuidade da atenção. Pode ainda, ser abordado de forma ampla, acrescido de valores como crenças relativas à saúde, confiança no sistema de prestação de serviços, tolerância à dor e à incapacidade. O que englobaria a necessidade, o desejo, a busca, a obtenção e a continuidade do processo de utilização. (Frenk, 1985).

Os termos “acesso” e “acessibilidade” são utilizados na literatura representando valores dos mais diversos. Muitas vezes, o conceito de “acesso”, engloba o de “acessibilidade”; embora, para alguns autores, o conceito de “acessibilidade” possa ser considerado como mais amplo. Frenk (1985) relata que os autores que preferem a terminologia “acesso” à “acessibilidade” tendem também a pronunciarem-se em favor do domínio mais amplo e analisar tanto as características dos recursos para a saúde como as da população.

Segundo Penchansky e Thomas (1981), o conceito de “acesso” é central para as políticas de saúde, tendo um significado amplo que representa um conjunto de áreas específicas de ajuste entre os pacientes e o sistema de cuidados de saúde; é uma medida de adequação entre as características dos provedores e serviços de saúde e as características e expectativas dos clientes.

Aday e Andersen (*apud* Hortale, Pedroza e Rosa, 2000, p.58, 59) também utilizam a categoria “acesso” como um dos objetivos das políticas de saúde, incluindo as dimensões do sistema de prestação de serviços, população de risco, utilização dos serviços e satisfação pessoal para compor uma taxa de “acesso”, que seria definida como

“a utilização proporcional e adequada dos serviços de acordo com as necessidades de uma determinada população”.

O “acesso”, porém, para realmente acontecer, necessita mais que a mera existência ou disponibilidade de recursos em determinado momento (Oikawa, 2001). A utilização real dos serviços, além de motivada por fatores epidemiológicos (riscos relativos e atribuídos), engloba determinantes comportamentais da população (percepção de morbidade, fatores predisponentes) que, por sua vez, se chocam com os determinantes organizacionais (custo, “acessibilidade”, mão-de-obra...) para se efetivar ou não como tal (Zamora *apud* Hortale, Pedroza e Rosa, 2000b, p.60). O “acesso” real é melhor medido mediante observações do comportamento das pessoas que apenas pelo uso que fazem dos serviços de saúde (Andersen e Aday, 1978)

O “acesso” pode também ser definido como “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”, implicando, assim, que o mesmo só tem importância na presença de efetividade nos serviços (Millman *apud* Starfield, 2002).

Os termos “acesso”, “acessibilidade” e disponibilidade podem ser considerados como sinônimos ou como indicadores, como é o caso da disponibilidade, freqüentemente utilizada como indicador de “acessibilidade” (Saucier e Brunelle *apud* Hortale, Pedroza e Rosa, 2000b). Neste caso, disponibilidade não implica utilização, pois os serviços podem não estar acessíveis mesmo que existam recursos disponíveis por haverem grandes obstáculos para seu uso (Hortale, Pedroza e Rosa, 2000b).

O termo “acessibilidade” pode ser utilizado como a capacidade de “acesso” em termos de qualidade, considerando-o como um fator mediador entre a presença dos serviços em determinado lugar e tempo e a real utilização destes serviços pela população (Donabedian, *apud* Hortale, Pedroza e Rosa, 2000b, p.58).

Frenk (1985), ao utilizar o termo “acessibilidade” de forma restrita (como busca e obtenção da atenção), distingue, dentro deste processo, dois elementos extremamente importantes, no qual cada um tem seu conceito correspondente. Em um extremo ficaria a disponibilidade (que não significa apenas a presença física de recursos

para a saúde, mas também os fatores que afetam a produtividade dos mesmos, ou seja, a sua capacidade para produzir serviços). O outro extremo é a utilização real dos serviços por quem os buscou. Entre esses dois fenômenos existe uma zona intermediária que o autor denomina de “resistência”, que seria o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção que são originados dos recursos para a saúde como: custos, localização das unidades e algumas características da forma de organização dos serviços como demoras para agendamento ou para obtenção das consultas. Assim, a “disponibilidade efetiva” seria a capacidade de produzir serviços, corrigidas segundo a resistência. Alguns recursos, à medida que apresentam obstáculos extremos a seu uso, não estão totalmente disponíveis (Frenk, 1985).

Esses conceitos de disponibilidade, “resistência” e “disponibilidade efetiva”, segundo Frenk (1985), referem-se às características dos recursos da Atenção à Saúde. Do outro lado, o autor emprega o conceito “poder de utilização” como uma característica da população de usuários potenciais ou reais dos serviços que seria, a capacidade de uma pessoa ou grupo de pessoas adquirir algum bem ou serviço; o conjunto de características da população que lhe permite buscar e obter atenção. Desse modo, os conceitos de “resistência” e “poder de utilização” são complementares. Assim, o autor conclui, definindo “acessibilidade” como “a relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção (‘resistência’) e as capacidades correspondentes da população em superar tais obstáculos (‘poder de utilização’).” Esses obstáculos são divididos em ecológicos, financeiros e organizacionais, enquanto que o “poder de utilização” pode ser, por exemplo: tolerância quanto ao tempo de espera para a obtenção de consultas, disponibilidade de tempo, poder financeiro, tolerância para com as regras burocráticas, dentre outros. Assim, o autor avança ao analisar que não existe um modelo organizacional único, avaliando que o grau de acessibilidade não é definido pela resistência e poder de utilização considerados isoladamente, e sim, pela relação entre esses dois componentes. Por exemplo, um aumento do tempo de espera para atendimento é um obstáculo, mas não define a acessibilidade se não for avaliado o tempo livre da população. É necessário, portanto, observar fatores advindos dos serviços e associá-los às

características da população que busca a atenção. Os obstáculos não possuem todos a mesma importância, variando entre os diversos sistemas de saúde e comunidades; cada um tem o seu valor, de acordo com o poder correspondente das pessoas em superar tais obstáculos (Frenk, 1985).

A “acessibilidade”, que inclui a habilidade de obter o cuidado quando necessário e de forma fácil e conveniente, é um importante determinante da qualidade (Donabedian, 1990). O conceito de “acessibilidade” pode ser percebido de forma mais ampla e complexa, integrada pelas categorias de: distância/tempo entre a população e as unidades de saúde; oportunidade (ação de prestar o serviço em sintonia com a demanda); funcionalidade (capacidade dos serviços para resolverem o problema); custos diretos da atenção e indiretos (como medicamentos, salário perdido, preço do transporte); e aceitação do demandante do modo e características como se produz a atenção (Barrenechea, Trujillo e Chorny *apud* Giovanela e Fleury, 1996).

Frenk (1985) diferencia os estudos de utilização dos serviços daqueles de “acessibilidade”, pois o primeiro tende a considerar apenas as características da população e dos recursos de saúde, enquanto que o segundo procura analisar o grau de ajuste entre essas características.

As condições de “acessibilidade” aos serviços básicos de atenção à saúde, segundo Oikawa (2001) englobam um conjunto de variáveis como: distância entre a moradia e o serviço de saúde, capacidade de oferta do serviço, receptividade do funcionário para com o usuário, intervalo de tempo entre o agendamento e a obtenção da ação de saúde requerida pelo paciente, necessidade deste, entre outras.

Autores como Hortale, Pedroza e Rosa (2000a) propõem que o “acesso” é uma referência a ser atingida em qualquer organização de serviços, devendo ser orientador de todas as políticas. Acrescentam ainda que ele é fundamental no sistema de saúde, independente das justificativas que possam ser dadas para sua não efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização...). Definem, assim, o “acesso” como um valor constituído pelas dimensões de participação (no processo de decisão, nos mecanismos e nas finalidades do sistema de saúde), autonomia (informação,

opção, prestação de contas, democratização), qualidade (continuidade, globalidade, pertinência e satisfação) e equidade (universalidade e “acessibilidade”).

O “acesso” pode ser dividido em sócio-organizacional¹⁰ e geográfico. O primeiro, inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. O segundo, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços (Donabedian, *apud* Arcucio, 1996, p.232).

Penchansky e Thomas limitam o significado de “acessibilidade” estritamente aos aspectos geográficos, subordinando este conceito a uma definição muito ampla de “acesso”. Os autores definem “acesso” como um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como: disponibilidade, “acessibilidade”, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade.

A disponibilidade (“*availability*”) seria a relação entre o volume e o tipo de serviços e recursos existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades.

A “acessibilidade” (“*accessibility*”) é discutida, neste caso, como a relação entre o local da provisão de serviços e a localização dos clientes, levando em consideração os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos.

A acomodação ou adequação funcional (“*accomodation*”) é a relação entre o modo como a oferta está organizada para acolher os clientes (incluindo sistemas de marcação de consultas/agendamento, horário de atendimento, serviços de telefonia) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos.

A capacidade financeira (“*affordability*”) é tratada como a relação entre os preços dos serviços, seguros ou depósitos, segundo o mantenedor, e a capacidade de pagamento, ou a existência de seguro-saúde, por parte do cliente.

¹⁰ O “acesso” organizacional envolve questões como habilidade de conseguir marcar quando doente, de agendar e obter informação por telefone, pontualidade das consultas, conveniência da localização da unidade e conveniência de horários (Safran, 1998).

A aceitabilidade¹¹ (“*acceptability*”), por sua vez, é a relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços àqueles clientes, por exemplo, um homem não querer ser atendido por uma médica, por ser mulher.

As cinco dimensões representam um fenômeno intimamente relacionado, não sendo facilmente separadas, explicando o porquê dos autores as considerarem como parte de um único conceito: “acesso”. Em alguns serviços, a acessibilidade geográfica pode ser influenciada por aspectos da disponibilidade. Em outros locais com disponibilidade equivalente e acessibilidade geográfica diferente, esta última pode não influenciar tanto a procura pelo serviço, sendo a aceitabilidade a mais importante dimensão. A disponibilidade afeta a acomodação e a aceitabilidade. Problemas com algum componente do “acesso” podem influenciar usuários e o sistema de três maneiras: diminuição da utilização do serviço, menor grau de satisfação dos clientes com o serviço, ou padrões da prática do provedor afetados como, por exemplo, redução do tempo de consulta (Penchansky e Thomas, 1981).

Giovanella e Fleury (1996) utilizam modelos teóricos para caracterizarem a categoria “acesso” em quatro dimensões e analisarem as condições de “acessibilidade”. A primeira dimensão seria econômica (modelo economicista), na qual a relação oferta-demanda é moldada na forma de organização da assistência à saúde. Procura-se mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos medindo-se a decisão dos consumidores em relação a fatores como o seu conhecimento da oferta, percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundos do universo familiar. Na dimensão técnica (modelo sanitarista planejador), o “acesso” seria visto como uma possibilidade a ser garantida pelo Estado, a partir da distribuição planejada de recursos da rede de serviços, favorecendo uma localização adequada, a disponibilidade e uma articulação funcional dos

¹¹ A aceitabilidade é identificada por Donabedian (1990) como um dos sete componentes da qualidade nos cuidados de saúde, referindo-se à conformidade dos serviços às aspirações, expectativas e valores dos pacientes e de sua família, sendo composto por fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde. Na sua classificação a aceitabilidade compreende o “acesso”, a relação médico-paciente, a percepção de conforto e satisfação, as preferências do paciente em relação aos efeitos e aos custos do tratamento.

serviços de acordo com a demanda. A terceira dimensão seria política (modelo sanitarista politicista), analisado através da noção de consciência sanitária, na qual o “acesso” é visto, não apenas como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, e sim como a construção, pela participação cidadã, do sistema, e a conformação de suas práticas, requerendo também essa participação na gestão e controle social. Na dimensão simbólica (modelo das representações sociais), procura-se entender como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários, de acordo com as representações dos próprios usuários acerca do processo saúde-doença.

Para Aday e Andersen: “... a prova do “acesso” em si não consiste apenas na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite.”

No entanto, em relação à APS o “acesso” deve ser universal e não, necessariamente, relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento (Starfield, 2002, p.65).

“... a discussão do ‘acesso’ carrega em si a questão filosófica da equidade do sistema de saúde ...” (Hortale *et al*, 2000, P.65).

Enfim, em se considerando esta breve revisão, são diversos os conceitos e variadas as definições sobre as categorias logísticas que podem ser aplicadas empiricamente em estudos sobre o “acesso” e/ou a “acessibilidade” aos serviços de saúde.

Neste estudo, após a descrição das diversas concepções acerca da categoria “acesso”, define-se o acesso como a possibilidade do usuário chegar ao serviço de saúde e conseguir um atendimento contínuo e resolutivo. Algumas das categorias logísticas referidas puderam ser utilizadas empiricamente no presente estudo e estão descritas adiante, no capítulo sobre a metodologia.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral:

Analisar características e condições de acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família em municípios da região metropolitana do Ceará.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as principais características associadas com a estrutura e processo de organização dos serviços de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família nos municípios estudados;

- Analisar as condições que facilitam ou dificultam o acesso dos usuários aos serviços clínicos de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família, sob o ponto de vista dos cirurgiões-dentistas das equipes de Saúde Bucal;

2. METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Visando a atingir os objetivos propostos pela pesquisa, foi realizado um estudo descritivo de caráter exploratório e de natureza predominantemente quantitativa, do tipo Pesquisa Avaliativa (Contandriopoulos *et al*, 1997), sobre as características e condições de acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal de usuários adscritos no Programa Saúde da Família (PSF) de três municípios do estado do Ceará, no ano de 2005.

2.2 LOCAIS E POPULAÇÃO DO ESTUDO

No estudo foram selecionados serviços de Saúde Bucal do PSF localizados em três municípios da região metropolitana de Fortaleza: Eusébio, Maracanaú e São Gonçalo do Amarante. A região metropolitana de Fortaleza é composta por treze municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maranguape, Maracanaú, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante. Não foi realizado um cálculo estatístico que resultasse em um número de municípios com representatividade para a região, pois não seria possível a concretização do estudo com um número maior que três municípios. Os municípios foram selecionados, observando-se, apenas, se continham as condições necessárias à realização da pesquisa, e não sorteados, pois se pretendia realizar estudos de caso para o conhecimento das condições propostas nos objetivos anteriormente descritos. Os critérios de inclusão considerados para a seleção dos municípios foram :

- proximidade de Fortaleza, em razão da facilidade de acesso e baixo custo para o levantamento de dados e informações;

- tempo de implantação e funcionamento das equipes de Saúde Bucal no PSF de pelo menos dois anos, visto que, para se investigar as condições e características de acesso, nesse tipo de estudo, faz-se necessário um tempo mínimo de organização do serviço;
- existência de serviços do PSF com áreas de abrangência delimitadas;
- alta cobertura de serviços de Saúde Bucal nos municípios;

O município de Eusébio localiza-se a 17,7 Km de Fortaleza, possui uma área geográfica de 76,58 Km², com uma população estimada em 38.452 habitantes, em 2005, e uma taxa de urbanização de 100%. O município possui 10 equipes de Saúde Bucal e 10 equipes de Saúde da Família.

O município de Maracanaú localiza-se a 24,6 Km de Fortaleza, possui uma área geográfica de 105,7 Km² e uma população estimada de 206.306 habitantes em 2005, com uma taxa de urbanização de 99,69%. O município possui 28 equipes de Saúde Bucal cadastradas e 45 equipes de Saúde da Família

O município de São Gonçalo do Amarante localiza-se a 59,1 Km de Fortaleza, possui uma área geográfica de 782 Km², com uma população estimada de 39.566 habitantes e uma taxa de urbanização de 61%. Atualmente o município possui 11 equipes de Saúde Bucal em funcionamento e 11 equipes de Saúde da Família.

O estudo foi realizado em todas as unidades do PSF que possuíam dentistas, nos três municípios.

A partir da escolha dos municípios, foi definida a seleção dos respondentes da pesquisa, sendo todos os integrantes da Coordenação e dos serviços de Saúde Bucal, no momento da pesquisa de campo. Foram selecionados:

- O coordenador da Saúde Bucal no PSF de cada município (três no total); e
- 46 dentistas das equipes do PSF, sendo 9 de Eusébio, 10 de São Gonçalo do Amarante e 27 de Maracanaú¹².

¹² No momento da pesquisa, embora houvesse 10 equipes implantadas em Eusébio, só foram identificados nove dentistas. O mesmo ocorreu no município de São Gonçalo, das 11 equipes, só foram identificados 10 dentistas. Em Maracanaú, foram entrevistadas 27 equipes, não sendo possível a coleta de dados na equipe indígena.

2.3 COLETA DOS DADOS E INFORMAÇÕES

Para a descrição da forma de organização do acesso aos serviços de Saúde Bucal na ABS, foi aplicado um questionário semi-estruturado para os três coordenadores de Saúde Bucal (anexo I). Do mesmo modo, para a descrição de características e condições de acesso nos serviços de Saúde Bucal do PSF dos três municípios, outro questionário semi-estruturado foi aplicado aos 46 respondentes dentistas (anexo II).

Como complemento dos dados coletados nos questionários, também foi realizada:

- observação sistemática nas Unidades Básicas de Saúde, com o preenchimento de listas padronizadas de checagem de informações/*check lists* (anexo V) e do “diário de campo”;

- análise documental, através de informações provenientes de documentos formais como os “Planos Municipais de Saúde” (2004-2008), normas e regulamentações para Saúde Bucal – ABS e dados do Sistema de Informação em Saúde do DATASUS, IBGE e IDB-Ceará.

Posteriormente, procedeu-se um levantamento da demanda reprimida, através de um formulário preenchido por todos os responsáveis pela marcação de consultas odontológicas nas referidas equipes no período de julho a setembro de 2005. No entanto, estes dados coletados não foram utilizados para análises comparativas na pesquisa.

2.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

2.4.1 Método e técnicas de processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram processados, codificados e analisados através do programa Epi Info versão 6.4. Posteriormente, os dados foram ordenados por tabulações simples e cruzadas para a análise comparativa entre serviços e municípios.

As técnicas utilizadas para a ordenação e análise dos dados e informações foram:

- Tabulação simples: dados provenientes dos questionários, das *check lists*, do diário de campo e dos Sistemas de Informações em Saúde do DATASUS;
- Análise Documental: informações provenientes de documentos formais como os Planos Municipais de Saúde (2004-2008), normas e regulamentações para Saúde Bucal – ABS *etc*;

Os dados e informações foram comparados a partir de codificações preestabelecidas para análise dos dados empíricos (categorias logísticas e variáveis).

2.4.2 Categorias logísticas e variáveis consideradas

Analisou-se, primordialmente, a forma de organização de cada unidade de saúde em relação aos fatores associados ao acesso aos serviços, sendo observadas, dentre outras variáveis:

- a modalidade das equipes de Saúde Bucal;
- o número de usuários adscritos à cada unidade;
- a distância média da unidade em relação ao local de moradia dos usuários;
- o horário de funcionamento da unidade;
- o sistema de marcação de consultas;
- as prioridades para o agendamento;
- os tipos de serviços disponíveis; e
- a capacidade de atendimento esperada em cada unidade.

A cobertura efetiva refere-se a proporção de pessoas que precisam de um serviço e o recebem efetivamente, em um determinado período (Fomigli, Costa e Porto, 2000). Nem toda necessidade de atenção é percebida pelo usuário e, segundo Kohn e White (*apud* Hortale, Pedroza e Rosa, 2000b, p.61), nem toda necessidade percebida se transforma em uma demanda real de serviços, devido, tanto aos obstáculos ao “acesso” da população, quanto à resistência imposta pelas modalidades organizacionais.

“O conceito de cobertura, como é preconizado pela OPAS, deve transcender os limites tradicionais de uma simples proporção numérica implicando, isto sim, a admissão de que existe uma relação dinâmica na qual intervêm, por um lado as necessidades e aspirações da população, expressas pela demanda dos serviços e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda” (Unglert *et al*, 1987).

A disponibilidade, considerada no estudo, é a relação entre o volume e tipo de serviços existentes e o volume de clientes e tipo de necessidades desses clientes.

Em relação às pessoas que sentem necessidade e procuram o serviço (demanda), não foi possível na pesquisa, a obtenção do número real de usuários que chegam até a unidade e não conseguem vaga para atendimento. Assim, o estudo deteve-se à análise da cobertura através de dados como número de famílias sob responsabilidade da equipe de Saúde Bucal e dados da capacidade de atendimento do serviço.

A acessibilidade geográfica é dada pela relação entre a localização da oferta e a localização dos clientes, em termos de tempo, distância e custos. O conceito de barreira geográfica é formado a partir dos obstáculos naturais ou provindos da urbanização, que terminam por criar “distâncias relativas”, sendo algumas barreiras geográficas: represas, rios, vias expressas com alto fluxo de veículos, leito de estrada de ferro, grandes áreas verdes e presença de áreas fechadas, dentre outras (Unglert *et al*, 1987). Assim, a acessibilidade geográfica foi analisada em relação à distância e tempo de deslocamento até a unidade de saúde.

Nesta pesquisa não foram considerados os custos associados ao acesso dos serviços de Saúde Bucal do PSF nos municípios, visto que os serviços são ofertados pelo Sistema Único de Saúde e a grande maioria dos pacientes se desloca a pé ou com bicicleta, não havendo um maior custo com transporte. Além disso, o estudo não se propôs a estudar custos indiretos como perda de horas de trabalho, por exemplo.

A adequação funcional ou acomodação é considerada, nesta pesquisa, como a relação entre o modo como a oferta está organizada para receber os clientes e a capacidade dos clientes em se acomodarem a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos, levando em conta características como sistema de agendamento, tempo de espera para conseguir marcar uma consulta e para ser atendido, serviços de telefonia e

horário de funcionamento. Como a pesquisa não se estendeu à opinião dos usuários, não foi possível avaliar a adequação funcional, mas foi realizada uma descrição da forma de organização dos serviços estudados para receberem os clientes.

A aceitabilidade é considerada, no estudo, como a conformidade dos serviços às aspirações, expectativas e valores dos clientes, incluindo fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde como: relação profissional de saúde-paciente, percepção de conforto e satisfação do usuário. Nesta pesquisa a aceitabilidade também não pôde ser avaliada, pois não foi possível a realização de entrevistas com os usuários do serviço. O que se observou foram elementos da estrutura do serviço que estão relacionados ao conforto da unidade de saúde, além da satisfação dos cirurgiões-dentistas com essa estrutura.

A resolubilidade, investigada na pesquisa, refere-se a uma associação entre o número de pessoas que iniciam o tratamento (número de primeiras consultas de todos os pacientes, excetuando as urgências) e o número de pessoas que possuem todas as suas necessidades odontológicas básicas atendidas (números de tratamentos concluídos). Ou seja, o acesso ao tratamento básico completo e resolutivo. Em geral, as equipes têm o controle do número mensal de primeiras consultas, mas este não corresponde ao número de pacientes atendidos pela primeira vez. Apenas um dos municípios estudados possui dados na secretaria de saúde sobre o número de tratamentos concluídos, impossibilitando a utilização dos referidos dados, de acordo com o planejamento da pesquisa.

2.5 LIMITES DO ESTUDO

Durante a realização da pesquisa, não foi possível a concretização de todas as etapas planejadas como:

- População de estudo – os demais profissionais de saúde (técnico de higiene dental, atendente de consultório odontológico, Agentes Comunitários de Saúde etc.) e os

usuários¹³ dos serviços de Saúde Bucal do PSF nos três municípios, embora estivessem incluídos na previsão inicial como respondentes da pesquisa, foram excluídos, posteriormente, em razão da exigüidade de tempo e da insuficiência de recursos financeiros para a consecução do trabalho de campo.

- Levantamento da demanda reprimida – embora tenha sido realizado o preenchimento de um instrumento que visava o levantamento de quantas pessoas chegavam nos dias de marcação de consulta, quantas conseguiam atendimento, quantas retornavam sem agendamento e o horário de chegada destes usuários, durante os meses de julho, agosto e setembro de 2005, esses dados não foram utilizados no estudo devido à grande diversidade e heterogeneidade dos modos de agendamento nas unidades (inclusive de um mesmo município), o que dificultou a tabulação e análise dos dados, partindo do princípio que, a contagem da demanda reprimida deveria ser diferente entre as equipes que agendam uma vez diariamente, duas vezes diariamente, as que agendam semanalmente, quinzenalmente e mensalmente. Outros fatores que limitaram essa etapa do estudo foram a falta de confiabilidade desses dados quanto ao preenchimento por parte dos responsáveis pelo agendamento, e o fato que muitos usuários chegavam às unidades de saúde antes destas “abrirem seus portões” e, sabendo que só seria atendida uma quantidade de pacientes por turno (de seis a doze, dependendo da equipe de saúde bucal), caso já existisse esse número de pessoas na espera, o restante não permanecia na unidade para “tentar uma vaga”. Ou seja, quando os responsáveis pela marcação das consultas chegavam às unidades, geralmente havia o número exato de pessoas que seriam atendidas no dia, traduzindo a falsa idéia de uma pequena ou inexistente demanda reprimida.

Outras dificuldades do estudo:

- devido ao pequeno número de dentistas inseridos nas equipes de saúde bucal, houve uma grande preocupação com a obtenção da resposta de todos os questionários, para que a pesquisa realmente representasse a realidade local.

- para a realização de uma pesquisa avaliativa, foi necessário o conhecimento mais aprofundado da forma de organização do serviço através de um grande número de

¹³ Por amostragem.

perguntas abertas incluídas nos questionários direcionados aos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões dentistas. Para a quantificação de alguns dados foram necessários diversos retornos aos informantes do estudo para checagem de informações contraditórias e esclarecimento de dados confusos ou inexistentes, muitas vezes não respondidos pelos participantes devido à característica livre das perguntas. Algumas informações não puderam ser tabuladas através do programa epi info, porém por se apresentaram como de suma importância para o conhecimento da realidade pesquisada, como os fatores apontados pelos dentistas como facilitadores e dificultadores do acesso e suas sugestões, foram categorizadas e descritas no capítulo de resultados.

2.6 QUESTÕES DE NATUREZA ÉTICA

Todos os requisitos de natureza ética contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde foram observados e respeitados.

Confeccionou-se um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo III e IV), no qual os entrevistados foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e procedimentos utilizados, com a garantia de esclarecimentos antes e durante o trabalho de campo, liberdade para a recusa quanto a participação ou a remoção do consentimento em qualquer fase da pesquisa, e com o comprometimento de se evitar danos e se garantir o anonimato dos sujeitos participantes do estudo.

Conforme a exigência normativa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), o projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética (anexo V). Em seguida, o trabalho foi executado sob obediência incondicional aos preceitos éticos preestabelecidos pelo referido Comitê.

3. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

3.1.1 EUSÉBIO

3.1.1.1 Aspectos Gerais

O município de Eusébio compõe a microrregional I (MR 1 - Fortaleza) e possuía uma população estimada de 38.451 habitantes em 2005, sendo 13.877 na faixa etária de 0 a 14 anos, estando distribuída em uma área geográfica de 76,58 Km². Sua taxa de urbanização é de 100%, com densidade demográfica de 502,1. Localiza-se entre os municípios de Fortaleza e Aquiraz, distando 17,7 Km da capital do Estado. É um município novo, tendo sido emancipado em 1987, desvinculando-se de Aquiraz. Porém, apenas em 1989, após primeira eleição no município, em novembro de 1988, começou a atuar com autonomia financeira e administrativa.

Em face da sua proximidade com o litoral, apresenta áreas de mangue, contando com uma reserva ecológica com cerca de 10Km de vegetação preservada com sua biodiversidade original; além de ser banhado pelos rios Pacoti e Cauaçu, por dois açudes e seis lagoas, sendo uma delas a segunda maior do Estado.

O IDH do município, em 2000, (IDH-M)¹⁴ era de 0,684 (IDH Ceará = 0,70), sendo que a proporção de pobres¹⁵ em 2000 era de 63,3% (no Ceará, esse percentual é de 57%). A sua economia é movida por atividades terciárias, em especial, pelas grandes indústrias em atividade no município e, em menor escala, pela comercialização de frutas, hortaliças e produtos granjeiros. É uma região que vem apresentando um grande crescimento imobiliário, sendo alvo de grandes investimentos por grupos estrangeiros.

¹⁴ O IDH-M tem as dimensões de educação, longevidade e renda. Varia de 0,0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o IDH do município.

¹⁵ Percentual da população com renda familiar “per capita” de até meio salário mínimo.

A população do município era classificada, de acordo com a distribuição da população nos países em desenvolvimento, como “muito jovem”, visto que 66% têm idades inferiores a 30 anos.

O sistema educacional do município vem conseguindo alguns avanços, principalmente a partir da criação da lei do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental (FUNDEF) e, em 2005, 97,2% dos estabelecimentos de ensino da rede pública pertenciam ao município, que registrou um aumento de 14,35% de alunos matriculados entre 2000 e 2003. A taxa de analfabetismo de sua população¹⁶ em 2000 era de 23,8%, sendo que a taxa de escolaridade inferior a quatro anos de estudo¹⁷ era de 42,9%.

Considerando a mortalidade infantil como indicador das condições de vida e saúde de uma comunidade, a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em 2004 era 14,6 (MR 1 = 20,6 e Ceará = 22,5).

3.1.1.2 Organização do Sistema de Serviços de Saúde

A organização da rede básica de saúde se iniciou em 1988, após o pleito eleitoral. Em 2005, o município contava com 10 unidades básicas de saúde e cinco postos de saúde, distribuídos em 10 áreas de abrangência, além do Hospital “Amadeu Sá” e do Centro de Reabilitação, que desenvolviam ações especializadas em pequena escala.

As atividades realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde têm como eixo principal a estratégia Saúde da Família. O município contava, em 2005, com 21 consultórios médicos, 11 consultórios odontológicos, 12 consultórios de enfermagem, seis serviços de fisioterapia e um serviço de fonoaudiologia.

As ações especializadas de neurologia, psiquiatria, dermatologia, cardiologia, cirurgia geral, pediatria, gineco-obstetrícia, anestesiologia, além das consultas de psicologia, traumatologia, terapia ocupacional e fisioterapia são realizadas de acordo com

¹⁶ Percentual na população de 15 anos e mais de idade.

¹⁷ Percentual na população de 15 anos e mais de idade.

o encaminhamento das equipes de Saúde da Família. As demais ações especializadas são referenciadas a outros municípios.

Embora o Programa de Saúde da Família (PSF) tenha sido implantado no estado do Ceará em 1994, o município de Eusébio só aderiu ao programa no ano 2000, habilitando sua primeira equipe. Em 2001, contava com nove Equipes de Saúde da Família (ESF), iniciando suas ações em Saúde Bucal dentro do programa com a habilitação de quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB).

A partir de 2004, foi cadastrada mais uma ESF e hoje todas possuem Equipes de Saúde Bucal em sua composição, com 100% de cobertura no município pelas ESBs. Dessa forma, o município possui paridade entre o número de Equipes de Saúde Bucal e o número de Equipes de Saúde da Família, estando de acordo com a proposta da portaria nº673/GM de 2003 que estabelece que poderão ser implantadas quantas ESB forem necessárias no município, desde que não ultrapasse a paridade de 1 ESB para 1 ESF. Esta condição reduziu o número de pessoas sob responsabilidade da ESB pela metade (considerando a portaria nº 267/GM de 2001, que previa 1 ESB para 2 ESF) o que, teoricamente, criaria condições mais propícias para a melhoria do acesso, e uma maior proximidade da comunidade com a equipe.

Caso o município possuísse cobertura de 100% de sua população, considerando que a estimativa do número de habitantes era de 38.451 pessoas, e que as 10 equipes estivessem em pleno funcionamento, cada Equipe de Saúde Bucal deveria ser responsável por uma média de 3.845 pessoas, abaixo da média de 6.900 habitantes, proposta, inicialmente, como parâmetro pelo Ministério da Saúde, valor este que os municípios têm procurado reduzir, com vistas à ampliação do acesso. Porém a distribuição do quantitativo de usuários por ESB ainda era assimétrica; de acordo com os dados obtidos pela pesquisa: 33,3% das equipes eram responsáveis, cada uma, por menos de 3.000 habitantes, enquanto que 11,1% das equipes eram responsáveis por entre 7.000 a 9.000 usuários.

No momento do estudo, apenas nove dentistas estavam atuando no PSF (aguarda-se a instalação de um consultório odontológico que foi deslocado para o centro

de especialidades). Das nove equipes de Saúde Bucal, uma ficou de abril a julho sem condições completas de funcionamento, por problemas técnicos no consultório.

O município contava ainda com 49 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que cobriam cerca de 81% das famílias. Planejava-se então, um aumento da cobertura a partir de uma nova territorialização, com a contratação de 14 a 20 novos ACS em 2006.

Como atividades previstas no Plano Municipal de Saúde (2005 a 2008), especificamente em relação ao modelo de Atenção à Saúde constavam:

- a reorganização dos serviços de saúde;
- a adequação da capacidade instalada para o bom desempenho das ações e serviços de saúde;
- a implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em todos os níveis de atenção;
- a ampliação do acesso e qualificação da atenção a toda a população do município, assegurando a cobertura ideal do PSF;
- a implantação, no âmbito do município, do serviço de referência, adequando o seu funcionamento; e
- a regulação do acesso de pacientes de outros municípios.

Em relação ao Programa de Saúde da Família previa-se:

- a ampliação da cobertura do PSF, incrementando o número de ESF para 14;
- a garantia de contratação de pessoal através de concurso público, a ser realizado no final de 2005;
- a capacitação dos recursos humanos das equipes, além do gestor e equipe técnica da secretaria municipal de saúde;
- a ampliação do apoio diagnóstico; e
- a implantação e/ou implementação das ações estratégicas mínimas das sete áreas básicas, de acordo com o preconizado na NOAS-2002.

Em relação à Saúde Bucal, o objetivo do plano municipal de saúde (2005 a 2008) previa assegurar a realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da

Saúde Bucal da população, prioritariamente para crianças de 0 a 14 anos e gestantes.

Como resultados esperados propunha-se:

- a maior oferta de ações preventivas, garantindo material suficiente para execução dessas ações; trabalho de educação em saúde efetivo;
- a assistência odontológica suficiente e qualificada, prioritariamente à população de 0 a 14 anos e gestantes, atendimento a urgências odontológicas, aquisição de materiais, equipamentos e instrumentais suficientes, com espaço adequado para armazenamento do material de consumo, além de manutenção preventiva e corretiva de qualidade nos equipamentos de odontologia;
- o monitoramento dos indicadores epidemiológicos;
- a redução de 20% do CPOD e CEO da população de 0 a 14 anos;
- a realização de 8 procedimentos/ano em 6% da população de 5 a 14 anos; e
- a realização de 1 procedimento curativo por habitante/ano.

Já o Pacto da Atenção Básica estabeleceu como metas (também observadas nos demais municípios estudados):

- aumentar a taxa de cobertura de primeira consulta odontológica¹⁸;
- aumentar a razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos¹⁹ e
- diminuir a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

Analisando a série histórica do município de Eusébio, quanto aos três indicadores pactuados na Atenção Básica em Saúde Bucal (Tabela 1), é possível observar que houve um aumento nos dois primeiros indicadores (taxa de cobertura de primeira consulta e razão de procedimentos odontológicos coletivos, embora neste último não se alcançou o que foi pactuado), e uma grande redução da proporção de exodontias, a partir

¹⁸ É um indicador que avalia o acesso da população aos serviços de saúde bucal, sendo calculado, a partir do percentual de habitantes que recebeu a primeira consulta odontológica, em relação à população total residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (Ceará, 2005).

¹⁹ É um indicador que dimensiona a cobertura dos procedimentos coletivos (composto de educação em saúde exame epidemiológico, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada), sendo o valor obtido, a média anual de população coberta por procedimentos (Ceará, 2005).

da implantação das equipes de saúde bucal do PSF; buscando atingir os objetivos do Pacto de Atenção Básica. Em 2004 foi pactuado para o primeiro indicador, o índice maior que 15, sendo alcançado 20,2 [Microrregião 1 (MR 1) = 10,4 e Ceará = 11,6]; para o segundo indicador foi pactuado o índice maior que 0,1, sendo alcançado 0,03 (MR 1 = 0,1 e Ceará = 0,2); e para o terceiro indicador, foi pactuado o índice menor que 18, sendo alcançado 13,04.

Tabela 1 - Taxa de Cobertura da primeira consulta odontológica, razão de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais no município de Eusébio, no período de 2002 a agosto de 2005.

Município/ano	Cob. 1ª cons. odont.	Raz. proc. odont. col.	% exo./ações ind.
Eusébio/2002	17,26	-	31,13
Eusébio/2003	17,41	0,03	21,16
Eusébio/2004	20,21	0,03	13,04
Eusébio/ago.2005	14,17	0,17	9,98

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE, 2005.

3.1.1.3 Atenção Secundária Odontológica

O centro de especialidades (CEO) de Eusébio foi implantado em abril de 2005 (antes não havia CEO, nem pactuação intermunicipal para o setor odontológico), localizando-se ao lado do Hospital Municipal Amadeu Sá, funcionava de segunda a sexta de 7:00h às 22:00h. Assim, além do atendimento especializado, o município contava com um serviço noturno de urgência, horário em que as unidades de Atenção Básica não funcionam.

Em termos de organização das demandas de referência, os pacientes que necessitavam de serviços especializados eram agendados por telefone, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), e referenciados para o CEO. Os pacientes referenciados já saíam com o cartão de encaminhamento constando dia e horário da consulta, além da ficha de referência. Foi relatado por uma equipe que, muitas vezes, os pacientes faltavam ao atendimento de referência por não terem dinheiro para a passagem de ônibus.

De acordo com os dentistas entrevistados, a contra-referência ainda não funcionava a contento, pois nem sempre o paciente retornava com a ficha de contra-referência para a sua UBASF de origem para acompanhamento, resolvendo, muitas vezes, o seu problema, no próprio centro de especialidades.

Para que o tratamento básico seja concluído, muitas vezes é necessário o atendimento especializado, sendo o setor de endodontia, o mais requisitado, neste caso. Portanto, neste setor, devido a maior procura, havia uma lista de espera com agendamentos para um tempo médio de espera de 30 dias. Para as outras especialidades odontológicas, geralmente o tempo médio de espera era de uma semana a 15 dias.

O CEO atuava nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia, pacientes especiais, dentística e odontopediatria, além de ortodontia e prótese (ambas estavam em fase de implantação, aguardando a instalação do laboratório de prótese dentária). A unidade possuía nove profissionais trabalhando nas diversas áreas especializadas, sendo que três trabalham na endodontia, totalizando 85 horas semanais nesse setor.

Em 77,8% das UBASF, os pacientes contra-referenciados tinham prioridade no atendimento, nas outras necessitavam “entrar novamente na fila” para concluir o tratamento básico. Como o CEO era um serviço com pouco tempo de funcionamento, e o objeto da pesquisa não focalizava especificamente a atenção secundária, não foi avaliado, em detalhes, o fluxo de referência e a contra-referência desses pacientes, nem se a disponibilidade do serviço era suficiente para as necessidades da população.

3.1.2 SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.1.2.1 Aspectos Gerais

O município de São Gonçalo integra a II Célula Regional de Saúde (MR 2 – Caucaia) e possui área territorial de 782Km², contando com uma população de 39.566 habitantes, sendo 13.961 pessoas na faixa etária de 0 a 14 anos em 2005. Possui uma taxa de urbanização de 62%, com densidade demográfica de 50,59. Está localizado na região

norte do Estado, na faixa litorânea, na bacia hidrográfica do Curu, integrando a região metropolitana de Fortaleza a uma distância de 54 km da capital.

O município é dividido em sete distritos, e 14 micro-áreas de desenvolvimento. Conta ainda com o Porto do Pecém²⁰, constituindo-se, hoje, no principal portão de exportação do Estado. Seu IDH-M em 2000 era de 0,639 e a proporção de pobres era 71,1%.

O município possui como principais atividades econômicas e fontes de renda as culturas extensivas de mandioca, feijão, milho, cana-de-açúcar (agroindústria canavieira, destinada a suprir, principalmente, a unidade industrial de uma destilaria de cachaça), coco, caju (castanha de caju) e banana. Além da indústria de cerâmica, turismo, artesanato, comércio varejista, atividade pesqueira, pecuária, avicultura, e extração vegetal da cera e da fibra de carnaúba.

Sua taxa de analfabetismo, em 2000, era de 30%, sendo que a taxa de pessoas com escolaridade inferior a quatro anos era de 50,3%. A taxa de mortalidade infantil do município, em 2004, era 18 (MR 2 = 21,5).

3.1.2.2 Organização do Sistema de Serviços de Saúde

São Gonçalo do Amarante está habilitado na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal. O PSF foi implantado no município em 1996, sendo as primeiras Equipes de Saúde Bucal cadastradas em 2002. Em 2005, o município contava com 11 Equipes de Saúde Bucal para 11 Equipes de Saúde da Família, correspondendo à proporção de 1:1. Das cinco equipes da zona rural, duas estavam cadastradas na modalidade II. A porcentagem de cobertura da população pelas Equipes de PSF e Saúde Bucal, em 2004, estava estimada em 82,8%.

No momento do trabalho de campo da pesquisa, o município estava em processo de implantação de mais duas Equipes de Saúde Bucal, sendo uma de modalidade II, na busca de alcançar uma equipe por 2.450 habitantes.

²⁰ Porto “Governador Mário Covas”.

Caso o município possuísse cobertura de 100% de sua população, considerando que a estimativa do número de habitantes era de 39.566 pessoas, e que as 11 equipes estivessem em pleno funcionamento, cada Equipe de Saúde Bucal deveria ser responsável por uma média de 3.596 pessoas. No momento do estudo, 20% era responsável por menos de 3.000 pessoas, 50% das equipes eram responsáveis, cada uma, por entre 3.000 a 4.000 habitantes, e 10% das equipes era responsável por entre 7.000 a 9.000 usuários. Das 11 equipes, 10 estavam realmente em funcionamento, sendo que uma delas (que estava aguardando sua divisão em 3 ESB) respondia pelo atendimento de duas ESFs.

O município contava com o trabalho de 17 cirurgiões-dentistas, sendo três contratados e 14 concursados, com Plano de Cargos, Carreiras e Salários. Dos profissionais concursados, 11 estavam lotados em equipes de Saúde Bucal, três em “pontos de apoio”, dois trabalhavam como auditores e um trabalhava em atividades de Educação em Saúde. O município contava também com três bolsistas, dois THDs, 14 ACDs e dois brinquedistas trabalhando em Saúde Bucal na ABS.

Entre as metas incluídas no Plano Municipal de Saúde (2005-2008) constavam:

- alcançar a razão de procedimentos coletivos na população de 0 a 14 anos em 0,8;
- possibilitar o acesso de todas as crianças de 0-14 anos ao programa de fluoterapia e educação em Saúde Bucal;
- efetivar um dentista exclusivo para trabalhar educação em saúde;
- fluoretar as águas de abastecimento para consumo humano;
- implantar o atendimento de urgência odontológica 24 horas;
- expandir a Atenção Secundária Odontológica, suprindo todas as necessidades do município e região;
- padronizar os equipamentos das equipes de Saúde Bucal, com aquisição de aparelhos de RX e autoclaves para as unidades que ainda não possuem; e
- realizar oficinas de capacitação trimestrais para os profissionais.

Em se considerando a série histórica do Pacto da ABS (tabela 2), observa-se que o município conseguiu uma grande redução no terceiro indicador (proporção de exodontias). Quanto aos dois primeiros indicadores, obteve aumento, apesar de manterem

uma média alta e estarem alcançando o que está sendo pactuado. Em 2004, foi pactuado para o primeiro indicador, o percentual maior que 14 (sendo alcançado 23,5 (MR 2 = 8,2)); para o segundo indicador, foi pactuado o valor maior que 0,6, sendo alcançado 0,79 (MR 2 = 0,2); e, para o terceiro indicador, foi pactuado menor que 13, tendo alcançado o valor de 7,6.

Tabela 2 - Taxa de Cobertura da primeira consulta odontológica, razão de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais no município de São Gonçalo do Amarante, no período de 2002 a agosto de 2005.

Município/ano	Cob. 1ª cons. odont.	Raz. proc. odont. col.	% exo./ações ind.
São Gonçalo do Amarante /2002	40,77	1,40 ²¹	8,62
São Gonçalo do Amarante /2003	33,33	0,79	7,58
São Gonçalo do Amarante /2004	23,50	0,74	5,82
São Gonçalo do Amarante /ago.2005	19,29	0,66	3,71

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE, 2005.

Atualmente o município participa do programa *Proquali*²², que busca a melhoria da ABS através do atendimento das necessidades do usuário, valorização e reconhecimento dos trabalhadores da saúde e adequação/aperfeiçoamento das condições de trabalho, tendo como pressupostos a auto-avaliação e a autogestão. O programa utiliza um instrumento de melhoria do desempenho em ABS que abrange serviços ao usuário (informação para a saúde, visita domiciliar, procedimentos básicos, consulta da criança, do adolescente, de saúde reprodutiva, do adulto e de Saúde Bucal) e serviços de apoio (planejamento, recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços, recursos físicos e materiais, estatística e vigilância epidemiológica e biossegurança).

3.1.2.3 Atenção Secundária Odontológica

A Atenção Secundária Odontológica era executada no hospital de São Gonçalo, sendo que o serviço de urgência e emergência funcionava apenas pela manhã. De 7:30 às

²¹ Até o ano de 2002, o indicador razão de procedimentos coletivos era calculado dividindo-se a quantidade mês a mês, pelos meses diferentes de zero. A partir de 2003, a divisão começou a ser feita por todos os meses do ano.

²² Programa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em parceria com FNUAP, JHPIEGO, JHU/CCP, MSH e Pathfinder do Brasil.

11:30 e de 12:30 às 16:40 funcionavam também as especialidades de endodontia e cirurgia.

Em outubro de 2005 foi construído o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município, contando com 11 consultórios odontológicos e um laboratório de prótese. O CEO disponibilizava o atendimento nas áreas de: endodontia, prótese dental, ortodontia, dor orofacial, cirurgia buco-maxilo-facial, periodontia, estomatologia, pacientes especiais e radiologia.

No momento da pesquisa, coincidente com a implantação recente do CEO no município, 90% dos dentistas das ESB/PSF relataram referenciar rotineiramente pacientes para Atendimento Secundário no CEO. Os encaminhamentos das UBASFs eram realizados somente para duas especialidades: endodontia e cirurgia.

Algumas ESB/PSF agendavam o atendimento do CEO na própria UBASF. Neste caso, alguns pacientes levavam uma ficha de referência.

3.1.3 MARACANAÚ

3.1.3.1 Aspectos Gerais

O município de Maracanaú também integra a região metropolitana de Fortaleza, fazendo parte da III Microrregional de Saúde (MR 3 – Maracanaú) e possui 206.306 habitantes, sendo 67.663 crianças de 0 a 14 anos. É o quarto município em número populacional do estado do Ceará, com taxa de urbanização é de 99,69%, tendo uma densidade demográfica de 2.093 habitantes/Km².

A sua área é de 105,7Km², havendo, porém, um território de litígio entre este município e Fortaleza, motivo pelo qual alguns registros determinam que sua área seja de 82Km².

O município, antes distrito de Maranguape, foi emancipado em 1983, sendo, hoje, o segundo em arrecadação de ICMS do Estado, já que detém o maior distrito industrial do Ceará. Possui 2.672 empresas cadastradas em 2001, sendo a maior parte na área do comércio (1.665), seguida de indústrias de transformação (377). A economia local

sofreu uma grande mudança com a implantação do primeiro distrito industrial de Fortaleza – DIF I, em 1964, o que propiciou um aumento populacional, tendo a instalação das indústrias se dado efetivamente a partir da década de 80.

No entanto, o referido aumento demográfico não foi acompanhado por medidas para o desenvolvimento de infra-estrutura básica. Como exemplo, a rede de esgoto sanitário cobre apenas 51% da população.

O IDH²³ do município, em 2000, era de 0,736, sendo classificado como médio desenvolvimento e estando na terceira posição em relação aos municípios do Ceará. A proporção de pobres em 2000 era de 47,3%. O município possuía em 2005, uma taxa de analfabetismo de 15%, sendo que a taxa de pessoas com escolaridade inferior a quatro anos de estudo era de 28,5%. A Taxa de Mortalidade Infantil em 2004 era de 15,5 (MR 3 = 17,7).

3.1.3.2 Organização do Sistema de Serviços de Saúde

Maracanaú encontra-se na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme a NOB SUS 01/96; estando configurado município-pólo, de acordo com o Pacto de Microrregionalização dos Serviços. O município integra a terceira CERES (Célula Regional de Saúde) de Maracanaú e a Macrorregional de Saúde de Fortaleza.

Em 2002, o município contava com 28 estabelecimentos de saúde, sendo 21 públicos. Possuía 220 postos de trabalho de médicos, 89 de enfermeiros e 40 de odontólogos, tendo 27 equipos odontológicos.

Já em 2005, o município possuía 54 cirurgiões-dentistas, divididos entre o PSF, o centro de especialidades (CEO), a CEASA e escola municipal.

A prefeitura de Maracanaú implantou o PSF em 1997. Neste mesmo ano, o município foi um dos pioneiros na implantação de Equipes de Saúde Bucal, quando só havia equipes nos municípios de Beberibe e Quixadá.

²³ Baixo desenvolvimento humano ($0 \leq \text{IDH} < 0,5$); Médio desenvolvimento humano ($0,5 \leq \text{IDH} < 0,8$); Alto desenvolvimento humano ($0,8 \leq \text{IDH} < 1$).

No PSF estavam inseridas, em 2004, 45 Equipes de Saúde da Família, com cobertura de 53.015 famílias, o que correspondia a uma população de 183.955 habitantes. Cada equipe assistia em média 1.305 famílias. A média de habitantes por família, em 2004, era de 3,8 habitantes/família. O PSF contava, em 2005, com 48 Equipes de Saúde da Família e 28 Equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura de 87% das famílias. Na ocasião havia a previsão de ampliação das equipes de PSF para 56 equipes (existiam nove equipes qualificadas, mas ainda não cadastradas).

Caso o município possuísse cobertura de 100% de sua população, considerando que a estimativa atual do número de habitantes era de 206.306 pessoas, e que as 28 equipes estivessem em pleno funcionamento, cada equipe de Saúde Bucal deveria ser responsável por uma média de 7.368 pessoas, valor acima dos 6.900 habitantes propostos inicialmente pelo Ministério da Saúde. O que, em tese, dificultaria bastante o acesso da população aos serviços odontológicos básicos. No momento da pesquisa, apenas 7,4% das equipes eram responsáveis por menos de 3.000 habitantes, enquanto que 25,9% eram responsáveis por entre 5.000 e 7.000 pessoas, e 7,4% por mais de 9.000 usuários.

Apenas 44,4% das equipes trabalhavam com paridade de 1 ESB para 1 ESF. Sendo que 48,1% trabalhavam na razão de 1 ESB para 2 ESF, e 7,4% delas trabalhavam na razão de 1 ESB para 3 ESF.

Entre as equipes do PSF, existia uma equipe na área indígena, que recebia apoio financeiro da FUNASA. Na ocasião, havia a previsão para o desmembramento desta equipe em duas, sendo que uma delas ficaria responsável pela população indígena do município, formada por 1579 índios Pitaguarys, distribuídos em 366 famílias aldeadas e 44 famílias desaldeadas.

A cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) era de aproximadamente 90%, tendo-se o objetivo do alcance de 100% e da reterritorialização das AVISAS, nos próximos 12 meses.

O município estava dividido em seis Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA), de acordo com a lei municipal 561/97, que se constituíam em espaços territoriais com características geográficas, demográficas, políticas, epidemiológicas e de gestão

descentralizada, de planejamento público próprio, cujo objetivo é alcançar a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos, das famílias e da população como um todo. Cada AVISA possuía limites geográficos determinados por um contingente populacional em torno de 33.000 habitantes.

Entre as metas do Plano Municipal de Saúde, na gestão 2005-2008, constavam:

- fortalecimento e expansão da ABS;
- cobertura populacional pelo PSF igual a 100% e paridade de uma equipe de Saúde Bucal para uma equipe de PSF;
- ações de higienização bucal na população de 0 a 10 anos e realização de procedimentos cirúrgicos restauradores;
- ampliação das equipes que atuam em ações preventivas nas UBASF;
- ampliação das escolas atendidas pelo Programa Preventivo de Saúde Bucal;
- controle do flúor na água da CAGECE,
- incremento das ações preventivas e educativas no Programa Escola Saudável em crianças de 0 a 10 anos;
- organização da ABS de acordo com as necessidades epidemiológicas;
- estabelecimento de critérios de risco em Saúde Bucal;
- incremento do serviço de referência (CEO); e
- manutenção das metas de Saúde Bucal estabelecidas pela OMS.

Em relação à série histórica do pacto de atenção básica (tabela 3) o município conseguiu aumentar os dois primeiros indicadores e reduzir o terceiro (os dados de 2005 ainda são inconclusivos). Em 2004, alcançou o valor 9,01 em relação à taxa de primeira consulta odontológica (MR 3 = 11,6); para o segundo indicador, atingiu 0,44 (MR 3 = 0,4); quanto ao terceiro indicador, obteve 6,84.

Tabela 3 - Taxa de Cobertura da primeira consulta odontológica, razão de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos e proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais no município de Maracanaú, no período de 2001 a agosto de 2005.

Município/ano	Cob. 1ª cons. odont.	Raz. proc. odont. col.	% exo./ações ind.
Maracanaú/2001	7,40	0,25 ²⁴	19,96
Maracanaú /2002	6,36	0,55 ²²	10,02
Maracanaú /2003	9,94	0,39	9,42
Maracanaú /2004	9,01	0,44	6,84
Maracanaú /ago.2005	7,95	0,31	9,87

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE, 2005.

Em julho de 2005, o município possuía 29 equipes de Saúde Bucal (ESB), distribuídas em 21 UBASF e 6 AVISAS. Havia a média de um aparelho de RX por AVISA e cinco equipes modalidade II (equipe que possui técnico de higiene dental) uma por AVISA (com exceção da AVISA V).

3.1.3.3 Atenção Secundária Odontológica

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) foi implantado em 2002 e funcionava no Hospital Municipal de Maracanaú, oferecendo atendimento nas áreas de endodontia (só até pré-molar), dentística, diagnóstico bucal, odontopediatria, periodontia, radiologia, cirurgia buco-maxilo-facial e urgências odontológicas.

O CEO contava com seis consultórios odontológicos, nos quais trabalhavam 20 dentistas, e funcionava 24 horas, todos os dias da semana, atendendo às urgências nos horários em que UBASF não se encontram mais em funcionamento.

Segundo os respondentes dos questionários, a contra-referência do CEO para as UBASF nem sempre funcionava a contento, visto que em 18,5% das unidades, os pacientes não eram agendados em seu retorno.

²⁴ Até o ano de 2002, o indicador razão de procedimentos coletivos era calculado dividindo-se a quantidade mês a mês, pelos meses diferentes de zero. A partir de 2003, a divisão começou a ser feita por todos os meses do ano.

3.2 CARACTERÍSTICAS E CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.2.1 CONDIÇÕES DE ESTRUTURA

Através de questionamento aos dentistas sobre se eles consideravam o ambiente da unidade confortável para os usuários, 69,6% dos entrevistados afirmaram que o local era agradável para a população em atendimento (Tabela 4).

Quanto análise da infra-estrutura do serviço, através da observação sistemática, com o preenchimento de *check lists* (anexo V), foi constatado que, em apenas 37% das equipes, as unidades possuíam cadeiras (somente em equipes de São Gonçalo do Amarante e Maracanaú). Em geral, as acomodações para espera dos pacientes eram constituídas de bancos simples. Foram relatadas algumas observações dos dentistas quanto ao desconforto para os pacientes, por serem bancos duros e, em algumas unidades, bancos de concreto e sem encosto. Cerca de 65,2% dos dentistas relataram que esses bancos eram suficientes para a espera dos pacientes (alguns adiantaram que estava sendo providenciado um maior número de bancos) (Tabela 4).

Das equipes de Saúde Bucal, 56,5% trabalhavam em unidades com boa ventilação na sala de espera, as demais eram consideradas quentes, tornando desconfortável a espera do paciente pelo atendimento. Em 71,7% das ESB, observou-se uma sala de espera ampla e em 93,5% havia uma boa iluminação. Em 80,4% havia bebedouro para os pacientes (Tabela 4).

Em relação a entretenimento durante a espera, o que poderia ser considerado como um provável fator que contribui para a redução do “estresse” e ansiedade dos pacientes que aguardam o atendimento odontológico, em 47,8% das equipes havia uma televisão e em 39,1% havia brinquedos para as crianças (Tabela 4).

Em apenas 67,4% das equipes, as unidades possuíam sala de espera com um bom aspecto de limpeza. Todas as unidades possuíam banheiros em suas instalações, embora alguns deles nem sempre pudessem ser considerados como adequados (Tabela 4).

Quanto ao acesso a deficientes físicos, apenas em 43,5% das equipes havia rampas para facilitar o deslocamento desses usuários (Tabela 4).

Em relação ao ambiente clínico, 84,8% das ESB possuíam a sala clínica climatizada, o que pode ser considerado como um fator fundamental para o bom atendimento odontológico, visto as altas temperaturas médias dos locais estudados (Tabela 4).

Cerca de 59% das equipes possuíam música-ambiente na sala de atendimento clínico, sendo que muitos destes equipamentos eram levados pelos próprios profissionais (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das equipes segundo condições de infra-estrutura nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Variáveis	Número de equipes				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Unidade considerada como confortável	32	69,6	14	30,4	46	100
Presença de cadeiras	17	37,0	29	63,0	46	100
Presença de assentos suficientes	30	65,2	16	34,8	46	100
Sala de espera ampla	33	71,7	13	28,3	46	100
Boa ventilação na sala de espera	26	56,5	20	43,5	46	100
Boa iluminação na sala de espera	43	93,5	03	6,5	46	100
Aspecto de limpeza na sala de espera	31	67,4	15	32,6	46	100
Presença de brinquedos	18	39,1	28	60,9	46	100
Presença de televisão	22	47,8	24	52,2	46	100
Presença de bebedouro	37	80,4	09	19,6	46	100
Presença de banheiros	46	100,0	00	00	46	100
Presença equipamentos de acesso adequados para deficientes físicos	20	43,5	26	56,5	46	100
Presença de ar condicionado na sala clínica	39	84,8	07	15,2	46	100
Presença de som ambiente na sala clínica	27	58,7	19	41,3	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários, *check lists*), 2005

Dos dentistas entrevistados, 23,9% relataram que não havia instrumental suficiente para atendimento dos pacientes do turno (Tabela 5), sendo estas equipes procedentes dos municípios de Eusébio e Maracanaú.

Em 47,8% das equipes, não havia aparelhos de RX em suas unidades, tendo o paciente que ser encaminhado ao serviço especializado ou a outras unidades que disponibilizassem esse serviço para um diagnóstico mais preciso. Este fato era observado principalmente no município de Eusébio, no qual em nenhuma UBASF havia aparelhos de RX. Em Maracanaú, 55,6% das equipes possuíam este equipamento, estando distribuídos nas seis AVISAS. Em São Gonçalo, este equipamento era encontrado em 90% das ESB.

Tabela 5 - Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo opinião a respeito da existência de instrumental suficiente para atendimento dos pacientes do turno nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Existência de instrumental suficiente	Número de equipes	%
Sim	35	76,1
Não	11	23,9
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

3.2.2 DISPONIBILIDADE

Dos municípios pesquisados, constatou-se que a maioria das equipes (63%) trabalhava com a proporção de uma equipe de Saúde Bucal (ESB) para uma equipe de Saúde da Família (ESF); 32,6% das equipes, porém ainda trabalhava com a proporção de 1ESB para 2 ESF e, 4,3% das equipes estavam responsáveis, cada uma, por três equipes de Saúde da Família (Tabela 6).

Tabela 6 - Relação proporcional entre o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Relação ESF:ESB	Número de equipes	%
1:1	29	63,0
2:1	15	32,6
3:1	02	4,3
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários e dados obtidos nas Secretarias de Saúde de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú), 2005

Observou-se que muitas Equipes de Saúde da Família, ainda estavam trabalhando com a cobertura máxima de pessoas; assim, apenas 39,1% das equipes possuíam uma cobertura, por equipe, de até 4.000 pessoas. Sendo que 30,4% das ESB eram responsáveis (cada uma) por mais de 7.000 habitantes (Tabela 7).

Analisando separadamente cada município, em relação à cobertura de até 4.000 pessoas, esta situação é evidenciada em 70% das equipes de São Gonçalo do Amarante, em 66,6% das equipes de Eusébio, e em 18,5% das equipes de Maracanaú (Tabela 22).

Tabela 7 - Cobertura de Equipes de Saúde Bucal por número de habitantes nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Número de pessoas cobertas pela ESB	Número de equipes com esta cobertura	%
menor que 3.000	07	15,2
de 3.001 a 4.000	11	23,9
de 4.001 a 5.000	07	15,2
de 5.001 a 7.000	07	15,2
de 7.001 a 9.000	12	26,1
maior que 9.000	02	4,3
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários e dados obtidos nas Secretarias de Saúde de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú), 2005

Apenas 15,2% das equipes pesquisadas possuíam, em seu corpo de profissionais, o técnico de higiene dental (THD), sendo cadastradas na modalidade II

(Tabela 8). Destas, cinco estavam no município de Maracanaú e duas nas áreas rurais do município de São Gonçalo do Amarante.

Tabela 8 - Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo modalidade de cadastramento nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Modalidade de ESB	Número de equipes	%
I	39	84,8
II	07	15,2
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

Os cirurgiões dentistas contratados pelo Programa de Saúde da Família devem trabalhar em regime de 40 horas, sendo recomendado pelas diretrizes nacionais de Saúde Bucal que se destine 75% a 85% das horas contratadas, às atividades clínicas. 15% a 25% deste período devem ser dispensados a atividades de planejamento, capacitação e atividades coletivas, extra consultório odontológico, sendo que a execução das ações preventivas educativas coletivas deve ficar a cargo, de preferência, do pessoal auxiliar (Brasil, 2004a).

Segundo as equipes entrevistadas, 21,7% destinavam de 75% a 85% do seu tempo para atividades clínicas (como recomendado pelas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal), porém, 87,2% das ESB destinavam mais de 85% para atividades no consultório odontológico. Entre as equipes que destinavam mais de 85% do seu tempo em atividades clínicas estavam:

- 88,9% das ESB de Maracanaú,
- 77,8% das ESB de Eusébio e
- 50% das ESB localizadas em São Gonçalo do Amarante.

Assim, observa-se na Tabela 9, que a maior parte do tempo da equipe era destinado para a realização de procedimentos cirúrgico-restauradores, no consultório odontológico.

Tabela 9 - Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo tempo disponibilizado para atividades clínicas em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Tempo	Número de equipes	%
menos de 75%	00	00
de 75% a 85%	10	21,7
mais de 85%	36	78,3
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

Considerando o atendimento clínico odontológico na ABS, são custeados pelo Piso de Atenção Básica (PAB):

- a consulta odontológica,
- as atividades preventivas clínicas individuais,
- os procedimentos de dentística básica e
- os procedimentos de odontologia cirúrgica básica.

Assim, todas as equipes de saúde bucal devem realizar os mesmos tipos de procedimentos na atenção básica, utilizando a mesma codificação, preenchendo a ficha do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) mensalmente.

Do horário utilizado (durante as quarenta horas semanais) para atendimento clínico, eram atendidos, por equipe, de cinco a doze pacientes por turno, sendo que a maioria (65,2%) das equipes atendia 10 pacientes por turno, com uma média geral de nove pacientes atendidos por equipe por turno de atendimento clínico (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das equipes de Saúde Bucal segundo média de pacientes atendidos por turno, nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Número médio de pacientes atendidos	Número de equipes	%
de 5 a 6	02	4,4
de 7 a 8	11	23,9
de 9 a 10	31	67,3
de 11 a 12	02	4,4
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários e diário de campo), 2005

A partir de dados obtidos nas Secretarias de Saúde dos três municípios pesquisados, o número médio de procedimentos por mês (considerando os meses de julho, agosto e setembro de 2005) realizados por cada equipe de saúde da família foi de 485,17 (Tabela 11). Sendo que a média em São Gonçalo de 603,5, seguido por Eusébio (560,3) e Maracanaú (416,2), apesar deste último dedicar a maior parte do tempo em atividades clínicas.

Tabela 11 - Distribuição das equipes segundo média de procedimentos realizados por mês (média dos meses de julho, agosto e setembro de 2005) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Número médio de procedimentos	Número de equipes	%
de 100 a 200	02	4,3
de 201 a 300	05	10,9
de 301 a 400	09	19,6
de 401 a 500	10	21,7
de 501 a 600	10	21,7
de 601 a 700	06	13,0
de 701 a 800	01	2,2
de 800 a 900	00	00
mais de 900	03	6,5
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (dados obtidos nas Secretarias de Saúde de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú), 2005

Constatou-se, entre as equipes entrevistadas, que 45,7% delas atendiam pacientes fora de sua área de cobertura, o que aumentava a demanda por equipe. Cerca de 12,8% das equipes possuíam outro dentista na sua área (que não fazia parte da equipe do PSF), trabalhando em períodos que variavam de quatro a 12 horas.

3.2.3 ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA

Dos municípios estudados, apenas São Gonçalo possuía ESB na zona rural. Segundo dados fornecidos pelos dentistas entrevistados, a distância máxima entre a UBASF e a residência do usuário era menor que 3Km em 52,2% das unidades, sendo que

23,9% dos dentistas não souberam responder. O tempo médio de deslocamento era menor que 30 minutos em 73,9% das equipes (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das equipes segundo distância e tempo de deslocamento até a Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Variáveis	Número de equipes	%
1 - Distância		
Até 3Km	24	52,2
Maior que 3Km	11	23,9
NS/NQR	11	23,9
Total	46	100
2 - Tempo		
Até 30 min	34	73,9
Maior que 30 min	08	17,4
NS/NQR	04	8,7
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

3.2.4 ADEQUAÇÃO FUNCIONAL

3.2.4.1 Horário de Funcionamento

O horário de funcionamento do serviço de atenção básica variou entre os municípios. Em Eusébio, o horário era de 7:00 às 16:00h, com uma hora para almoço, sendo que, em uma equipe, funcionava de 13:00h às 19:00h. Em São Gonçalo, o horário de funcionamento era de 7:30 às 16:30h. Em Maracanaú, o horário era de 8:00h às 17:00h, sempre com intervalo de uma hora para almoço.

Visto que nem sempre o dia para marcação das consultas era o mesmo, geralmente mudava a cada mês, os pacientes obtinham informações sobre o horário de funcionamento e horário de marcação das consultas a partir dos Agentes Comunitários de Saúde (em 13% das ESB), por cartazes espalhados pelo serviço (4,3%) ou por mais de uma forma de divulgação (82,6%).

3.2.4.2 Atendimento a urgências

A maioria das equipes entrevistadas (91,3%) atendia às urgências durante o seu horário de funcionamento, sendo atendidas uma média de 2,48 urgências por dia, variando de nenhuma a oito (Tabela 13). Em dois dos municípios pesquisados (Eusébio e Maracanaú), era recomendado que o atendimento de urgência fosse realizado pelos profissionais do PSF, durante o horário de funcionamento das equipes. Em São Gonçalo, estimulava-se que este tipo de atendimento fosse realizado no setor odontológico do hospital da cidade.

Tabela 13 - Distribuição das equipes segundo média de atendimentos de urgência realizados por dia nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Número médio de atendimentos	Número de equipes	%
1	12	28,6
2	13	31,0
3	08	19,0
4	06	14,3
5	00	00
6	03	7,1
Total	42	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

3.2.4.3 Agendamento da demanda espontânea

Excetuando 6,5% das equipes, que atendiam apenas a demanda espontânea (localizadas no município de Eusébio), geralmente as unidades de saúde organizavam os seus horários de atendimento dividindo-os entre a demanda espontânea e o atendimento a alguns grupos considerados prioritários. Assim, em média, as equipes dedicavam 58,3% do horário destinado ao atendimento clínico para os pacientes que procuravam o serviço livremente, sendo que este tempo variava de 22,2% a 89% (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das equipes segundo tempo destinado ao atendimento clínico da demanda espontânea nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Percentual do tempo	Número de equipes	%
de 20 a 30	02	4,6
de 31 a 40	07	16,3
de 41 a 50	05	11,6
de 51 a 60	08	18,6
de 61 a 70	11	25,6
de 71 a 80	07	16,3
de 81 a 90	03	7,0
total	43	100

Fonte: Pesquisa (questionários e diário de campo), 2005

As equipes do município de Eusébio foram as que dedicaram a maior parte do seu tempo ao atendimento da demanda espontânea, sendo a média de 84%. As equipes do município de Maracanaú dedicavam, em média, 65,9% do seu tempo ao atendimento da demanda espontânea e, nas equipes de São Gonçalo observou-se um menor tempo destinado a este atendimento (37,9%), sendo um maior tempo dispensado aos grupos considerados prioritários.

Em geral, a marcação das consultas era realizada diariamente (em 65,2% das equipes pesquisadas), ou seja, nos dias destinados para o atendimento da demanda espontânea, havia agendamento, considerando o dia da micro-área. Apesar da marcação ser considerada diária, nem todo dia o paciente podia tentar uma vaga, devendo-se observar o dia destinado para o agendamento da demanda espontânea e, dependendo da equipe, para o tipo de procedimento necessário ou para o seu local de moradia. Outra periodicidade de marcação de consultas podia ser: semanal (6,5% das equipes); mensal (19,6%); quinzenal ou mensal (6,5); e diário ou mensal (2,2%) (Tabela 15).

O atendimento quinzenal ou mensal (6,5% das equipes) ocorria em três equipes de Eusébio que trabalhavam com tratamento concluído para todos os pacientes. O agendamento diário ou mensal (2,2%) era realizado em uma equipe de São Gonçalo que atendia a pacientes de duas áreas, uma próxima, cujo agendamento dava-se no mesmo dia do atendimento, devido a maior facilidade dos pacientes em se deslocarem para buscarem

o tratamento; e uma área mais distante, na qual o agendamento era realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, evitando que a população se deslocasse até a unidade na tentativa de uma vaga.

Tabela 15 - Distribuição das equipes segundo periodicidade do agendamento nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Frequência	Número de equipes	%
Diário	30	62,5
Semanal	03	6,5
Mensal	09	19,6
Quinzenal e mensal	03	6,5
Diário e mensal	01	2,2
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

Quando o paciente não conseguia a vaga no dia do agendamento, geralmente (em 60,9% das equipes), ele tinha que retornar em outro dia para tentar novamente. Apenas 17,4% das equipes agendavam aqueles pacientes que se deslocavam à UBASF e não conseguiam consulta para o mesmo dia.

Quanto ao local onde se realizava a marcação de consultas, em 84,8% das equipes, o agendamento era realizado na própria unidade do atendimento. Porém, em 13% das ESB (todas localizadas em São Gonçalo do Amarante), o agendamento era feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Somente em uma equipe (2,2%) havia um misto de agendamento por ACS e no local (Tabela 16)..

Cada agente possuía um determinado número de vagas por mês para distribuir entre a população da sua área. Esse agendamento, então, era realizado fora da unidade de saúde e funcionava com a mesma lógica do agendamento por micro-área (sistema adotado nas equipes de Maracanaú), pois havia uma disponibilidade de vagas de acordo com a rua na qual o paciente residia. A diferença observada devia-se ao fato de que este último era realizado na própria UBASF, geralmente no mesmo dia do atendimento.

Assim, observa-se que em 76,1% das equipes dos municípios pesquisados (localizadas em Maracanaú e São Gonçalo do Amarante) havia dias determinados para

atendimento de cada micro-área separadamente. Ou seja, o paciente, excetuando as urgências, só podia ser atendido no dia destinado à sua micro-área, à sua rua (Tabela 16)..

Algumas equipes (15,2%, sendo sete das nove localizadas no município de Eusébio) dispunham de uma outra forma de divisão do atendimento, dando-se por tipo de procedimento a ser realizado. A marcação dava-se, então, de acordo com o tipo de atendimento a que o paciente precisasse ser submetido. Por exemplo, havia turnos (ou vagas) destinados à realização de restaurações ou procedimentos periodontais e turnos (ou vagas) para a realização de exodontia (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição das equipes quanto a outras características do agendamento da demanda espontânea nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Variáveis	Número de equipes				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 – Local						
Na UBASF	40	84,8	06	13	45	100
2 – Organização						
Por micro-área	35	76,1	11	23,9	46	100
Por procedimento	07	15,2	39	84,8	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

A decisão sobre a forma de organização do agendamento (como divisão em grupos, horários de marcação, dias de atendimento...) era combinada em alguns aspectos com as comunidades locais em apenas 39,1% das equipes. Em 8,7% das equipes, os dentistas não sabiam como havia se dado essas negociações, pois, ao entrarem no serviço, já existia esse tipo de fluxo. Aproximadamente 52% dos dentistas afirmaram que a organização da demanda havia sido decidida pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal (ou Odontologia), em conjunto com os profissionais das equipes. No entanto, foi observado que nas ESB havia modificações na forma de organização da demanda, que foram ocorrendo de acordo com as críticas e sugestões dos usuários e comunidades locais.

3.2.3.4 Atendimento à demanda programada

Através da análise do cronograma de atendimento semanal e mensal das equipes de saúde bucal entrevistadas, foi possível observar que, dentre as 43 equipes que reservavam parte do seu horário para atendimento de grupos considerados prioritários (93,5% das equipes entrevistadas):

- 86% dessas equipes destinavam horários específicos para crianças e adolescentes (escolares);
- 93% para gestantes;
- 88,3% atendiam também como prioridade diabéticos e hipertensos;
- 74,4% incluíam nestes grupos os idosos; e
- 20,9% possuíam horários especiais para outros grupos, dentre eles, crianças de 0 a 3 anos, professores, deficientes físicos e mentais e Agentes de Saúde.

Das 43 equipes que atendiam a grupos, 37 dedicavam um horário para o atendimento dos escolares. Sendo que, em 20 destas equipes podia-se caracterizar este tipo de atendimento como uma demanda programada, ou seja, era realizado algum tipo de encaminhamento dos pacientes, ou de triagem, como um levantamento de necessidades na escola, que programasse a demanda.

Porém, em 45% das equipes não havia essa busca ativa de escolares. Assim, os mesmos deviam dirigir-se ao local de atendimento, no dia destinado a eles para tentar uma vaga (em algumas unidades havia possibilidade de agendamento prévio), ou eram encaminhados pelos professores ou diretores das escolas, de acordo com a procura.

Das 37 equipes que atendiam grupos de escolares, 51,4% tinham a preocupação em agendar as crianças e adolescentes em horário distinto ao de seu turno escolar, evitando a perda de aulas por parte destes usuários. Em média eram gastos 29,3% do tempo de atendimento clínico da equipe para esta população, sendo que este tempo podia ser até de 70,3% (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição das equipes quanto ao tempo destinado para atendimento do grupo de escolares nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

% do tempo	Número de equipes	%
5 a 10	01	2,7
10 a 20	11	29,7
20 a 30	07	18,9
30 a 40	10	27,0
40 a 50	06	16,2
50 a 60	01	2,7
60 a 70	00	00
70 a 80	01	2,7
Total	37	100

Fonte: Pesquisa (questionários e diário de campo), 2005

Nas equipes que atendiam a gestantes, geralmente havia um horário destinado a este tipo de atendimento no mesmo dia em que as usuárias iam até as unidades para realizar o seu Pré-natal, conforme recomendado pela norma programática, evitando que esta usuária tivesse que se deslocar várias vezes ao local. Havia um acordo informal entre algumas equipes do PSF para que as gestantes que estavam sendo acompanhadas por médicos e enfermeiros também fossem encaminhadas ao cirurgião-dentista, embora, muitas vezes, houvesse muita resistência deste grupo ao atendimento odontológico. Assim, havia uma programação da demanda de gestantes. Porém, apenas 52,4% dos dentistas revelaram ter controle do número de gestantes de sua área, conseguindo assim, um bom dimensionamento para o planejamento do atendimento deste grupo. Era destinado, em média, 8,9% do tempo para o atendimento das gestantes, sendo que este tempo podia ser de até 30% do horário reservado às atividades clínicas da equipe (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição das equipes quanto ao tempo destinado para atendimento do grupo de gestantes nos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

% do tempo	Número de equipes	%
2 a 5	06	15,0
5 a 10	18	45,0
10 a 15	13	32,5
15 a 20	02	5,0
20 a 25	00	00
25 a 30	01	2,5
Total	40	100

Fonte: Pesquisa (questionários e diário de campo), 2005

Alguns dentistas entrevistados (38) consideraram como grupo prioritário os diabéticos e hipertensos, seguindo as orientações das equipes de Saúde da Família que atendiam a estes pacientes. Dentre estas equipes, a maioria (29 equipes) atendia também a todos os idosos, independentes de serem portadores dessas patologias. Era destinado de 1,5% a 20% do tempo ao atendimento desse grupo, sendo que algumas equipes destinavam turnos completos e outras reservavam algumas vagas por dia.

De acordo com a equipe, outros grupos, entre eles, crianças de 0 a 3 anos, professores, deficientes físicos e mentais e agentes de saúde, também podiam ter atendimento prioritário, sendo destinado de 1,2 a 11,1% do horário clínico para estes pacientes.

3.2.4.5 Serviços por telefone

Nas equipes de Saúde Bucal não havia serviços de marcação de consultas por telefone. Em 6,5% das equipes não havia nenhuma forma de contato telefônico e, entre as unidades que possuíam algum tipo de telefone, na grande maioria, (72,1%), havia apenas telefone público (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição das equipes segundo tipo de telefone disponível nas UBASF dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Tipo de telefone	Número de equipes	%
Apenas próprio	01	2,3
Próprio e público	10	23,3
Apenas público	31	72,1
Apenas celular	01	2,3
Total	43	100

Fonte: Pesquisa (*check lists*), 2005

3.2.4.6 Tempo de espera

Em relação ao tempo de espera para se conseguir o agendamento de uma consulta odontológica, 15,2% dos dentistas (aqueles que trabalhavam com agendamento realizado por ACS) relataram desconhecer o tempo gasto pelos pacientes para conseguirem marcar uma consulta. Dentre os dentistas que responderam a esta questão, foi relatado que o tempo médio de espera da demanda espontânea para marcação de uma consulta na UBASF era variável; de acordo com as respostas, foi calculado um tempo médio de 78 minutos.

No que concerne ao tempo de espera no serviço para o atendimento clínico, de acordo com o relato dos dentistas entrevistados, foi calculada a média de 89 minutos.

Em 60,9% das unidades o agendamento da demanda espontânea ocorria no mesmo dia do atendimento. Neste caso, o tempo de espera no serviço para marcação da consulta terminava sendo somado ao tempo de espera na unidade, sendo, em média, 2 horas e 48 minutos. Nos outros casos, embora o paciente marcasse a consulta em dia diferente ao atendimento, não havia um horário diferenciado para cada cliente. Era recomendado que todos chegassem no mesmo horário (no início do atendimento da manhã ou da tarde), ou seja, se o tempo de atendimento em cada turno variava de 3 a 5 horas (contando que algumas equipes trabalhavam 5 horas pela manhã e 3 horas à tarde), o paciente podia esperar até esse tempo para atendimento, mesmo marcando com antecedência.

5.2.5 RESOLUBILIDADE

A maioria das equipes (91,3%) não trabalhava com tratamento concluído (TC) para todos os pacientes. Esse sistema só foi encontrado em quatro ESB, todas localizadas no município de Eusébio. Muitas equipes (82,6% das entrevistadas) trabalhavam com tratamento concluído para grupos. Além dos grupos, 17,4% das equipes (estando localizadas em São Gonçalo do Amarante) selecionavam os usuários a partir da demanda espontânea, de acordo com a necessidade e o interesse do paciente, para atendimento até a conclusão do tratamento (esta demanda era denominada como “agendada”).

Observou-se que, em muitas unidades, a primeira consulta só era realizada para pacientes dos grupos programados. Apenas 63% dos dentistas afirmaram preencher odontograma para todos os pacientes atendidos (excetuando os de urgência).

Em relação à cobertura de primeira consulta odontológica (constando obrigatoriamente odontograma e anamnese), foram realizadas, em média, 62 primeiras consultas por equipe de saúde, por mês, sendo que este valor variou de zero a 197 (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição das equipes segundo número médio de primeiras consultas odontológicas por mês nas Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Número médio de primeiras consultas	Número de equipes	%
até 20	09	19,6
de 20 a 40	09	19,6
de 40 a 60	08	17,4
de 60 a 80	05	10,9
de 80 a 100	10	21,7
de 100 a 120	00	00
de 120 a 140	01	2,2
de 140 a 160	02	3,3
de 160 a 180	01	2,2
de 180 a 200	01	2,2
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (dados obtidos nas Secretarias de Saúde dos municípios de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, 2005)

Geralmente cada consulta correspondia a somente um procedimento. Aproximadamente 56 % dos dentistas relataram que só podiam realizar um procedimento por paciente a cada atendimento, visto que o recomendado, de acordo com os parâmetros para programação das ações básicas de saúde (Brasil, 2001a) era de três consultas por hora para o odontólogo, ou seja, 20 minutos para cada atendimento.

Apenas 32,6% dos dentistas afirmou realizar instrução de higiene oral com todos os pacientes em atendimento, sendo compatível com o número de equipes que possuíam escovódromo instalado na unidade (34,8%).

Dentre os profissionais entrevistados, 45,7% relataram que a maior dificuldade para concluir o tratamento dos pacientes era a grande demanda reprimida. Um outro elemento, também ligado a grande demanda, era o não comparecimento do paciente; ou porque só podiam marcar uma vez por mês e terminavam não conseguindo, ou pela grande dificuldade de disponibilização de vagas, o que terminava por desestimulá-los a tentar um atendimento. Esse problema foi relatado por 34,7% dos cirurgiões-dentistas entrevistados.

Apesar disso, 30,4% dos profissionais ressaltaram que, muitas vezes, os pacientes faltavam, principalmente os que eram agendados previamente, ou os que fazem parte de grupos prioritários (que tinham direito a marcar quantas consultas fossem necessárias para a conclusão do seu tratamento).

Uma outra dificuldade também apontada pelos dentistas foram as freqüentes paradas no atendimento por falta de material odontológico (17,4% das equipes). Outros fatores menos abordados foram: unidade parada por falta de água (2,2%) e a impossibilidade de referenciar o paciente, com seu conseqüente retorno para o término do tratamento básico (6,5%).

De acordo com a pesquisa, após a conclusão do tratamento básico, a maioria dos pacientes necessitava enfrentar novamente a fila para tentar marcar uma revisão (prevista a cada ano). Apenas 26% dos dentistas das equipes relataram que os pacientes de retorno tinham uma maior facilidade no seu agendamento.

3.2.5.1 Referência e contra-referência

Em relação aos sistemas, fluxos e registros de referência, existe um ficha, que deve ser preenchida pelo cirurgião-dentista para encaminhamento do paciente aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Em alguns casos o paciente já era agendado na própria UBASF no mesmo dia do atendimento básico; em outros, necessitava ir ao local de atendimento especializado para marcar. Em outras equipes, quando eram disponibilizadas vagas dos CEO para as UBASF, os pacientes eram avisados pelos seus respectivos Agentes Comunitários de Saúde de suas áreas de domicílio, ou então, deveriam ficar comparecendo à UBASF para obter informação sobre as vagas disponíveis no atendimento especializado.

Em algumas unidades não se observou propriamente uma referência, pois os dentistas apenas encaminhavam o caso (entregavam um papel ao paciente com o nome da unidade), mas não havia um controle sobre se o paciente era realmente agendado e nem, tampouco, uma ficha com a história do paciente e motivo do encaminhamento.

Pela ordem de frequência, as especialidades mais referenciadas pelos profissionais entrevistados foram:

- endodontia (97,8%),
- cirurgia (87%),
- periodontia (67,4%), odontopediatria (34,8%),
- ortodontia preventiva (21,7%),
- estomatologia (19,6%),
- radiologia (13%), esta já disponível em muitas unidades de Saúde da Família,
- dentística (13%),
- prótese dentária (13%),
- pacientes especiais (10,9%) e
- oclusão (6,5%), sendo esta última referenciada para o município de Fortaleza.

Em relação aos sistemas, fluxos e registros de contra-referência, na maioria das vezes os pacientes não eram contra-referenciados para as UBASF. Geralmente eram referenciados quando terminavam o tratamento básico e então só retornavam para as

UBASF quando necessitavam marcar uma revisão. Outras vezes, ainda necessitavam terminar o tratamento básico, porém em outras unidades dentárias, tendo portanto que entrar novamente na fila para conseguir atendimento.

Dentre os pacientes que necessitavam terminar o tratamento básico na mesma unidade dentária do tratamento especializado, aqueles que precisavam submeter-se a tratamento restaurador após tratamento endodôntico eram os que tinham uma maior facilidade no agendamento de retorno, segundo o relato de 82,6% dos dentistas que responderam ao questionário.

Na Tabela 21 e 22 (anexo VII) são apresentados dados em relação à infraestrutura e condições e características do acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal, discriminados por município.

3.2.6 O ACESSO SOB O PONTO DE VISTA DOS DENTISTAS

Em relação a uma escala de avaliação dos dentistas acerca de sua percepção sobre as condições de acesso dos pacientes ao atendimento odontológico, a maior parte (82,6%) definiu como “bom” e “ótimo” (Tabela 23).

Os dentistas relataram que, em geral, a estratégia PSF facilitou o acesso dos usuários aos serviços odontológicos. Que a permanência do profissional 40 horas no serviço facilita a integração com a comunidade. Além disso, destacaram que, com a continuidade do Programa de Saúde da Família, já percebiam mudanças nos hábitos das pessoas sob responsabilidade da ESB, com uma melhoria em sua Saúde Bucal.

Tabela 23 - Distribuição das equipes segundo opinião dos dentistas acerca do acesso aos serviços clínicos de Saúde Bucal nas Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, no período de Julho a Setembro de 2005.

Opinião	Número de equipes	%
Excelente	00	00
Ótimo	11	23,9
Bom	27	58,7
Regular	04	8,7
Ruim	04	8,7
Péssimo	00	00
Total	46	100

Fonte: Pesquisa (questionários), 2005

Os cirurgiões-dentistas também relataram muitos aspectos que acreditavam facilitar ou dificultar o acesso dos usuários ao atendimento clínico em Saúde Bucal no PSF. Na Tabela 24 estão descritos alguns fatores considerados pelos dentistas como facilitadores ou dificultadores do acesso aos serviços de Saúde Bucal das ESF nos três municípios estudados, sendo que, determinadas características referiam-se a situações gerais de várias unidades, e outras, diziam respeito a pontos específicos de algum município ou alguma equipe em particular.

Os aspectos positivos do acesso mais citados pelos dentistas foram:

- a boa distribuição geográfica da unidade, localizada próximo aos usuários, o que facilitava o acesso aos locais de atendimento e;
- a boa relação dos profissionais da equipe de Saúde Bucal com os pacientes e da equipe entre si, o que gerava uma maior sensação de conforto, melhorava a produtividade e a satisfação de profissionais e pacientes.

Os pontos mais lembrados pelos cirurgiões-dentistas como dificultadores do acesso aos serviços odontológicos foram:

- o grande número de pacientes em relação ao número de profissionais (grande demanda reprimida) e;
- problemas com falta de material de consumo odontológico e com a manutenção dos equipamentos odontológicos, o que terminava por ocasionar freqüentes paradas no atendimento.

3.2.6.1 Opiniões dos dentistas sobre o acesso aos serviços de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família

Foram observadas variações na organização dos agendamentos que ocorriam, segundo os dentistas, na busca de adequarem-se às expectativas da comunidade. Muitos relataram que já trabalharam de várias formas e a organização corrente seria a mais adequada para a realidade local. Assim, cada um defendeu a sua forma atual de organização de agendamento.

Tabela 24 - Descrição dos principais aspectos facilitadores ou dificultadores das condições de acesso aos serviços de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) dos municípios cearenses de São Gonçalo do Amarante, Eusébio e Maracanaú, segundo percepção dos dentistas entrevistados, no período de Julho a Setembro de 2005.

Condições de acesso	Aspectos facilitadores	Aspectos dificultadores
Acessibilidade geográfica	- boa localização geográfica da unidade - pequeno tempo de deslocamento dos pacientes até a unidade - existência de ruas asfaltadas e de sistema de transporte (ônibus)	- condições precárias das estradas - falta de uma rede de transporte bem distribuída - locais de moradia distantes da UBASF (geralmente usuários de equipes com grande número de famílias ou as que atendem a pessoas de áreas descobertas)

Continuação da Tabela 24

Condições de acesso	Aspectos facilitadores	Aspectos dificultadores
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> - paridade de uma equipe de Saúde Bucal para uma equipe de Saúde da Família - redução da demanda reprimida, já sendo possível uma certa organização da clientela 	<ul style="list-style-type: none"> - grande demanda reprimida - existência de demanda de outros municípios próximos e outras localidades no mesmo município
Horário de funcionamento	<ul style="list-style-type: none"> - horário de funcionamento da unidade - pontualidade dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - horário de atendimento incompatível para os pacientes que trabalham durante o dia - horário ruim para alunos que estudam no mesmo turno do atendimento
Informações quanto ao horário de funcionamento das unidades	<ul style="list-style-type: none"> - conhecimento por parte dos pacientes do horário de funcionamento - constante informação sobre os dias de marcação e atendimentos, através dos Agentes Comunitários de Saúde 	
Tempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> - existência de um certo controle no atendimento, evitando que o paciente passe horas para conseguir uma consulta 	<ul style="list-style-type: none"> - pequena oportunidade de marcar consulta (uma vez por mês), necessitando chegar muito cedo/ de madrugada para conseguirem marcar; - algumas pessoas, por terem que chegar cedo, terminam passando por locais perigosos para chegarem ao posto; - todos os usuários tem que chegar na mesma hora para serem atendidos, obrigando-os a esperar um longo tempo na unidade
Agendamento	<ul style="list-style-type: none"> - agendamento diário - agendamento mensal com garantia de, pelo menos, um procedimento por mês - marcação para a mesma semana que procuram o serviço, não retornando sem atendimento, agendamento; - atendimento por micro-área, que beneficia não apenas os que moram mais próximos da unidade, sendo uma forma de disponibilização mais justa do serviço; - agendamento através do ACS, evitando o deslocamento do paciente até a unidade de saúde, tendo que chegar muito cedo ou enfrentar filas - agendamento realizado pelo dentista, havendo uma imparcialidade, não havendo privilégios no atendimento - trabalho com tratamento concluído, sendo possível ver um resultado favorável na saúde das pessoas atendidas. - demanda agendada para adultos não incluídos nos grupos prioritários 	<ul style="list-style-type: none"> - acesso não imediato nas unidades que trabalham com tratamento concluído para todos - falta de um sistema de marcação de consultas informatizado - para quem não é escolar, o acesso continua muito difícil devido a pouca capacidade de atendimento para a grande demanda - necessidade de chegar muito cedo/ de madrugada à unidade de saúde para conseguir uma vaga

Continuação da Tabela 24

Condições de acesso	Aspectos facilitadores	Aspectos dificultadores
Atendimentos a grupos	<ul style="list-style-type: none"> - grande melhoria no acesso de usuários específicos, através da organização em grupos prioritários como diabéticos, hipertensos, gestantes e escolares - agendamento de escolares realizado na escola evita que precisem chegar cedo à unidade de saúde para “pegar fila” - busca de pacientes idosos em campanhas de vacinação e de prevenção de câncer - prioridade de atendimento a gestantes até seis meses após o parto 	<ul style="list-style-type: none"> - resistência ao atendimento por parte do grupo de gestantes, hipertensos e diabéticos - falta às consultas por parte dos pacientes agendados dos grupos, havendo desperdício de tempo, que poderia estar sendo destinado a outros usuários
Atendimento às Urgências	<ul style="list-style-type: none"> - redução no número de urgências na unidade - atendimento de urgências na unidade básica de saúde durante o seu horário de funcionamento, ficando o local de atendimento, mais próximo da residência dos pacientes - urgência 24 horas no centro de especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento a um grande número de urgências, o que dificulta a organização do atendimento e reduz o número de vagas para a demanda espontânea
Dimensão relacional	<ul style="list-style-type: none"> - bom relacionamento com os outros profissionais da equipe; - bom relacionamento com os usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade de relacionamento com os pacientes - dificuldade de relacionamento com os Agentes Comunitários de Saúde
Equipamento, instrumentais e materiais	<ul style="list-style-type: none"> - boa qualidade do material utilizado pela ESB - equipamentos novos - material de consumo abundante - disponibilização de medicação analgésica, antiinflamatória e antibiótica gratuita para os pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - falta de material de consumo odontológico - má organização na distribuição destes produtos - falta de remédios - falta de material para as ações coletivas; - falta de material de escritório - instrumental odontológico necessitando substituição - problemas com a manutenção dos equipamentos - equipamentos obsoletos - deficiência nas condições ergonômicas do consultório <ul style="list-style-type: none"> - esterilização do instrumental em outra unidade de saúde, não chegando a tempo para o atendimento dos pacientes do turno - deficiência na biossegurança

Continuação da Tabela 24

Condições de acesso	Aspectos facilitadores	Aspectos dificultadores
Estrutura física	<ul style="list-style-type: none"> - condições satisfatórias de conforto - ambiente da UBASF agradável 	<ul style="list-style-type: none"> - ausência de ar condicionado na sala clínica, resultando em um ambiente desconfortável para o atendimento, reduzindo a produtividade dos profissionais e satisfação dos pacientes - estrutura da sala clínica deficiente - falta de bebedouro para os usuários - falta de banheiros apropriados
Questões trabalhistas		<ul style="list-style-type: none"> - falta de valorização profissional no PSF - baixos salários - ausências de direitos trabalhistas - obrigatoriedade de oito horas de trabalho por dia - ausência de vínculo empregatício

Fonte: Pesquisa, 2005

No município de Eusébio foi citado como positivo o fato de não serem disponibilizados turnos inteiros do cirurgião-dentista para atividades extra-clínicas. Assim, todo dia o dentista realizava atendimentos para o público e, em alguns dias, utilizando horários após este trabalho, dedicava-se a outras atividades como planejamento e ações coletivas.

Os dentistas de São Gonçalo do Amarante destacaram como aspecto inovador do acesso a criação da chamada “demanda agendada”. Frente a uma impossibilidade de oferta de tratamento concluído para todos os usuários, buscavam selecionar alguns usuários da demanda espontânea, de acordo com a necessidade de tratamento e interesse, para agendamento até a conclusão do tratamento.

Os dentistas de Maracanaú, afirmaram que a divisão do atendimento por micro-áreas melhorou bastante o acesso das comunidades locais aos serviços de Saúde Bucal do PSF.

Eis o exemplo de uma situação singular sobre o agendamento de consultas odontológicas: o dentista de uma das equipes do município de São Gonçalo do Amarante ressaltou que a marcação de consultas odontológicas estava sendo realizada com a tentativa adaptar-se à realidade de cada localidade. Sendo estabelecida, de acordo com

cada área e cada ACS, vagas específicas para quem mais precisava. O mesmo dentista relatou que possuía três áreas sob sua responsabilidade. A área 1 apresentava um número muito grande de crianças não-escolares que não estavam sendo acompanhadas e apresentavam problemas, então vagas eram fixadas para essa demanda. A área 2 apresentava um grande número de idosos que não faziam parte do grupo de hipertensos e diabéticos e precisavam de atendimento odontológico mas que nunca conseguiam chegar no horário da marcação por dificuldades de locomoção e, às vezes, de compreensão das informações disponibilizadas. Assim, era reservado um horário, dentro do funcionamento da equipe, de acordo com as possibilidades deste público. Na área 3, existiam pacientes que viviam da pesca e demandavam horários diferentes, pois seguiam os horários das marés e não conseguiam estar no dia da marcação, ou agendavam a consulta e não conseguiam chegar a tempo. Por isso, a equipe estabeleceu um contato com a associação de pescadores para a organização de horários mais compatíveis para o agendamento, a partir dos ACS.

Quanto ao atendimento a grupos, observou-se uma grande melhoria no acesso de pessoas que estavam incluídas nos chamados grupos prioritários. Porém, foi relatado que, por serem pacientes que tinham direito a agendar previamente suas consultas, muitos não compareciam nos dias marcados.

Em uma das equipes do município de São Gonçalo do Amarante, foi relatado que antes era reservado um turno para o atendimento de idosos, diabéticos, hipertensos, porém, muitas vezes, esses chegavam sem a glicose ou a pressão controlada. Buscando solucionar este problema, era recomendado que este grupo procurasse a UBASF em qualquer dia, caso estivessem sentindo-se bem para realização do tratamento odontológico. Este procedimento também foi observado em algumas equipes de Maracanaú.

Em São Gonçalo, os dentistas destacaram que uma boa forma de buscar os idosos para atendimento clínico odontológico era através das campanhas de prevenção de câncer e de vacinação, na qual já cadastravam este público e os encaminhavam para a unidade de Saúde Bucal.

Um dentista do município de Eusébio destacou que o atendimento noturno realizado por outro dentista, fora do PSF, tornou o horário compatível para os trabalhadores, facilitou o acesso deste grupo ao atendimento odontológico e evitou faltas ao trabalho.

No município de São Gonçalo do Amarante não houve reclamações quanto aos equipamentos, instrumentais e materiais. Vários dentistas destacaram a alta qualidade do material, boa manutenção dos equipamentos, instrumental suficiente para todo o atendimento necessário do dia e equipamentos como amalgamador de cápsula, aparelhos de RX e autoclave.

Já nos municípios de Eusébio e Maracanaú foram freqüentes as observações sobre a falta de manutenção dos equipamentos e as constantes faltas de material odontológico, ocasionando paradas no atendimento.

Também existem relatos de que o sistema de organização dos prontuários, muitas vezes, retardou o início do atendimento e dificultou o resgate da história clínica de pacientes. Algumas equipes de Maracanaú e Eusébio, buscando amenizar este problema, separaram as fichas da odontologia, que ficavam sob os cuidados dos atendentes de consultório dentário. Os dentistas admitiram que não era o procedimento ideal, mas visto que os pacientes costumavam perder as carteiras e muitas vezes não sabiam o seu número, ficava mais fácil então encontrar o prontuário desta forma. Em São Gonçalo do Amarante este problema não foi relatado pelos dentistas, pois ali, como os usuários já eram agendados com antecedência pelos ACS, os funcionários das UBASFs já separavam as fichas dos pacientes previamente marcados.

Há ainda relatos sobre a ausência de uma política de Educação em Saúde mais efetiva, além de falhas na interação entre Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação, contribuindo para o crescente aumento da demanda por atendimento clínico.

3.1.6.2 Sugestões dos dentistas

Como sugestões descritas pelos cirurgiões-dentistas para melhoria do acesso, a mais freqüentemente relatada foi a contratação de mais dentistas para o Programa Saúde da Família; seguida da contratação de técnicos de higiene dental.

Também foi apontado como importante, o aumento do número de profissionais em todos os níveis e cursos para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, para que pudessem orientar as comunidades locais acerca da Saúde Bucal e colaborar na triagem domiciliar e busca dos casos mais urgentes.

Para solucionar o problema de licença e férias dos profissionais, sugeriu-se a criação de uma equipe de Saúde da Família itinerante, para dar cobertura às equipes em férias e em outras ocasiões.

Outras sugestões foram: construção de novas unidades de saúde, instalação de consultórios odontológicos nas escolas e criação de horários de atendimento alternativos.

Em relação ao sistema de marcação de consultas, recomendou-se uma maior otimização neste sistema, com a informatização dos sistemas de prontuários e agendamento, além do deslocamento de um profissional do SAME para realização da marcação das consultas e a orientação de uma pessoa especializada na organização dos arquivos de pacientes.

Também foi destacado como necessária a realização de políticas preventivas para a redução da demanda para a clínica odontológica, além de uma maior comunicação entre a Secretaria de Saúde e de Educação para uma melhor conscientização sobre a importância das atividades preventivas e promocionais. Nesta mesma linha, foi recomendada:

- a inclusão de atividades preventivas no planejamento escolar;
- a implantação de escovódromos nas escolas para facilitar e tornar as atividades educativas mais efetivas;
- uma maior “disponibilidade” de transporte para a equipe realizar atividades coletivas nas escolas;
- uma maior utilização dos órgãos de comunicação; e

- a elaboração de um programa de orientação para os pais dos escolares, colaborando para a eficiência do tratamento das crianças.

Em relação ao acesso geográfico, foi identificada a necessidade de melhoria das condições de pavimentação e saneamento de algumas ruas e uma rede de transporte mais bem distribuída.

Ainda foi sugerida a melhoria na estrutura física das UBASF, com a construção de banheiros masculino e feminino separados, além de banheiros apropriados para banho.

Houve uma ênfase quanto a necessidade de melhoria do suporte logístico, visando uma adequada disponibilidade de material de consumo, instrumental odontológico e equipe técnica para conserto dos equipamentos.

A melhoria dos salários dos profissionais das equipes de Saúde Bucal foi considerada como condição positiva e importante para incrementar o processo de trabalho neste tipo de serviço.

Por fim, foi ressaltada a necessidade de observação, não apenas da quantidade de pacientes atendidos, mas de uma melhor relação e atenção dos profissionais para com os pacientes, humanizando o sistema.

4. DISCUSSÃO

Um dos princípios norteadores das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) é a busca do acesso universal para a assistência a toda a demanda, expressa ou reprimida, com os serviços assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população em um determinado espaço geográfico e priorizando os casos de dor, infecção e sofrimento (Brasil, 2004).

A opção pelo Programa de Saúde da Família, não obrigatoriamente, leva a serviços de melhor qualidade, mais efetivos e eficientes. Uma mesma proposta de modelo ou programa, pode expressar-se, concretamente, em distintas práticas e formatos. O que se observa nos municípios pesquisados é a busca pela implantação e implementação de uma estratégia de Atenção à Saúde Bucal que seja permanente, embora com constantes modificações na tentativa de adequar-se a cada realidade; e que possibilite um suporte de boa qualidade para os usuários, não obstante ainda existam falhas.

4.1 DISPONIBILIDADE

Atualmente, vários municípios têm buscado atingir a paridade de uma ESB para uma ESF, visando uma ampliação do acesso aos serviços odontológicos, a partir do momento em que a proporção inicial era insuficiente para atender às necessidades presentes.

Dos municípios pesquisados, 63% das equipes trabalhavam com essa proporção de 1 ESF: 1 ESB, sendo que São Gonçalo do Amarante e Eusébio já haviam alcançado esta paridade. No entanto, em 30,4% das equipes ainda se trabalhava com cobertura de mais de 7.000 pessoas. O agravante é que este número nem sempre representava a cobertura da equipe para a sua população adscrita, pois estes dados podem estar

subestimados, visto que 45,7% das ESB atendem pacientes fora de sua área de cobertura. Assim, além da grande demanda a que cada equipe era responsável, havia também a demanda de usuários do próprio município que estão em áreas descobertas pelas equipes do PSF e até pessoas de municípios vizinhos, o que poderia aumentar muito o número de pessoas atendidas pela equipe, sobrecarregando o trabalho dos profissionais e dificultando um melhor planejamento do serviço.

Um elevado número de clientes para um reduzido número de dentistas também foi constatado em um estudo realizado em Maracanaú (Cordeiro, 2001). O estudo evidenciou a chegada de usuários de madrugada nas unidades de saúde para a marcação de consultas odontológicas, gerando constantes reclamações aos dentistas que, por sua vez, relatavam ainda não saberem como aumentar a capacidade de atendimento mantendo o mesmo número de profissionais. Os municípios pesquisados, no entanto, estão buscando soluções através do aumento no número de Equipes de Saúde Bucal, já previstas em seus planos municipais de saúde (2005-2008).

Em se considerando as necessidades dos usuários, observou-se que apenas 48% dos serviços de Saúde Bucal do PSF nos municípios estudados possuíam um sistema de busca ativa de pacientes ou uma triagem fora da UBASF. A busca ativa era mais direcionada para grupos de escolares, gestantes, diabéticos, hipertensos e idosos; e a triagem era direcionada principalmente para escolares.

Assim, o entendimento do que seriam efetivamente “necessidades em Saúde Bucal” tornava-se algo extremamente subjetivo, ficando a critério do usuário, como “necessidades sentidas” ou “expressas” (Pineault e Daveluy, 1987).

Neste caso, a definição de “precisar do serviço” seria dada apenas pelo julgamento do paciente, não sendo somada à “necessidade normativa”, ou seja, aquela definida pelo saber técnico (Pineault e Daveluy, 1987). A necessidade de cuidados em Saúde Bucal, por uma questão cultural, aliada a dificuldade histórica de acesso ou até ausência de serviços, ainda pode ser percebida apenas quando a doença impede a realização das atividades diárias, ou seja, quando há dor. A grande maioria da população, então, ainda procura o serviço apenas quando a doença já está em estágio mais avançado.

Assim, a necessidade da população, em termos de volume e tipos de serviços, fator essencial para afirmar se a disponibilidade é adequada, além da cobertura efetiva, só poderia ser calculada através da realização de um levantamento epidemiológico ou de um levantamento de necessidades por população adscrita de cada local, para se conhecer o número de pessoas que precisam do serviço em cada UBASF e o tipo de necessidades dessa população.

A demanda dos serviços, segundo os dentistas, ainda superava a capacidade de atendimento, herança de um longo período de carência de atenção em saúde bucal. Para agravar mais a restrição ao acesso, muitas equipes ainda se encontravam em fase de organização (visto que a ESB só foi regulamentada com incentivo financeiro em 2001). Além da existência de uma certa descontinuidade dos serviços em razão da inconstância das direções e conduções governamentais, por mudanças eleitorais.

Em termos de constância, o que predominava nos municípios estudados, era a programação da demanda para alguns grupos considerados prioritários.

Ou seja, persistia ainda a ênfase no atendimento da “demanda espontânea” (ou livre demanda) que, segundo Paim (2003, p.568), tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, não havendo, em regra, um impacto positivo sobre o nível de saúde da população.

“É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. Outras vezes é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, que determina o consumo de serviços médicos.”

Zanetti (2000) enfatiza o atendimento da demanda espontânea afirmando que:

“...a oferta em livre demanda é a etapa infantil de toda programação, que deve ser vivida e preservada viva por toda a vida.” E continua descrevendo que “a livre demanda deve ser minimizada. Ou seja, deve-se economizar ao máximo os recursos da administração pública [...] só com livre demanda a Saúde Bucal no SUS não cresce e não amadurece a ponto de ter condições de responder as complexidades do contexto brasileiro atual.”

Em geral, nos municípios estudados, pouco se conhece sobre as reais necessidades de saúde da população, pois não havia dados de levantamentos epidemiológicos recentes realizados que pudessem orientar o planejamento das ações. Excetuando o caso do município de São Gonçalo do Amarante que, recentemente, havia realizado um levantamento, seguindo o mesmo padrão do SB-Brasil. Neste município, um aspecto interessante identificado é que, para um maior controle e monitoramento das ações da equipe de Saúde Bucal, todas as unidades possuíam uma “sala de situação”, com dados atualizados mensalmente (número de pessoas cadastradas, número de pessoas em tratamento e com tratamento concluído, número de atendimentos e número de procedimentos realizados; divididos por grupos de 0 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 59 anos, maiores de 60 anos e gestantes). O monitoramento dos indicadores epidemiológicos e a organização da ABS de acordo com as necessidades epidemiológicas estão previstos nos planos municipais de saúde (2005-2008) de Eusébio e Maracanaú, respectivamente.

“Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis. As ações de Saúde Bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde” (Brasil, 2004, p.8).

Quanto aos horários utilizados para o atendimento clínico, foram atendidos, em média, nove pacientes por equipe, por turno de atendimento clínico. Em relação ao número de pacientes atendidos, torna-se difícil estabelecer um número ideal, pois, o tempo de cada procedimento odontológico depende de diversos fatores como: as condições do paciente (físicas e psicológicas); a competência (conhecimentos, habilidades e atitudes) dos profissionais (dentista, técnico e atendente), além dos seus fatores psicológicos; as condições do ambiente (temperatura, iluminação, ergonomia); a qualidade do material e instrumental disponível; e a complexidade do procedimento.

Além disso, pode-se atender a um menor número de pessoas, realizando um maior número de procedimentos, e com uma maior qualidade em termos de humanização.

Geralmente cada consulta só correspondia a um procedimento. O fato de haver um grande número de pessoas buscando atendimento, com um tempo reduzido para cada paciente, fazia com que, muitas vezes, fosse possível a realização de apenas um procedimento para que um maior número de pessoas tivesse acesso ao serviço.

Assim, observam-se duas situações. Por um lado, realizando-se apenas um procedimento por paciente, disponibiliza-se um maior número de vagas e, conseqüentemente, um maior número de pessoas tem o “acesso de primeiro contato” (Starfield, 2002) ao sistema de saúde.

Por outro lado, a realização de um maior número de procedimentos por pessoa é interessante, pois é reduzida a quantidade de visitas do usuário ao dentista diminuindo, portanto, o tempo e gasto com deslocamento pelo paciente, as horas de espera para marcação de consulta e atendimento; aumenta-se o número de tratamentos concluídos por número de pacientes atendidos, o que resulta em menor recorrência de problemas nestes pacientes; em uma economia de material, já que em sua maioria são descartáveis; e de esterilização de instrumental, aumentando sua vida útil.

Em relação à capacidade de atendimento por equipe é possível a obtenção de uma estimativa a partir dos dados coletados. Foi constatado, nos meses da pesquisa, que os dentistas atenderam uma média de nove pacientes por turno. Sendo oito turnos por semana dedicados à clínica (considerando que o dentista deve dedicar 75% a 85% dos 10 turnos ao atendimento clínico), a capacidade de atendimento de cada ESB seria de 72 pessoas por semana, 288 pessoas por mês e 3.456 pessoas por ano. Isto considerando que o serviço possuísse um planejamento para substituição do dentista da equipe nas férias e licenças, ou seja, funcionasse durante os 12 meses do ano, o que ocorre em apenas 17,4% das equipes (segundo resposta dos dentistas entrevistados).

Segundo dados do SB Brasil, a média de componentes de dentes cariados do índice ceo-d e CPO-D no Nordeste, em 2003, é de 2,58 (Brasil, 2004b). Considerando que as pessoas necessitam, na atenção básica, não somente de tratamento para cárie dentária,

precisando, muitas vezes, também de tratamento periodontal ou algum procedimento preventivo clínico, além da consulta (que é recomendada que seja realizada anualmente na atenção básica), cada indivíduo necessitaria da realização de pelo menos cinco procedimentos anuais.

Através de dados das Secretarias de Saúde dos três municípios pesquisados, o número médio de procedimentos por mês, por ESB (nos meses de julho, agosto e setembro) foi de 485,17. Isso significa uma média de 5.822,04 procedimentos por ano. Se considerássemos que cada indivíduo precisaria de cinco procedimentos anuais, o ideal seria que uma equipe fosse responsável por 1.164 habitantes.

Como forma de aumentar a disponibilidade de atendimento, 12,8% das equipes possuía outro dentista na área (que não fazia parte da equipe do PSF), que trabalhava em períodos que variam de 4 a 12 horas. Seria interessante o aproveitamento desses profissionais nos horários em que a unidade não estivesse em funcionamento, como no caso do dentista extra PSF que trabalha à noite no município de Eusébio, pois, desta forma, além de aumentar a produtividade, seria amenizado o problema de incompatibilidade do horário de atendimento do PSF com o horário de trabalho do paciente.

Um meio de ampliar a capacidade de atendimento da equipe é o seu cadastramento como modalidade II que inclui, além do cirurgião-dentista e do atendente de consultório odontológico, o técnico de higiene dental (ou técnico de Saúde Bucal). Segundo Zanetti (2002), duplica-se a produtividade clínica ao se trabalhar com o THD e dois equipos odontológicos. O THD pode realizar, além de atividades preventivas coletivas, ações clínicas como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento, bochechos com flúor, moldagem, além de procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista (Brasil, 2001b). Dessa forma, é um profissional que possibilita a ampliação da disponibilidade de serviços dentro da equipe de Saúde Bucal, podendo realizar, sob orientação, uma série de procedimentos clínicos

que aumentam a produtividade, além de ações coletivas promocionais, evitando o maior deslocamento do dentista para essas atividades.

Apenas 13% das equipes pesquisadas possuíam este profissional (localizadas em Maracanaú e São Gonçalo do Amarante). Além disso, em algumas equipes modalidade II, o que se observava era uma subutilização do trabalho do técnico, visto que este estava realizando as mesmas funções do atendente, principalmente em relação às atividades clínicas. Nestas equipes, o esperado é que houvesse dois equipes odontológicas para que o THD pudesse exercer algumas funções clínicas de sua competência, sempre supervisionado pelo cirurgião-dentista. Porém, foi constatado que a maioria dessas equipes possuía apenas um equipo odontológico.

Segundo a coordenadora da Célula de Atenção à Saúde Bucal (CELBUC) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Lea Menezes, o ideal é que exista um maior número de equipes cadastradas na modalidade II, porém ainda há carência de técnicos de higiene dental que possam se inserir nas ESB, pela falta de formação específica no Estado. Aguarda-se a criação de um pólo de capacitação na Escola de Saúde Pública de Sobral (Bezerra, 2005).

Algumas equipes tiveram um aumento na sua oferta e capacidade de atendimento por estarem em locais de estágio extra-mural (Crutac) da Universidade Federal do Ceará. O que pode ser considerado como positivo, na medida em que abre espaço para treinamento do graduando em serviço e beneficia a população com mais disponibilidade de profissionais nos serviços. É necessário, porém, que exista toda uma estrutura física e educacional de suporte.

Um fator dificultador para a disponibilidade de atendimento é a falta de instrumental suficiente para os procedimentos realizados em todos os pacientes do dia, o que obriga a utilização de algumas horas que poderiam estar sendo usadas para a clínica na esterilização do instrumental. Em alguns casos isto é ainda mais grave, visto que 23,9% dos dentistas relataram que não havia instrumental suficiente nem para atendimento dos pacientes do turno. O município de Eusébio foi o local de maior queixa, por parte dos dentistas, em relação ao problema apontado, sendo que 33,3% dos

entrevistados referiram que não havia instrumental suficiente para o atendimento dos pacientes do turno. No município de São Gonçalo, todas as equipes relataram haver instrumental suficiente, inclusive para o atendimento dos dois turnos do dia, o que é interessante, visto que, dessa forma, não é necessária a interrupção do atendimento antes do final do turno da manhã para esterilização de instrumental.

Há relatos, por parte dos dentistas de Eusébio e Maracanaú quanto à falta de material de consumo odontológico e a falta de manutenção regular dos equipamentos, o que termina por ocasionar paradas freqüentes no atendimento clínico ou não realização de alguns procedimentos por parte destas equipes. Este fato, no entanto, não foi encontrado no estudo de Pinheiro (2004) que, ao pesquisar sobre a inserção das equipes de saúde bucal no município de Maracanaú nos anos de 2000 a 2003, constatou o suprimento regular de material de consumo e manutenção semanal dos equipamentos não havendo paralisação no atendimento por estes motivos.

No município de Eusébio, é objetivo do plano municipal de saúde (2005-2008) a aquisição de materiais, equipamentos e instrumentais suficientes, com espaço adequado para armazenamento do material de consumo, além de manutenção preventiva e corretiva de qualidade nos equipamentos odontológicos. Em São Gonçalo do Amarante, como meta incluída no plano municipal de saúde está a padronização dos equipamentos das Equipes de Saúde Bucal, com aquisição de aparelhos de Rx e autoclaves para as unidades que ainda não possuem.

É recomendado pelas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (Brasil, 2004a), o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho, assegurando a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, observando estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária. Na lista de insumos da farmácia da Saúde da Família é prevista a inclusão de alguns insumos odontológicos estratégicos, com vistas a superar dificuldades freqüentes para sua aquisição em muitos municípios —

inviabilizando, muitas vezes, a realização de procedimentos elementares da assistência odontológica e comprometendo a continuidade de ações coletivas — como é o caso do mercúrio, limalha de prata, resina fotopolimerizável, ionômero de vidro e, também, escovas e pastas de dente, além de outros itens adequados à realidade local para a produção de serviços odontológicos básicos. Essas recomendações não foram observadas nos municípios.

4.2 ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA

No estudo de Forrest e Starfield (1998), foi considerada barreira geográfica para APS, se o tempo de deslocamento até a unidade de saúde fosse igual ou maior que 30 minutos.

Visto que o Programa de Saúde da Família trabalha com territorialização e população adscrita, o fator de acessibilidade geográfica não deve ser um dificultador do acesso. Nos municípios de Eusébio e Maracanaú, a acessibilidade geográfica foi facilitada, pois estes municípios possuíam taxas de urbanização de 100% e 99%, respectivamente. Já em São Gonçalo do Amarante, existiam algumas dificuldades em relação à distância das UBASF, visto que o município possuía áreas rurais. Algumas equipes eram divididas de forma a atenderem tanto zona a rural como a urbana. Nas equipes que atendiam apenas zona rural, havia uma maior dificuldade, inclusive para o deslocamento dos profissionais que terminavam chegando mais tarde ao local de atendimento e saindo mais cedo, devido ao maior tempo dispensado para o deslocamento e espera pelo transporte do serviço.

Foi observado no estudo de Ramos e Lima (2003) que a menor proximidade geográfica do serviço de saúde à residência do usuário não é obrigatoriamente o elemento central que determina sua escolha, pois nem sempre este fator significa garantia de atendimento. Experiências prévias negativas junto ao serviço de saúde próximo, aliadas à busca por profissionais competentes, confiança na experiência e capacidade dos membros

da equipe de saúde, além do acesso facilitado e bom acolhimento, influenciam fortemente a escolha do serviço a ser visitado. Neste caso o acesso geográfico se relaciona ao acesso funcional, pois o usuário se dispõe a deslocar-se para um local que, embora mais distante de sua residência, é bem recebido por profissionais que já conhece e na qual o seu ingresso e permanência são facilitados através de mecanismos como o agendamento prévio de consultas.

No caso do PSF, no entanto, não há uma opção de escolha dentro da atenção básica do serviço público já que, ao trabalhar com a população adscrita, o próprio serviço “seleciona” os usuários, não sendo possível o acompanhamento por outro serviço de saúde (exceto em casos de urgência e emergência).

4.3 ADEQUAÇÃO FUNCIONAL

4.3.1 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Como não foi realizada uma pesquisa com os usuários, não é possível afirmar se este horário é adequado à comunidade atendida. Porém, de acordo com críticas e sugestões, obtidas das entrevistas com os dentistas, relatou-se que este horário seria incompatível para as pessoas que trabalham no horário comercial, sendo um fator dificultador do acesso para esses pacientes.

A dificuldade para o atendimento dos trabalhadores também foi constatada no trabalho de Cordeiro (2001), que não encontrou estes usuários entre os entrevistados da demanda espontânea, relatando, assim, que as barreiras de acesso para eles são claras já que é necessário ter “paciência e tempo no horário em que estão trabalhando”.

Embora não seja uma característica do PSF, que funciona em regime de 40 horas, com atendimento pela manhã e à tarde, observa-se que é necessária uma adaptação para que se torne viável o acesso do grupo de trabalhadores ao serviço.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004), admitindo que os trabalhadores têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços, sugere que sejam disponibilizados horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo, integrando a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos. Porém, não há uma norma de como isto poderia ser feito dentro do PSF.

Giovanella e colaboradores (2003), em avaliação do PSF em grandes centros urbanos, também comentaram sobre a necessidade de repensar os horários de funcionamento das unidades e estudar possibilidades de inscrição individual em Unidades de Saúde da Família (USF) próximas aos locais de trabalho.

Uma boa iniciativa é observada no município de Eusébio, na qual, em um dos locais, utilizando as mesmas instalações da UBASF, foi contratado um cirurgião-dentista e uma atendente de consultório dentário para realização de atendimento noturno (das 16:00h, horário em que a unidade termina o seu funcionamento, às 21:00h), três vezes por semana, beneficiando os trabalhadores. A inclusão de um dentista no horário noturno facilita o acesso das pessoas, evitando a interrupção do trabalho para se submeterem ao atendimento odontológico, além de ser disponibilizado mais um profissional para suprir as necessidades de atendimento da população, utilizando a mesma instalação (estrutura física, equipamentos e instrumentais) da equipe do PSF.

4.3.2. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004a), a Unidade Básica de Saúde deve garantir o atendimento de urgência e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização.

A percepção de urgência, porém, difere entre médicos e pacientes e entre os pacientes. As consultas de saúde podem ser categorizadas em urgentes (requerem um atendimento no mesmo dia), “soon” (devem ser avaliadas em dois ou três dias) e eletivas

ou de rotina, na qual o horário pode ser combinado dependendo de outros fatores. O conceito de consulta de rotina é mais fácil de definir e quantificar (Jones *et al*, 2003).

No estudo, alguns dentistas destacaram que o grande volume de urgências na unidade de saúde terminava por dificultar o planejamento e acesso de outros pacientes ao serviço. Outro fator apontado foi que, devido à grande demanda, muitos pacientes não conseguiam atendimento de outra forma, senão como “urgência”, situação que impedia o dentista da família de recusar ou adiar o atendimento. Assim, devido à dificuldade técnica de classificar com precisão o que é realmente uma urgência (visto que dor é um sentimento subjetivo que depende da sensibilidade de cada indivíduo), muitos pacientes entravam no sistema desta forma; o que é um desperdício de tempo e recursos, pois, em sua maioria, estes atendimentos não são resolutivos.

4.3.3 AGENDAMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

A forma de organização do acesso aos serviços de Saúde Bucal encontrada no estudo era heterogênea, variando de acordo com a equipe, embora em cada município ocorresse uma tentativa de padronização do atendimento. Esta heterogeneidade da dinâmica do atendimento também foi constatada no estudo de Cordeiro (2001).

Na maioria das equipes entrevistadas, a demanda espontânea não era agendada previamente. Segundo Ramos e Lima (2003, p.32):

“o agendamento prévio de consultas é um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo alterar o modelo exclusivo do pronto atendimento.”

A forma de organização do agendamento por micro-área, que era utilizada por 92,6% das equipes do município de Maracanaú, foi bastante referida, pelos dentistas que a adotavam, como a melhor forma de garantir um acesso uniforme a todos os usuários. Esse sistema realmente proporciona uma distribuição mais igual da oferta de atendimento,

possibilitando a todas as pessoas a mesma chance de “competir” por uma vaga no serviço, já que é destinado um dia para cada área, de acordo com o local de moradia. No entanto, muitas vezes há um “mascaramento” do número de usuários que estão procurando e necessitando do serviço, limitando a procura das pessoas a dias específicos, de acordo com a localização da residência, reduzindo ainda mais as opções de dias e horários para atendimento.

Da mesma forma que o agendamento por micro-áreas, o agendamento por ACS (como é realizado em São Gonçalo do Amarante) que é responsável por uma rua, por exemplo, também é um tipo de atendimento por área. A diferença está no local de marcação da consulta. O agendamento prévio, fora da unidade de saúde, se bem organizado, pode facilitar bastante o acesso da comunidade, visto que esta não precisa se deslocar até a UBASF, em um dia específico, para agendar um atendimento. Porém, se o agente também marca um dia e um local para a realização do agendamento, o problema torna-se o mesmo, apenas com a transferência do ambiente.

O ACS é responsável por cerca de 150 famílias (400 a 750 pessoas) e mora na localidade em que trabalha, sendo um profissional que está totalmente inserido dentro dos valores, costumes e linguagem da comunidade (Brasil, 2001b). Dessa forma, ao realizar visitas domiciliares diariamente, pode ser um importante colaborador para a realização de orientações em Saúde Bucal e triagem, identificando pessoas com necessidades de atendimento odontológico mais urgentes e encaminhando para a clínica.

Porém, é necessário que os agentes sejam bem treinados para a realização de uma triagem, não beneficiando apenas conhecidos e familiares e que estejam em constantes reuniões com a equipe para que esta acompanhe essas atividades, discutindo a melhor forma de realização, de acordo com as necessidades da comunidade, e suas prioridades. Caso contrário, esta forma mascara ainda mais a fila, pois as pessoas nem chegam à UBASF, tornando-se um falso positivo de um bom acesso. No estudo, não se observou uma padronização quanto ao trabalho dos agentes. Porém, segundo informações dos dentistas entrevistados e do coordenador do município de São Gonçalo, essa era uma

questão que estava sendo trabalhada nas equipes que adotavam esse sistema, através de capacitação desses profissionais.

Os dentistas relataram que o acesso melhorou bastante para os grupos prioritários mas, para quem não era escolar, o acesso continuava muito difícil. Esse fato também foi discutido na pesquisa de Cordeiro (2001), que constatou grande dificuldade no acesso aos serviços dos grupos excluídos da demanda programada, como adultos e adolescentes.

4.3.4 ATENDIMENTO À DEMANDA PROGRAMADA

Na dificuldade da disponibilidade de serviço com fácil acesso a toda a população adscrita, e buscando seguir o princípio da equidade, na qual uma maior atenção deve ser dispensada a quem mais precisa, 93,5% das equipes organizavam o atendimento, dividindo-o em demanda espontânea e grupos prioritários. Nem sempre, porém, estes grupos são realmente prioritários para a odontologia, ou estas pessoas têm uma maior necessidade de tratamento, pois seria necessário um levantamento de necessidades por região para averiguar o grau de prioridade de cada grupo. No município de Maracanaú, uma das metas do plano municipal de saúde (2005-2008) é o estabelecimento de critérios de risco em Saúde Bucal.

Também foi encontrado que na maioria das unidades não havia um controle do número de pessoas nestes grupos em relação ao número total da população adscrita para análise se realmente o tempo destinado para o seu atendimento seria adequado.

Alguns grupos prioritários, identificados na pesquisa, não poderiam ser considerados uma demanda programada. Segundo Paim (2003), a “oferta organizada” ou programada ocorre quando os serviços de saúde estão voltados para as necessidades de saúde. Dessa forma, os principais problemas são identificados na comunidade, através de estudos epidemiológicos, orientando, assim, a oferta a nível local. Pode haver também identificação de sintomáticos a partir da demanda espontânea, ou na comunidade, além do resgate de faltosos. Assim, a demanda programada inclui o conjunto de pacientes

captados a partir da demanda espontânea, busca ativa de casos e controle no âmbito comunitário.

O Ministério da Saúde recomenda que a atenção de crianças e adolescentes deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual (Brasil, 2004a). Assim, é interessante a realização de levantamentos de necessidades para o conhecimento, dentro desta faixa etária, de grupos de risco.

Em 45% das equipes que atendiam a esses grupos, porém, não havia essa identificação; os escolares dirigiam-se ao local de atendimento, no dia destinado a eles para tentar uma vaga (em algumas unidades havia possibilidade de agendamento prévio), ou eram encaminhados pelos professores ou diretores da escola na qual estudam, de acordo com a procura. Neste último, apenas se transferindo o local de marcação de consultas da unidade para a escola; o que, de certa forma, facilita o acesso pela não necessidade de deslocamento para agendamento na UBASF, porém não organiza (programa) adequadamente esta demanda, pois esses profissionais, em sua maioria, não são capacitados para realizarem triagem odontológica para agendamento. Não havia, portanto, nessas equipes, uma busca por crianças com maior necessidade de atendimento; elas eram marcadas, geralmente, seguindo a ordem da procura. Nas equipes que realizam levantamento de necessidades, em geral não havia uma padronização, visto que cada dentista (que realizava este tipo de atividade) produzia sua própria ficha de avaliação.

Há uma recomendação, segundo as normas operacionais de atenção à saúde para a realização de exame de necessidade de tratamento que pode ser realizado em locais fora do consultório odontológico com exemplos de critérios de classificação (Ceará, 2004a) que observam apenas a doença cárie, sendo: Grau 0 (sem necessidade de intervenção clínica); Grau 1 (decíduo com lesão crônica ou permanente com lesão de cicatrícula e fissura); Grau 2 (decíduo c/ lesão ativa e/ou extração indicada ou permanente c/ mini cavidade); e Grau 3 (decíduo c/ múltiplas lesões ativas e exodontia indicada ou permanente com cavidades e exodontia indicada). Ou ainda: Grau 0 (ausência de lesões cariosas); Grau 1 (1 a 5 lesões cariosas); e Grau 2 (mais de 5 lesões cariosas).

No município de São Gonçalo do Amarante, em todas as unidades era realizado um levantamento de necessidades nas escolas, o que orientava o planejamento do atendimento deste grupo. Esse é um avanço no sentido de se estabelecer metas, conseguindo-se monitorar mais essas atividades e trabalhando na busca da equidade. Geralmente a escola que estava em dia com o mapa do flúor era prioridade. Os cirurgiões-dentistas seguiam a orientação da coordenação para a seleção dos pacientes. Havia um documento de exame escolar. Era recomendado que os dentistas possuíssem a lista de todas as crianças de 3 a 14 anos e que a equipe cobrisse todas as escolas de sua área. Dividia-se os escolares em 3 grupos: 0 a 5 anos, 5 a 9 e 9 a 14. Chamavam de acordo com a porcentagem dos graus de prioridade. Prioritariamente as crianças de grau 3 (70% das vagas), grau 2 (20%), grau 1 (5%), grau 0 (5%). Mandava-se uma carta-aviso e o pai assina confirmando o chamado. Era realizado um encaminhamento pelos ACS ou pelos diretores das escolas, em caso de urgência.

Quanto às gestantes, considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, o Ministério da Saúde recomenda que a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica que inclua orientações, exame clínico e, caso a paciente deseje, o tratamento odontológico (que não deve ser compulsório) (Brasil, 2004a).

As Diretrizes de Saúde Bucal indicam que as equipes garantam atendimento clínico individual do idoso, evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento, levando em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso. Há também uma recomendação para a organização do ingresso de crianças no sistema, no máximo a partir de seis meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais (Brasil, 2004a). Foi averiguado que algumas equipes atendiam, separadamente, grupo de crianças de 0 a três anos.

Segundo o Ministério da Saúde, o acesso aos serviços de saúde, deveria ser organizado por linhas de cuidado, ou por condições de vida. Da primeira forma poderiam ser trabalhados grupos de acordo com as faixas etárias como: saúde da criança, saúde do

adolescente, do adulto e do idoso. Da segunda, poderiam ser trabalhadas as condições como: saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outros grupos (Brasil, 2004a). Esta segunda forma necessita, porém, de um maior cuidado quanto à organização, visto que o usuário pode estar inserido em vários grupos.

4.3.5 SERVIÇOS POR TELEFONE

A comunicação do paciente com a unidade de saúde era difícil, visto que nem todas possuíam um telefone para facilitar o acesso a informações, e outras dispunham apenas de telefone público.

4.3.6 TEMPO DE ESPERA

O plano do Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido sugere que pacientes deveriam ter acesso aos serviços de APS dentro de 48 horas (Jones, 2003). O tempo de espera para conseguir marcar a consulta e para o atendimento pode ser uma barreira no acesso dos pacientes ao serviço, sendo que é necessário, para esta avaliação, uma pesquisa quanto ao grau de satisfação/adaptação dos pacientes a este tempo, que seria o que Frenk (1985) denominou de “poder de utilização”.

O tempo médio de espera evidenciado no estudo foi de 89 minutos, podendo ser de duas horas e quarenta e oito minutos, se acrescido do tempo médio de espera para marcar uma consulta. Esse tempo pode ser considerado uma barreira para o acesso do paciente, principalmente para trabalhadores, e nas equipes que não trabalham com tratamento concluído, visto que essa espera se repetirá a cada tentativa de realização de um procedimento.

4.4 RESOLUBILIDADE

Em relação às primeiras consultas, o recomendado é que todo paciente que se submetesse pela primeira vez a um tratamento odontológico tivesse seu exame odontológico completo realizado (ou seja, a primeira consulta), constando, além de dados sobre sua saúde geral, dados sobre sua necessidade de tratamento dentário atual (o odontograma). O que se observou, no entanto, foi que, em várias unidades, ainda, a primeira consulta só era realizada para pacientes dos grupos. Muitos pacientes da demanda espontânea realmente só tinham disponível um tipo de pronto-atendimento, para resolução somente do problema que estava “incomodando mais” no momento, sem a visão de um tratamento completo ou de um vínculo com a equipe, não havendo uma organização para a resolução do problema total do paciente, como seria o recomendado de acordo com os princípios da Atenção Primária à Saúde. Isto é corroborado por Ramos e Lima (2003, p.28) quando afirmam que “o modelo de pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva.”

Em relação aos municípios estudados, 66,7% dos dentistas entrevistados em Eusébio afirmaram preencher odontograma para todos os pacientes atendidos, sendo o município que alcançou, no período do estudo, a maior média de primeiras consultas por equipe por mês (74,5 primeiras consultas), considerando os meses de julho a setembro de 2005, seguido por Maracanaú (64,4) e São Gonçalo do Amarante (46,6).

A maioria das equipes (91,3%) não trabalha com tratamento concluído (TC) para todos os pacientes. Segundo Zanetti, “não existe qualquer possibilidade de executar programação com base em metas de cobertura, sem a instituição de rotinas de atenção baseadas em tratamentos completados”. O único município no qual se observou este tipo de organização de atendimento foi o de Eusébio, no qual quatro das nove equipes entrevistadas trabalham com TC para todos os pacientes que entram no sistema. O tratamento concluído ocorre quando todo o problema básico é resolvido, ou seja, quando, ao ser admitido no serviço, o paciente fica sendo agendado até terminar todo o seu

tratamento primário odontológico. Assim, uma vez conseguida a vaga para a primeira consulta, o paciente tem a garantia de que será atendido quantas vezes forem necessárias para a resolução do seu problema dentro da atenção básica, não sendo necessário, a cada atendimento tentar conseguir uma vaga, o que, muitas vezes, desestimula ou fica inviável para o paciente.

Assim, em 42 das 46 equipes entrevistadas, a conquista de uma vaga para primeira consulta não era garantia da integralidade do atendimento ofertado pela rede básica. Como na odontologia geralmente o paciente precisa de mais de um procedimento, concluir o tratamento significava “entrar na fila” diversas vezes, na incerteza de conseguir uma vaga. Caso o paciente necessitasse, por exemplo, de 10 procedimentos para a conclusão de seu tratamento e só fosse possível tentar marcar a cada mês, considerando que ele conseguisse marcar em todas as tentativas (o que nem sempre era possível), ele só concluiria o tratamento após 10 meses.

Havia uma unidade no município de Eusébio que poderia ser melhor analisada visto que a equipe trabalhava com tratamento concluído para todos os pacientes e não havia lista de espera. Os pacientes, à medida que procuravam a dentista (em dias e horários combinados com a comunidade), eram automaticamente agendados para até quinze dias, ficando remarcados geralmente quinzenalmente até a conclusão do tratamento. Nesta unidade, em geral, era realizado mais de um procedimento a cada atendimento, buscando a resolução mais rápida dos problemas dos pacientes que já haviam entrado no sistema.

Além do atendimento clínico curativo, pode-se realizar na UBASF ações preventivas individuais, o que contribui para a manutenção da saúde oral, evitando recidivas da doença e reduzindo a demanda para a clínica. Apenas 32,6% dos dentistas afirmaram realizar instrução de higiene oral com todos os pacientes em atendimento, em função da grande demanda ou da ausência de um local apropriado, como o escovódromo.

Muitas vezes, para a conclusão do tratamento, ou referência para o serviço especializado, é necessária uma radiografia. O RX odontológico aumenta a resolubilidade do serviço (Ramos e Lima, 2003). No entanto 47,8% das equipes não haviam aparelhos

de RX em suas unidades, tendo o paciente que ser encaminhado ao serviço especializado ou a outras unidades que disponibilizassem esse serviço para um diagnóstico mais preciso. Assim, o acesso do paciente era dificultado, pois era preciso que ele se deslocasse a vários locais (para a sua unidade de saúde inicialmente, para o local em que era realizada a radiografia, novamente para a unidade de saúde e, dependendo do caso, para o centro de especialidades), esperando o dia destinado a realização desses procedimentos em cada local, para conseguir concluir o tratamento de apenas uma unidade dentária.

Dois padrões de utilização são característicos da APS: o primeiro contato e a continuidade. A continuidade, conceito que integra a definição de APS do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, implica que as pessoas utilizem os serviços, ao longo do tempo, para a resolução da maior parte de suas necessidades de saúde (Forrest e Starfield, 1998). Os benefícios da continuidade como uma fonte de cuidado primário inclui: a melhoria da satisfação, da adesão aos tratamentos e comparecimento às consultas e aumento do conhecimento, por parte do profissional, das necessidades de saúde do paciente, reduzindo a probabilidade de agravamento das patologias.

Essa continuidade, o vínculo com a equipe através de um acompanhamento anual, não foi observada na grande maioria das equipes do estudo (em 74% das equipes entrevistadas). No município de São Gonçalo do Amarante constatou-se uma maior preocupação neste aspecto, visto que, em sete das dez equipes entrevistadas, o paciente, após a conclusão de seu tratamento básico, recebia um cartão com a data para agendamento após um ano, sendo seu acesso ao serviço facilitado neste período.

Em relação à referência e contra-referência, observou-se em Maracanaú uma dificuldade devido à grande demanda. Nos demais municípios, os serviços especializados ainda estavam em fase de estruturação (com menos de seis meses de implantação).

Segundo Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), a referência ao especialista deve ser responsabilidade exclusiva do clínico de atenção básica e o agendamento, com garantia da consulta prescrita, deve ser responsabilidade da unidade de atenção básica. Estas autoras afirmam que, em um primeiro momento, devido à demanda reprimida, provavelmente haverá filas de espera que, apesar de serem indesejáveis, na realidade

brasileira, a existência dessas filas organizadas com identificação dos tempos de espera, podem ser consideradas um primeiro indicador de organização do sistema de atenção, visto que, em geral, o acesso ao nível secundário é tão difícil que as esperas nem são listadas.

5. CONCLUSÃO

A partir desse estudo de campo nos municípios de Eusébio, São Gonçalo do Amarante e Maracanaú/Ceará, é possível demonstrar que os serviços clínicos de Saúde Bucal na Atenção Básica, embora estejam inseridos em um mesmo modelo programático (PSF), devendo ofertar o mesmo tipo de atendimento, têm uma forma de organização heterogênea e diversa. Em um mesmo município, as equipes procuram seguir determinadas rotinas semelhantes, porém com modificações advindas das iniciativas de adequação aos interesses da comunidade, além do maior ou menor esforço dos profissionais na busca de uma atenção de melhor qualidade.

Identificam-se alguns fatores que facilitam o acesso dos usuários. Algumas ações são percebidas como tendências gerais do Programa na área da Saúde Bucal, outras são iniciativas isoladas de uma equipe ou de um município.

Em relação aos fatores encontrados que facilitaram o acesso aos serviços, constata-se iniciativas como:

- processo de territorialização com adscrição da clientela – favorecendo uma maior proximidade da UBASF à residência das famílias e permitindo um menor tempo de deslocamento até a unidade;
- uma boa condição estrutural, em várias unidades – proporcionando conforto aos usuários;
- equipamentos como aparelhos de RX – possibilitando um diagnóstico mais rápido;
- inovações na forma de organização do acesso – buscando uma maior adaptação à realidade de cada local, como: a marcação de consultas através dos ACS, ou por micro-área; a “demanda agendada”; a triagem nas escolas para direcionar a organização da demanda; a busca ativa de alguns grupos de pacientes realizada em campanhas do município; e o cartão de retorno com um ano (facilitando a continuidade da atenção e o vínculo com a equipe).

Apesar do acesso aos serviços ser avaliado por 82,6% dos dentistas entrevistados como “bom” ou “ótimo”, ainda existem diversos aspectos que tendem a dificultar esse primeiro contato e a continuidade da atenção de Saúde Bucal.

Um fator importante seria a capacidade dos serviços em acolher essa demanda expressa. A pesquisa evidencia que o número atual de equipes de saúde da família nos municípios estudados não é suficiente para atender a toda a comunidade que está sob sua responsabilidade. Assim, cria-se o primeiro obstáculo ao acesso.

Um segundo ponto observado é a quantidade insuficiente, em algumas equipes, de recursos materiais como instrumentais, materiais de consumo odontológicos, além da ineficiência ou inexistência de uma adequada manutenção dos equipamentos.

Além disso, a forma de organização do serviço é, em algumas situações, um fator que funciona como um obstáculo ao acesso dos usuários, incluindo: a ênfase no atendimento da demanda espontânea, não existindo um pré-agendamento das consultas; a dificuldade de programação da demanda, inclusive entre os grupos prioritários; a obrigatoriedade da chegada de todos os pacientes no início do turno; o tempo de espera para agendamento e atendimento; o pouco conhecimento sobre a situação epidemiológica da comunidade para um melhor planejamento da organização do serviço; o grande volume de urgências a serem atendidas na unidade; a ausência ou sub-utilização do técnico de higiene dental na clínica odontológica; e o horário não flexível para o atendimento de trabalhadores.

Registram-se, portanto, diversos fatores que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde, porém, o grau de acesso real aos serviços só poderá ser definido após o conhecimento do poder de utilização da comunidade que procura atenção. Nesta pesquisa não foi possível a realização de um estudo que buscasse definir o poder de utilização desses usuários em relação a estas resistências encontradas. Sugere-se um estudo posterior que possibilite essa associação.

Como recomendações, de um modo geral, poderíamos, através desse trabalho, sugerir:

- a qualificação de um maior número de equipes de saúde bucal, reduzindo, dessa forma, o número de pessoas sob responsabilidade de cada ESB;
- a busca por um maior número de equipes qualificadas como modalidade II (através da contratação e utilização efetiva do técnico de higiene dental);
- a contratação de dentistas fora do PSF para o atendimento dos trabalhadores em horários alternativos, utilizando a estrutura da UBASF;
- a garantia de recursos materiais, como instrumentais, suficientes para o atendimento da demanda prevista para o dia;
- a garantia de provimento continuado de material de consumo;
- o contrato com uma equipe técnica para manutenção regular dos equipamentos odontológicos;
- a capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuação na triagem odontológica e busca ativa de pacientes;
- a informatização ou melhor organização do sistema de prontuários, garantindo um servidor para esta tarefa e distribuindo as atividades da UBASF de forma a organizar o fluxo de pacientes da demanda espontânea dos diversos setores.

Como hipóteses geradas a partir dessa pesquisa e a ser testada em futuros estudos, ressaltam-se:

- um maior número de procedimentos por consulta, apesar de reduzir o “acesso de primeiro contato”, aumentaria a resolubilidade e a eficiência dos serviços de saúde bucal?
- a padronização quanto ao modo de funcionamento das unidades seria mais positiva em termos de análise custo-benefício do que as variações de acordo com as realidades locais?
- os usuários desses municípios teriam o grau de satisfação, quanto ao acesso, semelhante ao conceito expressado pelos dentistas entrevistados?
- o usuário teria um maior nível de satisfação em serviços que atuam com a programação da demanda, do que nos serviços que atuam no modelo de pronto-atendimento?
- a utilização do agente comunitário de saúde, para a realização do agendamento, busca ativa de pacientes e orientações em saúde bucal, teria um impacto positivo nos serviços do PSF?

Por fim, o estudo demonstrou que algumas iniciativas estão sendo realizadas na busca da melhoria do acesso da população aos serviços odontológicos na atenção básica, porém, ainda existem obstáculos a este acesso, associados tanto ao primeiro contato quanto à continuidade da atenção, principalmente, para os usuários da demanda espontânea.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO,F.A.; GUIMARÃES,M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Públ.** RJ, v.12, n.2, p.233-242, abr./jun., 1996.

ALCÂNTARA, L. **O Ceará e a Saúde Bucal.** [online]. Abril.2003. [citado 29.01.2006]. Disponibilidade e acesso: <www.ceara.gov.br>.

ANDERSEN, R.; ADAY, L.A. Access to medical care in U.S.: realized and potential. **Medical Care**, v.XVI, n.7, p.533-546, july, 1978.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A.do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, v.8, n.3, p.815-823, 2003.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p.709-717. 2002.

BEZERRA, A. Saúde Bucal, uma maior cobertura. **Revista Ceará Saúde** [online]. ano I, n.1, p.22-23, fev. 2005. [citado 28.01.2006]. Disponibilidade e acesso: <www.saude.ce.gob.br>.

BOTAZZO, C.; BERTOLINI, S.R.; CORVÊLHO, V.M. Atenção em Saúde Bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. **Divulgação**, n.10, p.43-53, jun., 1995.

BRASIL, SENADO FEDERAL. **Constituição Federal.** Seção II, art.196, 1988.

BRASIL, **Lei 8080**, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília, 1999. 40p.

_____. **Portaria 1444/GM**, 28 de dezembro de 2000.

_____. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde.** Fevereiro, 2001a.

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** [online]. Brasília, 2001b. [citado 20.10.05] Disponibilidade e acesso: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/guia_psf2.pdf>.

_____. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Distrito Federal. SOUZA, R.R. Seminário Internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, São Paulo: Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002a.

_____. **Programa de Saúde da Família: equipes de saúde bucal – série C. Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília: Distrito Federal, 2002b.

_____. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Janeiro, 2004a.

_____. **SIAB** [online]. Setembro 2004b. [citado 04.11.2004]. Disponibilidade e acesso: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpsf_setembro_2004b.pdf>

_____. **Cadernos de Informação em Saúde** [online]. 2005a. [citado 05.01.2006]. Disponibilidade e acesso: <www.saude.gov.br>.

_____. **Indicadores Municipais de Saúde** [online]. 2005b. [citado 11.01.2006]. Disponibilidade e acesso: <<http://portalweb02.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion.cfm>>

_____. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência Dezembro/2005** [online]. 2005c. [citado 12.02.06]. Disponibilidade e acesso: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/historico_psf/historico_2005.pdf>

_____. **Saúde da Família**. [online]. 2005d. [citado 12.02.06]. Disponibilidade e acesso: <http://dtr2004.saude.gov.Br/dab/saudebucal/saude_familia.php>

_____. **Portaria MS/GM nº61**, 28 de março de 2006, publicado no DOU de 29/03/06, n.61.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentário à lei orgânica da saúde (Lei 8080/90 e 8142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.77.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Manual da Equipes de Saúde da Família**. N°3 - Normas Operacionais de Atenção à Saúde. Fortaleza, 2004a.

_____. **Informações em Saúde: indicadores de saúde - Programa Saúde da Família** [online]. Abril, 2004b. [citado 01.02.2006]. Disponibilidade e acesso: <<http://www.saude.ce.gov.br/internet/>>.

_____. Coordenadoria de Políticas em Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde** - IDB Ceará [online]. v.4, 2005. [citado 28.01.2006]. Disponibilidade e acesso: <<http://www.saude.ce.gov.br/internet/>>.

_____. **Portaria MS/GM nº61**, 28 de março de 2006, publicado no DOU de 29/03/06, n.61.

CHAVES, M.C. **Crise de identidade profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam no Programa de Saúde da Família**. Fortaleza, 2005. 77p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará.

CHISICK, M.C.; POINDEXTER, F.R.; YORK, AK.U.S. Factors influencing perceived need for dental care by active duty U.S. military personnel. **Mil Med**, v.162, n.9, p.586-9, sep., 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In Hartz, Z. M. et al. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORDEIRO, C.M. **Avaliação do Sistema Municipal de Atenção a Saúde Bucal em Maracanaú – CE**. Fortaleza, 2001. 110p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará.

CUNHA, L. Dez anos de PSF. **Revista Ceará Saúde** [online]. Ano I, n.1, p.22-23, fev. 2005. [citado 28.01.2006]. Disponibilidade e acesso: <www.saude.ce.gov.br>.

DASANAYAKE, A.P. et al. Disparities in dental service utilization among Alabama Medicaid children. **Community Dent Oral Epidemiol**, n.30, p.369-76, 2002.

DATASUS. Informações de Saúde. **Pacto de Atenção Básica – 2005 – Ceará** [online].2005.[citado 28.01.2006]. Disponibilidade e acesso: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>

DONABEDIAN, M.D. The Seven Pillars of Quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 114, p.1115-1118, nov., 1990.

DONALDSON, MS et al. **Primary Care: america's health in a new era**. Washington, DC: National Academy Press, 1996.

FOMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O.; PORTO, L.A.. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad. Saúde Pública**. v.16, n.3, p.831-841, jul. /set., 2000.

- FORREST, CHRISTOPHER B.; STARFIELD, BARBARA. Entry Into Primary Care and Continuity: the effects of access. **Am. J. Public Health**, v.88, n.9, p.1330-1336, sept., 1998.
- FRANCO, SELMA C.; CAMPOS, GASTÃO W. DE S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.352-360, 1998.
- FREEMAN, R. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Braz. J. Oral Sci.**, v.1, n.1, April/june, 2002
- FRENK, JULIO. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica de Mexico**, sept./oct., 1985.
- GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. **Saúde em Debate**, v.27, n.64, p.155-164, maio/ago, 2003.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v.26, n.60, p.37-61, jan./abr., 2002.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.278-289, set./dez., 2003.
- GIOVANELLA, L.; FEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise**. In EIBENSCHUTZ, C. (org.). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 177-198.
- GOLDBAUM, M. *et al.* Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa de saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p.90-99, 2005.
- GROISMAN, S.; MORAES, N.M.; CHAGAS, L.D. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. **Cadernos da Aboprev**, n.II, maio, 2005.
- HORTALE, V.A.; PEDROZA, M.; ROSA, M.L.G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.231-239, jan./mar., 2000a.
- _____. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, RJ., v.24, n.56, p.57-66, set./dez., 2000b.

- JONES, WENDY *et al.* Measuring access to primary care appointments: a review of methods [online]. **BMC Family Practice**, v.4, n.8, 2003. [citado maio.2004]. Disponibilidade e acesso: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/4/8>> .
- LIMA, J.C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, RJ., v.26, n.60, p.62-70, jan./abr., 2002.
- MARTINS, S.P. **Fundamentos de Direito da Seguridade Social**. São Paulo: Atlas S.A., 2002. 157-158.
- MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Ceará: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MOREIRA, R.S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665-1675, nov./dez., 2005.
- MURRAY, MARK *et al.* Improving Timely Access to Primary Care: case studies of the advanced access model. **JAMA**, v.289, n.8, p.1042-1046, feb., 2003a.
- OIKAWA, L. T. **Condições de acessibilidade a uma Unidade Básica de Saúde do Município de Botucatu, São Paulo, 1999**. Botucatu, 2001. 100p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.
- PAIM, J.S., **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde**. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.de. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.567.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J.W. The Concept of Access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med. Care**, v.XIX, n.2, feb., 1981.
- PINEAULT, R.; DAVELUY, C. **La planificación Sanitaria**. Conceptos. Métodos. Estratégias. Barcelona: Masson, 1987. 382p.
- PINHEIRO, E.M. **A inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no município de Maracanaú – Ceará: um estudo de caso entre os anos 2000 e 2003**. Fortaleza, 2004. Monografia (Especialização em Odontologia no Programa Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú.

PORTAL DE SERVIÇOS E INFORMAÇÕES. **Dentistas participam mais do Programa de Saúde da Família.** [online]. Jul.2003. [citado 06.10.2003]. Disponibilidade e acesso: <www.ceara.gov.br>.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.27-34, jan./fev. 2003.

SÁ, D.A.de *et al.* Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v.1, n.1, p.45-52, jan./abr., 2001.

SAFRAN, D.G. et al. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. **Medical Care**, v.36, n.5, p.728-739, 1998.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNGLERT, C.V.; ROSEMBURG, C.P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde – uma abordagem da geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, v.21, n.5, 439-46, 1987.

ZANETTI, C.H.G. **Saúde Bucal no PSF** [online]. Agosto.2000 [citado 20.04.06]. Disponibilidade e acesso: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/index_2.htm>.

_____. **Metodologia e dicas de programação** [online]. Março.2002. [citado 22.04.06]. Disponibilidade e acesso: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/index_2.htm>.

