

A POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE BUCAL E SUAS REVERBERAÇÕES NA QUALIDADE DA SAÚDE BUCAL: O CASO DO PSF I DE NATUBA/PB

Luana Jannine Franklin Barbalho Araújo • Graduação em Administração Pública. Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: luanafranklins2@gmail.com

Igor Martins • Mestre em Administração Pública. Professor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: igormartins@yahoo.com.br

Emanuelle Dayana Vieira Dantas • Mestre em odontologia. Professora da Universidade Potiguar. E-mail: emanuelle_vieira@hotmail.com

Envio em: Junho de 2015

Aceite em: Junho de 2016

RESUMO: O objetivo deste artigo é analisar o desempenho dos procedimentos da Saúde Bucal no PSF I, da cidade de Natuba/PB, e relacionar ao nível de efetividade destas ações percebida pelos profissionais. Intentou-se uma pesquisa descritiva, um estudo de caso simples com abordagem qualitativa, utilizando-se na coleta de dados entrevistas semi-estrutura, aplicadas com os profissionais diretamente ligados as ações analisadas através da técnica da análise interpretativa do discurso. Os resultados encontrados apontam pontos positivos, mas a efetividade das ações fica comprometida pela falta de recursos e estrutura, entretanto, apesar das falhas observadas, apontou que ações pontuais como programas educacionais, colaboradores com foco no resultado e equipes bem avaliadas demonstram que a saúde bucal está dando passos para a consolidação de uma política pública consistente e real.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Serviços de Saúde Bucal. Programa Saúde da Família. Avaliação em Saúde. Efetividade.

EFFECTIVENESS OF PERCEPTION IN SHARES OF HEALTH MOUTH : THE CASE OF PSF I AT NATUBA / PB

ABSTRACT: The purpose of this article is to analyze the performance of the procedures of oral health in the PSF I, the city of Natuba / PB, and relate the level of effectiveness of these actions perceived by health professionals. Brought a descriptive research, a simple case study with a qualitative approach, using data collection semi-structure interviews, applied with professionals directly linked actions, analyzed through the technique of interpretive discourse analysis. The results show positive points, but the effectiveness of the actions is compromised by lack of resources and structure, however, despite the observed failures, pointed out that specific actions such as educational programs, employees with a focus on results and well evaluated teams demonstrate that oral health it is taking steps to consolidate a consistent and real public policy.

Keywords: Public health. Dental Health Services. Family Health Program. Health Evaluation. Effectiveness.

1. INTRODUÇÃO

Em julho de 2014, o portal do Governo Federal lançou uma matéria com o título chamativo “Saúde bucal influencia qualidade de vida e inclusão social”, isto talvez dê um indício da

dimensão do papel ocupado pela preocupação com a qualidade de vida e sua inter-relação com a saúde, seja no sentido do corpo, ou no sentido da mente e a saúde bucal¹.

Nunca ouviu-se tanto o slogan do cuidado com o corpo para prolongação da vida, ou pelo menos de uma melhoria significativa na qualidade desta. Alguns autores, mais críticos, questionam até que ponto o corpo deve ser cultuado ao invés de cuidado, como Garcia² e Silva³. A questão que parece ser unânime é que para se viver bem, é preciso de cuidados e estes estão no âmbito da estética e da saúde.

A questão da preocupação com a saúde foi implementada oficialmente com a criação do Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição de 1988 e homologado em 1990. A proposta de surgimento do SUS era garantir o acesso à saúde e com qualidade. O SUS compreende um Sistema com princípios de equidade, universalidade e integralidade⁴.

Entretanto, mesmo com a homologação de um Sistema Único que atendesse as necessidades de saúde e com diversas legislações que buscassem organizar esse processo, a Odontologia não era considerada uma área essencial, ficando mais atrelada às áreas estética ou emergencial. Durante muito tempo, o serviço público de saúde destinava apenas serviços pontuais, como extração de dentes. A prevenção ou o cuidado regular não eram cogitados, o que resultou numa resistência por parte da população ao cuidado de sua boca, numa questão geral⁵.

De acordo com o Portal do Programa Brasil Sorridente, a inserção da Odontologia nos âmbitos da saúde necessária à qualidade de vida é mais recente que a carta magna de 88, tendo como marco principal o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal em 2003⁶. Ainda em consonância com o ideal de avanço nessa política pública, é lançada pelo Governo Federal em 2004, as Diretrizes para essa política. Ações que deram início ao Programa Federal Brasil Sorridente, “um marco do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população”⁶.

A avaliação de políticas e programas é primordial em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes. Entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos)⁷.

Sabe-se que a distância entre o que dispõe os mecanismos legais e a prática é grande e muitas vezes, mutiladora no processo de cuidado com o outro. Neste sentido, buscou-se, como objetivo primordial deste trabalho, analisar o desempenho dos procedimentos da Saúde Bucal no PSF I, da cidade de Natuba/PB, e relacionar ao nível de efetividade destas ações percebida pelos profissionais.

Para tanto, foram coletados dados documentais e foi ouvido o profissional responsável pelo cuidado com o paciente. Assim, intentou-se um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa.

A primeira justificativa para realização deste estudo está relacionada à relevância da saúde bucal e a seu reconhecimento como problema de saúde pública no Brasil; aos desafios para a organização dessa política; e às inflexões na política brasileira a partir de 2003, com

priorização da saúde bucal e sua expansão em todo o País, denotando a importância e contemporaneidade da temática; A importância científica na contribuição para o arcabouço que versa sobre o tema, além da clara tentativa de demonstrar a viabilidade da interdisciplinaridade, com a convergência das ciências sociais aplicadas e da saúde; por fim, a relevância social, uma vez que o desenvolvimento da compreensão da melhor forma de se conduzir as políticas públicas deixam um legado para possíveis resoluções e caminhos para novos modelos de gestão e procedimentos.

1.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O PLANO NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE BUCAL

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde foi uma conquista da população. Pautado em diversas reivindicações, os movimentos sociais, trabalhadores, enfim, a sociedade civil em parceria com as instituições públicas, conseguiram consolidar a política de saúde. Criado em 1988, mas homologado em 1990, tendo como meta principal, diminuir as discrepâncias no atendimento e da necessidade de saúde básica da população. A Constituição de 88, especificamente no capítulo VIII da Ordem Social, na seção II da Saúde, designa que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁸.

Importa lembrar que o nascimento do SUS dialoga com a saída do país dos ditames militares, momento crucial para a reivindicação de um estado de bem-estar social mínimo que possibilitasse uma cidadania plena de sua população⁹.

A saúde passa a ser vista como essencial e passa a caminhar para que seu tratamento nas disposições legais façam jus a sua importância. O princípio de universalidade e igualdade do SUS passa a vigorar de modo descentralizado. Ainda na constituição de 88, seus princípios são definidos como regionalizado. Os distritos e municípios se ocupariam de grande parte dessa direção de atendimento, tendo, portanto, autonomia, mas configurando-se como um grande sistema Unitário, para isso, o orçamento destinado a essa política de saúde viria de todos os setores: Federais, Estaduais e Municipais¹⁰.

Reis, Araújo e Cecílio¹¹, professores da Universidade de São Paulo, lançaram um estudo sobre a origem e consolidação do SUS nos termos específicos da legalidade. Segundo os autores, o processo de construção do SUS deu-se em meados de 1920, com influências da Reforma Sanitária e do processo de Industrialização acelerada, surge a lei “Eloy Chaves” com a criação das caixas de pensões, primeiro momento de organização das demandas trabalhistas que evoluem, em 1932, para a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Ainda segundo os autores supracitados, com o golpe militar temos uma maior relação na “compra” de serviços assistencialistas do setor privado, o que culmina no Instituto Nacional de Previdência Social, e só em 1974 temos o primeiro órgão destinado à atenção médica, o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social. Vemos que a relação entre questão social e saúde sempre esteve muito próxima, tanto que representavam partes de um todo. Data de 1982 essa relação mais estreita com a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que surge com os pontos básicos que sustentarão o SUS.

Reis, Araújo e Cecílio¹² diz que foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que o *slogan* da “saúde para todos” passou a vigorar e culminou, em 1987, na criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde (SUDS), que já trazia em sua essência a principal característica do SUS: Sistema descentralizado. Em 1988, temos a homologação da Constituição Cidadã que traz a saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como a educação.

A Constituição Federal de 1988 redefine o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. Em seu artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública” sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde¹³.

A Lei 8.080, homologada em setembro de 1990, estabelece o Sistema Único de Saúde e suas disposições legais. Conhecida como “Lei orgânica da saúde”, traz como bandeira a universalização da saúde e a garantia de pleno acesso a todos¹⁴.

A primeira cartilha lançada pelo Ministério da Saúde, em 1990, intitulada “ABC do SUS”, dispõe que o SUS é “um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum” e que persegue três princípios: **equidade** – todos devem ser tratados como iguais – **universalidade** – todos devem ter acesso garantido à saúde plena – **integralidade** – o indivíduo é parte de uma coletividade¹⁵.

Seguindo esse processo, é lançado, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários (PACS), principal pilar na reforma do sistema de saúde. Seu intuito era viabilizar um aumento no acesso ao sistema de saúde e atuar na prevenção, são os responsáveis por serem “cuidadores” nessas prevenções, acompanhando domiciliarmente e periodicamente os sujeitos de determinadas regiões. O centro dos serviços prestados seriam as Unidades Básicas de Saúde, ou como são popularmente conhecidos, os Postos de Saúde, que concentram parte da população em determinados pontos de atendimento¹⁶.

Neste contexto, em 1994 é criado o Programa “Saúde da Família”, a mudança ocorre em dois âmbitos: reformar a atenção ao binômio saúde-doença e reverter o modelo assistencial em que “predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais”, a família passa a ser assistida no seio de sua comunidade e sua vida social, numa prevenção¹⁷.

Um dossiê lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), subsidiada pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde e a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, lançado em 2006, em Brasília, traz um histórico de como surgiu a preocupação com a saúde bucal de forma oficial¹⁸. Aqui, nos focaremos nessa culminância:

Segundo o documento, intitulado “A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica”, dirá que a maior preocupação com a saúde bucal se dará com o surgimento do SUS. Até então, a questão bucal era destinada a previdência social e a pro-

gramas escolares. Em 1995, com o PSF e os Agentes Comunitários, “a saúde bucal coletiva passou a fazer parte das atividades promocionais intradomiciliares e a se utilizar dessas atividades para definir quem recebe atenção”¹⁹, no âmbito de promoção e prevenção.

1.2. A SAÚDE BUCAL COMO NECESSIDADE

Data de 2012 a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é, segundo o portal do Ministério da Saúde, “da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.”²⁰. A diferença, segundo o Portal do Ministério da Saúde, é que:

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (eSF), houve a inclusão de equipes de atenção básica (EAB) para a população de rua, ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio a Saúde da Família, simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS fluviais e PSF para populações ribeirinhas²¹.

As Unidades Básicas de Saúde são parte constituinte do cotidiano do trabalhador. Disposta nas proximidades de seus domicílios e locais de trabalho, possibilitou a descentralização pregada pelo SUS, além da atenção preventiva e cotidiana.

O Plano Nacional de Saúde Bucal, lançado oficialmente em 2004, com o Programa Brasil Sorridente, é, segundo o Portal do Ministério da Saúde, “é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira.”²².

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, dados alarmantes sobre a situação da saúde bucal da população. Segundo eles,

Quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade. Quanto à cárie dentária na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária²³.

Somente em 2003 pontuou concretamente uma preocupação oficial em relação à saúde bucal no setor público, e no setor privado também, visto que o serviço de odontologia veio a se tornar obrigatório depois de 2005 pelos planos de saúde, o que nos mostra, claramente a separação entre o cuidado com esse setor da saúde e a sua correlação como serviço necessário à saúde física e psicológica²⁴. Pereira²⁴ dirá que “A saúde bucal constitui parte da saúde geral e elemento essencial para a qualidade de vida”.

A Política Nacional de Saúde Bucal deixa claro a sua preocupação no que tange uma correção no destrato dessa questão:

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica²¹.

A distância entre o serviço prestado e a própria consciência da necessidade de cuidado do indivíduo, geraram dados alarmantes como os supracitados. Além de garantia do acesso pleno a essas possibilidades, surge uma preocupação maior: a qualidade desse serviço prestado. Neste sentido, buscou-se estabelecer de que forma e com qual qualidade esse serviço vem sendo apresentado à população do município de Natuba, na Paraíba, especificamente no Posto de Saúde da Família I, localizado no Centro da cidade.

■ 2. MÉTODO

O enfoque da pesquisa foi descritivo, objetivando uma maior familiaridade com o problema proposto, tornando mais explícito, como também, possibilitando expor características e determinados procedimentos desenvolvidos pela Saúde Bucal do PSF I da cidade de Natuba/PB²⁵.

O método utilizado foi o estudo de caso, definido por Roesh²⁶, como “um questionamento empírico que investiga um fenômeno contemporâneo com seus contextos de vida real, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, e nos quais múltiplas fontes de evidência são usadas”.

A escolha da unidade do PSF I foi motivada pela alta avaliação, nota de excelência por sua atividade, na avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, realizado em 2013.

Como o objetivo do artigo é o de compreender se os procedimentos oferecidos estão nivelados com o desempenho exigido e percebido pelos profissionais do PSF, foi apreendida uma abordagem qualitativa, que para Lakatos e Marconi²⁷ seria a mais adequada, pois leva em consideração os aspectos subjetivos na busca de compreender certos fenômenos.

A coleta dos dados, convergindo com a escolha da abordagem, foi dada através de entrevistas semi-estruturadas, com roteiro elaborado a partir do aporte teórico exposto no trabalho.

Os dados foram coletados no mês de abril de 2015, com as entrevistas sendo aplicadas com os profissionais que prestam seus serviços no PSF I, constituindo-se assim de dados primários.

Escolheu-se a análise documental para o levantamento dos quantitativos de procedimentos realizados e a análise direta do discurso, baseada na interpretação das narrativas, para o tratamento dos dados coletados, na qual para Jovchelovitch²⁸ evidencia a atenção aos detalhes dentro do discurso, deixando a palavra em segundo plano e priorizando o significado do dito, na tentativa de obter respostas para o que se investiga, procurando ligações entre os dados coletados e as premissas da pesquisa.

Os participantes foram informados do caráter científico da pesquisa, ficando garantido o instituto do anonimato dos envolvidos.

■ 3. RESULTADOS

A seguir serão apresentados as análises e resultados baseado em levantamento documental para a caracterização do campo de pesquisa e procedimentos adotados e entrevista na tentativa de compreender a efetividade das ações.

3.1. CARACTERIZANDO O CAMPO DE PESQUISA – NATUBA/PB E O PSF I – CENTRO

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Natuba, que encontra-se na mesorregião do Agreste paraibano e Microrregião de Umbuzeiro, no Sudeste do Estado da Paraíba, a 130 km da Capital (João Pessoa), conta com uma população de 10.566 habitantes distribuídos numa extensão de 203,4 km².

A economia do município está apoiada em atividades agrárias, principalmente na fruticultura (uva e banana), que sozinhas são responsáveis por 34,1% do valor da produção agropecuária do município [...] A economia apoia-se também na pecuária bovina, 18,1% do valor da produção, realizada principalmente nas áreas mais secas do município, ocupando cerca de metade da área total²⁹.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com 09 unidades de saúde da família, sendo 04 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), destes, 03 contam com Equipe de Saúde Bucal, 01 Hospital e Maternidade, 01 Unidade do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), 01 Laboratório de Próteses Dentárias, 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a Secretaria Municipal de Saúde.

Das 04 Unidades Básicas de Saúde da Família, 03 encontram-se na zona rural, situadas no Distrito de Pirauá e comunidades de Fervedouro e Aguapaba. O PSF I Centro é a única unidade localizada na sede do município, com a maior abrangência e população alvo, conta com 07 Agentes Comunitários de Saúde, com cerca de 1.110 famílias cadastradas, e uma equipe completa (Equipe de Saúde da Família = 01 Médico, 01 Enfermeiro, 01 Auxiliar de Enfermagem/ Saúde Bucal = 01 Dentista e 01 Auxiliar de Consultório Dentário).

No setor da saúde bucal, o PSF I conta com uma Equipe de 01 Dentista, 01 ACD e um 01 recepcionista.

Em média, os profissionais da Saúde Bucal realizam cerca de 431 procedimentos mensais . O Agendamento é realizado através de triagem feita pelos Agentes Comunitários de Saúde. Na visita domiciliar, é detectado o problema de saúde, o qual é avisado ao Dentista e, em reuniões periódicas, o agendamento é realizado. As demais vagas são preenchidas por emergências e demanda espontânea. A preocupação maior é a cura, então, o Dentista, caso haja necessidade, solicita diretamente o agendamento de casos mais graves e aos Agentes o acompanhamento da marcação de casos intermediários, para que o paciente não abandone o tratamento.

O PSF I foi reconhecido pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como excelente no serviço prestado. Também buscou-se verificar o porquê e se essa “avaliação” condiz com a realidade do Posto de Saúde.

3.2. TEORIA X PRÁTICA: O ATENDIMENTO QUALITATIVO DA SAÚDE BUCAL

A saúde bucal obedece um procedimento semanal na Unidade Básica de Saúde. Acontece três vezes por semana: segunda, terça e quarta.

Sobre os procedimentos realizados, fez-se uma relação entre os meses de janeiro a março de 2015, com as informações sendo coletadas do banco de dados do próprio PSF I. O quadro 2 a seguir mostra os procedimentos e as quantidades do trimestre:

Quadro 2: Relação de Procedimentos

| Procedimento | Qtde Janeiro | Qtde Fevereiro | Qtde Março |
|--|--------------|----------------|------------|
| Aplicação de Flúor | 13 | 13 | 35 |
| Evidenciação de placa bacteriana | 8 | 8 | 9 |
| Selamento de cavidade dentária | 11 | 5 | 8 |
| Consulta de profissional de nível superior | 1 | - | 1 |
| Primeira Consulta | 12 | 20 | 50 |
| Urgência | 5 | 5 | 11 |
| Retirada de Pontos | 2 | 7 | 11 |
| Capeamento | 1 | 1 | 17 |
| Restauração de dente decíduo | 1 | - | 1 |
| Restauração de dente permanente anterior | 4 | 2 | 17 |
| Restauração de dente permanente superior | 14 | 1 | 17 |
| Raspagem e polimento supragengivais | 24 | 21 | 4 |
| Raspagem e polimento subgengivais | 32 | 50 | 50 |
| Exciso e Sutura | 2 | - | 126 |
| Curetagem periapical | 4 | 11 | 24 |
| Exodontia de dente decíduo | 4 | 6 | 28 |
| Exodontia de dente permanente | 5 | 14 | 37 |
| Correção de rebordo | - | 3 | 5 |
| TOTAL | 143 | 170 | 431 |

Fonte: Banco de dados do PSF I – Natuba/PB

Pode-se perceber que a procura por procedimentos fins é superior a acompanhamentos regulares, apesar de um crescimento significativo da “primeira consulta programática”,

fruto, segundo os profissionais do posto, das atividades educativas realizadas na unidade e escolas. Entretanto, afirmam que “é difícil inverter a cultura da não-prevenção dentária, pois muitas vezes a população mais velha não teve imputado em si a necessidade e cultura de cuidados bucais e acabam não transferindo isso aos filhos”.

São dois tipos de atendimentos: ordinários e emergenciais. São cerca de 1.110 famílias cadastradas que podem ser atendidas na Unidade de Saúde, entretanto, viu-se que a meta do setor bucal é de 450 procedimentos entre ordinários e emergenciais e que esta não foi atingida no trimestre observado. Procurou-se informações para entender o porquê.

Apesar de contar com a equipe designada pela legislação, algo maior que a vontade e o preparo desta equipe conta: **estrutura e verba**.

Reis, Araújo e Cecílio¹¹ afirmam que existem algumas dificuldades estruturais na solidificação do SUS. São elas: **a)** subfinanciamento, **b)** insuficiências da gestão local do SUS, **c)** Baixa resolutividade da rede básica de serviços; **d)** Deficiência na formação dos profissionais de saúde; **e)** Deficiência na gestão os sistemas regionais de saúde. Resumindo: tem-se poucos profissionais capacitados, pouca produtividade na resolução dos serviços, muita burocracia e um financiamento insuficiente.

Santos²⁸ diz que os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos.

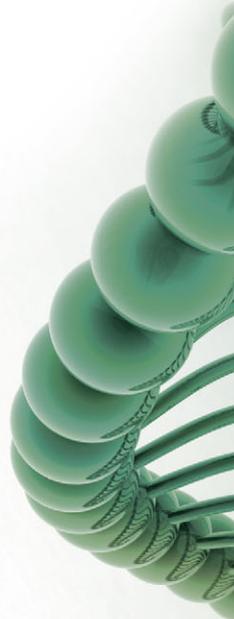
Santos²⁸ ainda afirma que o modo de financiar e institucionalizar a política pública com base no direito à igualdade e à vida é ainda marginal, e muito cuidado e dedicação devem ser tomados para que as imprescindíveis inovações de gestão permaneçam vinculadas à visão e compromisso de futuro e de sociedade pautados por esse direito”

O explicitado foi apreendido no PSF I e acredita-se que ele pode ser um espelhamento para outros postos, conseqüentemente, suporte para análise de falhas no sistema público de saúde.

O chefe de equipe, que não será identificado, nos apontou algumas possibilidades e limites na “excelência” do serviço prestado. Reconhece que ter uma equipe completa não é oportunidade igualitária em todas as Unidades de Saúde, o que já comprometeria o processo que é subdividido em funções e classificações. Sem agentes comunitários de saúde (ACS), por exemplo, não tem como marcar os procedimentos ordinários, ficando a odontologia responsável apenas pela procura imediatista e emergencial.

Outra questão importante foi: há meses existem equipamentos quebrados e que, apesar dos pedidos, não foram substituídos e nem se tem previsão alguma. É direito dos profissionais da saúde um abono pela melhoria da qualidade do serviço após a avaliação positiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e isto não tem sido realizado, nem mesmo a insalubridade está sendo incorporada ao salário deles, o que, segundo o relato, é um forte mecanismo de descaso e de desestímulo.

Com o aumento da reestruturação e dos serviços prestados, haveria uma melhoria na qualidade e na quantidade de serviços prestados à população. Entretanto, a estrutura física



não acompanhou esse processo. O município não tem um aparelho de Raio X, os pacientes são deslocados para o procedimento o que culmina numa desistência do próprio paciente ou ainda num retardo do processo de cuidado ampliado. O número de cirurgias aumentou, entretanto, a manutenção das ferramentas necessárias não acompanhou.

Outro entrave no processo de saúde é a disfunção burocrática. Como é o ACS que tem que fazer o processo de cadastro e de marcação, muitas vezes a demanda é superior à oferta, o que gera um alto índice de pacientes não contemplados. Muitas vezes, dependendo do serviço, a equipe acaba por assumir a postura de burlar esse entrave, atendendo o paciente assim mesmo, tentando garantir a resolução da problemática.

A parte educativa tem sido importante, acontece de 15 em 15 dias e compreende palestras, escovação monitorada e visita às escolas com o programa “Saúde na Escola”. Encarando essas ações como investimento para um futuro promissor. Para Pauleto, Pereira e Cyrino²⁹ a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico no âmbito público e coletivo.

Apesar de estarem cientes da grande carência que o município demonstra, bem como a baixa amplitude da ação básica de saúde, o PSF I é tido como referência na cidade de Natuba. Referenciado e avaliado com critério de excelência, isso não falseia a noção da realidade de seus funcionários. Sabemos que não é uma questão de vontade ou de trabalho árduo por parte dos indivíduos e sim uma questão estrutural, de verba instável, de corte de verbas, de alta demanda para pouco serviço.

Conclui-se que mesmo com ações e resultados considerados positivos, a efetividade das ações no PSF I aqui estudado ficam comprometidos pela falta de estrutura e planejamento voltados a questões estruturais, não se chega nem a vislumbrar um avanço na eficácia do resultado, tendo em vista que as bases para os procedimentos ainda precisam ser estabelecidas e se tornarem sólidas. O avanço da eficiência, alinhado ao bom resultado observado na questão de proatividade dos servidores pode ser um caminho a ser trilhado na busca pela excelência.

Diante da perspectiva de construção da Política Pública de saúde bucal no Brasil, pode-se considerar uma agenda relativamente jovem, e ao analisar o surgimento do SUS é poder verificar como a saúde foi sendo tratada como algo basilar há pouco mais de 20 anos. Antes disso, não era considerada nem dever do Estado e sim do próprio indivíduo. A entrada da odontologia na concepção de cuidado básico é mais recente ainda. Mas isso não converge a um atraso e pouco planejamento de ações de atendimento, uma vez que a premissa básica da gestão presume processos estruturados e próximos do erro zero.

Apesar das falhas aqui observadas, ações pontuais como programas educacionais, colaboradores transpondo os processos burocratizados com foco no resultado e equipes bem avaliadas demonstram que a saúde bucal está dando seus primeiros passos para a consolidação de uma política pública consistente e real, de prevenção, cuidado e resolução dos problemas de atenção básica de saúde à população. É importante investigar-se as causas e as consequências de uma política de saúde muitas vezes abandonada, mesmo estando legalmente com diretrizes sólidas como o Plano Nacional de Atenção Básica e as Diretrizes da política nacional de saúde bucal.

A pesquisa teve as limitações inerentes a falta de informações mais criteriosas, pouca organização dos documentos oficiais e uma análise com uma linha temporal relativamente curta.

Os resultados aqui apresentados pretendem deixar uma provocação e nunca exaurir as possibilidades de novas pesquisas, sugerindo-se novos meios para emergir nessa temática, como trabalhos realizados em uma abordagem quantitativa, estudos sob a perspectiva dos usuários, dos formuladores das políticas entre outros.

■ 4. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. 2014. Saúde bucal influencia qualidade de vida e inclusão social. [Acesso em Jun 2015]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34166-saude-bucal-influencia-qualidade-de-vida-e-inclusao-social>.
2. Garcia W. *Corpo, mídia e representação: estudos contemporâneos*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2005.
3. Silva AM. O corpo do mundo: algumas reflexões acerca da expectativa de corpo atual. In: GRANDO, José Carlos (Org). *A (des)construção do corpo*. Blumenau: Edifurb; 2001(a), p. 11-34.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. [Acesso em Fev 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf.
5. Contarato PC. *Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no município de Vitória, do Espírito Santo*. Rio de Janeiro: s.n; 2011.
6. Costa JFR., Chagas LD, Silvestre RM. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica..* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. [Acesso em: Mar 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.
7. Facchini LA. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde (artigo republicado). *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, 2007;13: 28-41.
8. Brasil. *Constituição da República*. Brasília, 1988.
9. Pires MRGM, Demo P. Políticas de saúde e crise do Estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o SUS. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2006;15(2):56-71.
10. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007;12:1865-1874.
11. Reis DO, Araújo EC, Cecílio LC. de O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. [Acesso em: jan 2015]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS; 2003.

13. Matta GC, Pontes AL. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz; 2007.
14. Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. 1990. [Acesso em Fev 2015]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
15. Barros, DF. *et al.* O Contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2010 Jan-Mar:78-84.
16. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista de Administração Pública 2008;42(2): 347-368.
17. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade, São Paulo, , 2001 jan-jul;10(1): 33-53.
18. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RMA. política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
19. Brasil. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. [Acesso em: Fev 2015A]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [Acesso em: Fev 2015]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). [Acesso em: Fev 2015] Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
22. Pereira AP. influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Minas Gerais, dissertação de mestrado; 2010.
23. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
24. Roesch SMA. Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de caso. 3 ed. São Paulo: Altas; 2012.
25. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de Metodologia Científica. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2000.
26. Jovchelovitch S. Representações Sociais e Esfera Pública: A Construção Simbólica dos Espaços Públicos no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2000.
27. Souza EG. Diagnóstico socioeconômico das atividades de uva e banana de Natuba, Paraíba/ Edlúcio Gomes de Souza ... [et al.] – Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, Cooperativa dos Fruticultores de Natuba e Região, Universidade Federal de Campina Grande; 2010.
28. Santos,NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. Ciência & Saúde Coletiva, 2008;13: 9-18.
29. Pauleto, A. R. C.; Pereira, M. L. T.; Cyrino, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva 2004;9(1):121-130.