



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Área de concentração: Planificação e Gestão**

Catharina Leite Matos Soares

A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO MUNICIPAL

**Salvador
2008**



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva
Área de concentração: Planificação e Gestão**

Catharina Leite Matos Soares

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO MUNICIPAL

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Saúde Comunitária, área de Concentração
Planejamento de Gestão em Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Paim

**Salvador
2008**

Catharina Leite Matos Soares

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO MUNICIPAL

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Saúde Comunitária, área de Concentração
Planejamento de Gestão em Saúde.**

Data da aprovação: 18 de dezembro de 2007

Banca Examinadora

Professora Dra. Thereza Cristina Coelho (UEFS)

Professora Dra. Sonia Cristina de Lima Chaves (FOUFBA)

Professor Dr. Jairnilson Silva Paim (ISC – UFBA)

Agradecimentos

Ao professor Jairnilson Paim pela orientação competente e cuidadosa, até nos “puxões de orelha”.

À minha tia Tânia Celeste pelo apoio constante na minha formação profissional.

Aos meus pais pelo apoio aos meus projetos em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido Igor e meu filho Davi, pela compreensão dos momentos em que precisei estar ausente dos compromissos familiares.

Às Odontólogas da EFTS pelo apoio na construção desse trabalho.

A diretoria da EFTS, pela liberação dos compromissos de trabalho e apoio na realização desse mestrado.

Aos professores deste conceituado Instituto pelos ensinamentos adquiridos.

Resumo

O presente estudo consiste em uma investigação acerca da implementação de políticas em organizações públicas. É uma pesquisa qualitativa, um estudo de caso, exploratório, que teve como objeto a Política Nacional de Saúde Bucal, *Brasil Sorridente*, no município de Salvador. Tomou como referencial teórico o ciclo da política pública, particularmente o momento da implementação no período de gestão de 2004 a 2007.

Foi montado um modelo lógico cujos componentes, atividades e resultados foram derivados do documento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que serviram como referencia de como a política deveria ser implantada. Como estratégias de coleta de dados foram consultados documentos federais, estaduais e municipais e realizadas entrevistas com informantes-chave, além da observação direta do nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os resultados apontaram que a política municipal de saúde bucal encontra-se incipiente devido a elementos contextuais, tais como: a falta de autonomia da SMS e as características da organização do trabalho no interior da secretaria, gerando obstáculos que se constituíram limites para a implementação da referida política. Ao final do estudo foram detectadas as ações implementadas pelo município e comparadas com o modelo lógico de referência visando analisar a implementação da referida política.

Palavras Chaves: saúde bucal, implementação de políticas públicas, ciclo da política.

Abstract

This study consists in an investigation about the policy implementation in public organizations. It's a qualitative research, a study of case, exploratory, descriptive. It had as object the buccal Health Nacional Policy, "Smiling Brazil", in Salvador city. It has a teoric referencial the cicle of public policy, specially the implementation moment, between 2004 and 2007.

A logical model was criated and It's components, activities and results were derivet from the directrixes of National Policy of Health Buccal document. As collect dates strategies of were considered federal, state and municipal documents and realized interviews with Key informants and direct observation from the central level of the Health Municipal Secretary (HMS).

The results have pointed that municipal policy of buccal health is incipient because of contextual elements like low autonomy in the (HMS) and job organization the characteristics inside the secretary, causing obstacle, that limited the implementation of that policy.

By the end of the study, there were detected the action implemented by the city and compared to the logic referencial model with focus on the implementation of the public policy

Keywords: Buccal health, implementation of public policy, policy cicle.

Lista de figuras:

Figura 1 – Modelo Teórico Lógico.

Figura 2 – Modelo lógico.

Lista de gráficos:

Gráfico 1 – Cobertura da primeira consulta odontológica.

Lista de Quadros:

Quadro I – Objetivos específicos do inquérito epidemiológico de Salvador

Quadro II – Resultados principais do inquérito epidemiológico de Salvador.

Quadro III – Problemas dos serviços de saúde de Salvador

Quadro IV – Problemas dos serviços de Saúde Bucal em Salvador

Lista de abreviaturas e siglas:

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AIDS – Síndrome da Imuno deficiência Adquirida.

ASTEC – Assessoria Técnica.

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial.

CAD – Coordenadoria Administrativa.

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões.

CD – Cirurgião Dentista

CEDS – Comissão Executiva do Distrito Sanitário.

CEO – Centro de Especialidade Odontológica.

CICAN – Centro Integrado de Controle do Câncer.

COAPS – Coordenadoria de Atenção e Promoção da Saúde.

CPOD – Dentes cariados perdidos e obturados.

CRA – Coordenadoria de Regulação e Avaliação.

CRO – Conselho Regional de Odontologia.

DS – Distrito Sanitário.

DST – Doença Sexualmente Transmissível.

ESB – Equipe de Saúde Bucal.

ESF – Estratégia de Saúde da Família / Equipe de Saúde da Família.

HBS – Higiene Bucal Supervisionada.

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IDH – Índice de Desenvolvimento Urbano.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social.

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

ISC – Instituto de Saúde Coletiva.

LPD – Laboratório de Prótese Dentária.

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária.

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social.

MS – Ministério da Saúde.

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PDDU – Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano

PDR – Plano Diretor de Regionalização.

PMS – Prefeitura Municipal de Salvador.

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal.

PPI – Programação Pactuada Integrada.

PSF – Programa de Saúde da Família

RH – Recursos Humanos.

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SES – Secretaria Estadual de Saúde.

SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública.

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

THD – Técnico de Higiene Dental.

UAO – Unidade de Atendimento de Urgência.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UFBA – Universidade Federal da Bahia.

USF – Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS:	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4. METODOLOGIA	20
4.1. Desenho do Estudo	20
4.2 MODELO TEÓRICO/LÓGICO	20
4.6. Produção de evidências.....	22
4.7 . Análise dos dados	24
5. RESULTADOS	28
5.1. A Saúde Bucal na Bahia	28
5.2. A Política Municipal de Saúde Bucal	30
5.2.1 <i>Características do Município de Salvador</i>	30
5.2.2 <i>Condições de Saúde Bucal do Município de Salvador</i>	32
5.2.3 <i>Problemas dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde</i> 35	
5.2.4. <i>Projeto de Governo em Saúde Bucal na SMS</i>	37
5.2.4 <i>Capacidade de Governo na SMS</i>	41
5.2.6 <i>Governabilidade na SMS</i>	46
5.2.7 <i>Organização do Trabalho na SMS de Salvador</i>	53
5.2.8 <i>Distribuição do Poder na SMS</i>	72
5.2.9 <i>Organização dos Serviços de Saúde Bucal no município de Salvador</i> 74	
5.2.10 <i>Ações de Saúde bucal em Salvador</i>	80
6. DISCUSSÃO	84
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
9. ANEXOS	103

1. INTRODUÇÃO

Os serviços odontológicos no Brasil têm se organizado historicamente como prática liberal, prevalecendo a prática privada (SERRA, 1998). A prática pública na área de odontologia coincide com o surgimento da previdência no Brasil e com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, as CAPs¹ (OLIVEIRA & SOUZA, 1998).

As CAPs organizavam-se por empresa e eram administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde. Serviços odontológicos estavam disponíveis para alguns empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica. (RONCALLI, 2003).

A partir de 1930, surge uma nova forma de organização previdenciária, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), desta vez organizados por categorias profissionais e com uma participação do Estado. Os IAPs ofereciam assistência odontológica somente aos trabalhadores segurados, mediante contratação de serviços de profissionais privados, caracterizando-se por um modelo de livre demanda² (ZANETTI, 1996).

Considerando a histórica divisão das instituições públicas da atenção à saúde em previdência e saúde pública, a lógica de livre demanda aparecia como hegemônica, enquanto existiram serviços odontológicos nas instituições previdenciárias. Estes foram mantidos e expandidos, sobrevivendo às transformações ocorridas nas instituições previdenciárias, seja na década de 30, quando foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), seja com a unificação dos IAPs no INPS em 1967. Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, e com a profunda reestruturação em 1977, resultando no Sistema Nacional de Previdência e

¹ As Caixas de Aposentadorias e Pensões foram criadas pela lei Eloi Chaves, em 1923. Esta constitui-se no embrião da previdência social, garantindo a aposentadoria e assistência médica aos seus assegurados. Ver Oliveira e Souza, 1998.

² Zanetti (1996) caracteriza o modelo de livre demanda como um tipo de atendimento prestado pela odontologia, organizado segundo a lógica de mercado, tipicamente flexneriana que surgiu nas primeiras instituições previdenciárias na década de 20. Consistia em uma prática empobrecida, de má qualidade constituindo-se em algo similar a um mercado de segunda linha.

Assistência Social (SINPAS), contendo entre outras instituições o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para os trabalhadores urbanos e o FUNRURAL para os trabalhadores rurais, com manutenção da atenção médico-odontológica (ZANETTI, 1993).

Desse modo, os serviços odontológicos eram de livre demanda, convivendo com a iniciativa do Estado Brasileiro no sentido de criar mecanismos de proteção social do trabalhador, mediante a oferta da atenção médica, auxílio funeral, pecúlio, aposentadoria etc. (ZANETTI, 1993).

As primeiras experiências públicas de programação, na área de saúde bucal, ocorreram na década de 50, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que introduziu um modelo de assistência planejada voltada para escolares e rompeu, de certa forma, com a rigidez do modelo de livre demanda (ZANETTI, 1996; SERRA 1998). Tal programação baseou-se em experiências com escolares norte-americanos a partir de políticas focais desse governo para a sua população carente. O tratamento utilizado compreendia duas fases: uma curativa e outra preventiva. Sua organização apresentou adaptações variadas, segundo a realidade brasileira, porém acabou por se concretizar enquanto um modelo incremental³, atendendo aos escolares de forma gradual e intensiva, sendo completado o tratamento em poucas sessões (VIANNA, 1988; ZANETTI, 1996).

Em 1964, instaura-se a ditadura militar, cujas políticas de saúde caracterizaram-se por uma síntese do sanitarismo campanhista do início do século e do modelo de atenção médico-previdenciário do período populista⁴. Criou-se uma considerável estrutura em torno da previdência social com uma clara vinculação aos interesses do capital nacional e internacional (RONCALLI, 2003). Assim, privilegiou-se a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas, notadamente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos, estabelecendo o “complexo previdenciário médico-industrial” (RONCALLI, 2003; ZANETTI, 1993). No início da década de 80, esse sistema

³ Zanetti (1996) caracteriza o sistema incremental como um modelo que visa um completo atendimento dental de uma população, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-as sobre controle, segundo critérios de prioridades e problemas.

⁴ Denominação dada ao período da era Vargas. Ver Roncalli, 2003.

mostra sinais de esgotamento pelas intermináveis filas, baixos salários, condições precárias de trabalho, gerando uma insatisfação crescente da população com a qualidade da assistência. A má gerência dos recursos, aliada aos episódios crescentes de corrupção, teriam levado a previdência social ao colapso (OLIVEIRA & SOUZA,1998).

Com a abertura política a partir na década de 80, apresentou-se um cenário favorável para o desenvolvimento de movimentos contra-hegemônicos (OLIVEIRA & SOUZA, 1998; SERRA 1998; RONCALLI, 2003). Surge, então, o movimento sanitário, realizando-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas propostas serviram de base para a reestruturação do setor saúde a ser defendida na constituinte (OLIVEIRA & SOUZA, 1998). Nesse evento houve o engajamento dos cirurgiões-dentistas e, como desdobramento da 8ª Conferência de Saúde, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (SERRA, 1998). Tal conferência contribuiu para consolidar, da forma mais democrática, as propostas da odontologia e da sociedade civil (BRASIL,1986). Representou, também, a inserção dos odontólogos no projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (SERRA, 1998).

O relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) ressalta:

Na história da odontologia não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não tratava simplesmente de um encontro exclusivo de cirurgiões-dentistas. A população principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se (BRASIL, 1986.p.2).

Os estudos de Vianna (1988), Zanetti (1993) e Serra (1998) apontam que as Políticas de Saúde Bucal representam um corte secundário das Políticas Nacionais de Saúde, acompanhando suas macro-diretrizes. Sendo assim, ocorre em sintonia com o Sistema de Saúde vigente, refletindo-se em uma atenção centrada na assistência curativa, com nítida separação das ações de saúde pública. Desta forma, as Políticas Sociais referentes à atenção odontológica eram direcionadas, fundamentalmente, para a organização de serviços emergenciais e de combate à dor, ações preventivo-promocionais

para escolares ou ações públicas relacionadas à fluoretação das águas de abastecimento público.

Vianna (1988) e Zanetti (1993) relacionam as dificuldades da implementação de Políticas de Saúde Bucal em consonância com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, com certa falta de clareza e operacionalidade das propostas e com a resistência em se mudar uma prática historicamente determinada, centrada no ambiente do consultório e no conhecimento técnico-científico do odontólogo. Mesmo no período de implantação do SUS, não havia qualquer documento oficial que traduzisse a Política Nacional de Saúde Bucal, caracterizando-se a omissão do Governo Federal referente à área, apesar do Plano Quinquenal de Saúde (1990 – 1995) apresentar metas para controle do câncer de orofaringe, priorizando a redução da cárie e da doença periodontal em escolares (ASSIS, 2006).

A partir do amplo arcabouço legal para a criação do SUS, representado pela Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91 e 93 preocupavam-se, fundamentalmente, com o financiamento e a organização do sistema. A questão da atenção era abordada de forma tímida até a NOB 96, quando grande ênfase foi dada ao modelo de atenção e, especificamente ao PSF (BRASIL, 1996).

O PSF foi implantado no Brasil em 1994 e tem por objetivo a reorganização das práticas assistenciais em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a necessidade de intervenção para além das práticas curativas (BRASIL, 2000).

Somente 6 anos depois de sua implantação, a saúde bucal foi incluída no PSF por meio da Portaria Ministerial nº 1444 de 28 de dezembro de 2000, que estabelece os incentivos financeiros para a inserção dos profissionais de saúde

bucal nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000). No ano seguinte, a Portaria Ministerial de nº 267 de 6 de março de 2001 aprovou as normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal no PSF. Desta forma, a saúde bucal alcançou mais um degrau nas políticas de saúde (BRASIL, 2001).

No ano 2000, o Ministério da Saúde aprofundou uma discussão acerca da situação da saúde bucal no Brasil. Tal discussão resultou na elaboração do projeto “**SB Brasil: condições de Saúde Bucal na População Brasileira**”. Esse estudo veio embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (OPS/OMS, 2006).

O governo do presidente Fernando Henrique Cardoso propiciou um avanço significativo para a área de saúde bucal, produzindo fatos relevantes. No que concerne à gestão, incluiu-se a saúde bucal no PSF, atrelou-se o desenvolvimento de ações em saúde bucal como critério para habilitação do município nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e editaram-se as normas e diretrizes da saúde bucal no PSF. Esse governo iniciou o levantamento epidemiológico em escolares das capitais brasileiras, lançou o manual da reorientação da saúde bucal na atenção básica, descrevendo as atribuições e responsabilidades do Cirurgião-dentista (CD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD), além do lançamento do programa do presidiário (ASSIS, 2006).

No governo do presidente Lula realizou-se, em 2004 a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, defendendo a necessidade de participação da população brasileira na análise e formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005). As propostas dessa conferência:

[...] vêm contribuir para a superação de um grande desafio: o de construção de um Plano Nacional de Saúde que reflita os reais anseios de nossa população sobre suas condições de vida com saúde, em que a atenção em saúde bucal deve estar inserida como uma das prioridades nacionais relacionadas ao setor Saúde do atual governo. (Brasil, 2005.p.5)

Nesse governo, Lula apresentou uma proposta de política específica para a área de Saúde Bucal, denominada *Brasil Sorridente*, a qual tem por objetivo a reorganização dos serviços odontológicos em todos os níveis de atenção,

adotando o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo e respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Para tanto exige-se a incorporação de ações programáticas de uma forma mais abrangente e o desenvolvimento de ações intersetoriais. O documento da Política Nacional de Saúde Bucal estabelece que:

Para reorganização desse modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso), com criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra referência). Onde o usuário através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele como uma pessoa que se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita a surgimento de laços de confiança e vínculo indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. (BRASIL, 2004. p.3)

O Programa *Brasil Sorridente* propõe-se a garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação, entendendo que tal política é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Ela é articulada com outras políticas públicas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e possui como objetivo a ampliação e garantia do acesso da população à assistência odontológica (COSTA, 2004). Tal política representa um conjunto de ações e não apenas a concessão de incentivos isolados (PUCCA JR, 2006).

Para a saúde bucal, esta nova forma de proceder às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas, com possibilidade de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbram-se um aumento da cobertura, a resolutividade na resposta às demandas da população e medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos de trabalho em equipe, nas relações com usuários e na gestão, implicando uma nova forma de se produzir um cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Assim, as políticas de saúde bucal têm adquirido importância no cenário das políticas de saúde, especialmente a partir da inclusão do CD na ESF e mais recentemente com a formulação da política **Brasil Sorridente**. Desta forma o presente estudo procura responder a seguinte pergunta: Como está sendo implantada / implementada a Política Nacional de Saúde Bucal denominada *Brasil Sorridente* no município de Salvador?

2. OBJETIVOS:

2.1 Geral

Analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada **Brasil Sorridente**, no município de Salvador, no período de 2005 a 2007.

2.2 Específicos

2.2.1 Identificar as principais ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal;

2.2.2 Identificar os fatores facilitadores e os obstáculos para a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal no Município de Salvador;

2.2.3 Analisar o processo de implementação da referida política no período mencionado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para os fins deste estudo entende-se por organização um conjunto de pessoas trabalhando juntas em uma divisão de trabalho, visando a um propósito comum. São instrumentos sociais por meio dos quais muitas pessoas combinam seus esforços e trabalham juntas para alcançar objetivos, que sozinhas jamais conseguiriam alcançar(BOIKO, 2006). As organizações caracterizam-se por: divisão do trabalho, poder e responsabilidade de comunicação, que não são casuais ou estabelecidas pela tradição, mas planejadas intencionalmente, a fim de intensificar a realização de objetivos

específicos (GAPI, 2002). As organizações são o “locus” onde ocorre o processo decisório, principal agente responsável pela implementação de políticas.

O presente estudo toma como referência a teoria do ciclo da política pública, em particular o momento de sua implementação. A teoria do ciclo da política pública (*Policy Cycle*) tenta explicar a interação entre intenções e ações, ao tempo em que busca desvendar a relação entre ambiente social, político e econômico de um lado e o governo de outro (PINTO, 2005). Para Vianna (1996) trata-se de um esforço para explicar a difícil interação entre as intenções e as ações

Existem várias abordagens quanto ao modelo de ciclo da Política Pública. Os autores concordam quanto às fases do ciclo, a saber:

1. Determinação da agenda – onde se definem os problemas;
2. Formulação e legitimação da política – seleção das propostas, construção de apoio político e formalização em lei;
3. Implementação de políticas – operacionalização da política em planos, programas, e projetos no âmbito da burocracia pública e sua execução;
4. Avaliação de políticas – relato dos resultados alcançados com a implementação das propostas e programas de governo, avaliação de impactos e sugestão de mudanças (PINTO, 2005).

A fase de implementação de políticas corresponde à etapa em que a política formulada se transforma em programa e, em geral, obedece aos objetivos e diretrizes expressos em uma legislação de caráter geral e/ou em normas regulamentadoras (CUNHA, 2001) . Nesse processo, grupos interessados tendem a pressionar pela adoção de soluções ou propostas, de modo que vários fatores podem operar como força que impulsiona ou bloqueia a fase de implementação. O *Policy cycle* deve ser entendido como um campo estratégico no qual se observa uma relativa indistinção entre não só os implementadores e os formuladores, mas também entre a população alvo de um programa (PINTO, 2005).

Nessa perspectiva, a investigação ancora-se no pressuposto segundo o qual “*a análise da implementação de políticas de Saúde depende não apenas da correlação de forças políticas que dirigem ou pressionam o Estado e seus aparelhos, mas também da distribuição do poder no interior do aparato estatal e das formas concretas da organização do trabalho nas instituições*” (PAIM, 2002 p. 150).

A partir desse pressuposto apresenta-se como categoria o Poder de modo que a análise da estrutura do poder no setor saúde permitiria elucidar o comportamento dos grupos sociais no que diz respeito ao processo de tomada de decisão, o qual tem como propósitos promover mudanças, crescimento, reprodução ou legitimação. Nesse particular três tipos de poder devem ser considerados, a saber:

- **o poder técnico**, que consiste na capacidade do sujeito/ dirigente/ técnico de gerar, aceder, lidar com a informação de características distintas. As informações por ele geradas podem estar em variados aspectos (médico, sanitária, administrativo e marco teórico) e operar em muitos âmbitos (docência, investigação, serviços, administração superior, população). Refere-se às instâncias e procedimentos de geração, processamento (transformação dos dados em informação) e uso da informação em relação aos grupos sociais que lidam com cada uma dessas instâncias (TESTA, 1992).
- **o poder administrativo**, que representa a capacidade do sujeito de se apropriar e distribuir recursos. Nesse caso o financiamento apresenta-se como expressão do poder administrativo e é fundamental nos deslocamentos do poder dentro do setor, sem contudo, produzir mudanças que possam alterar a estrutura social. Essa modalidade de poder deve ser analisada referindo-se à tomada de decisões, pois o uso desse poder (decisões administrativas) implica eficácia e eficiência política, isto é, possui uma conseqüência sobre grupos sociais afetados pela decisão. Tal conseqüência pode se traduzir em aumento ou diminuição do apoio que cada grupo presta aos que tomam as decisões e a todos os demais e produzem mudanças que viabilizam outras

decisões. Cabe ressaltar que “*o primeiro deslocamento de poder, ante uma decisão tomada, é seguido por outro que ocorre em algum momento posterior à implementação da proposta e em relação a sua eficácia e eficiência operativa*” .Assim, ao se tomar uma decisão administrativa iniciam-se dois tempos: o político, que corresponde ao tempo que a decisão leva para produzir apoio ou oposição dos grupos sociais interessados ou afetados pelo problema, e o técnico, compreendendo o tempo que leva a decisão para ser implementada até obter a eficácia operativa (TESTA 1992).

- **o poder político**, significa a capacidade de mobilizar grupos sociais em demandas ou reclamação de suas necessidades e interesses. Essas características expressam a capacidade de manipular recursos, informações e interesses que acumulam determinadas pessoas, grupos sociais e/ou instituições. Essa modalidade de poder surge como expressão da ideologia em dois eixos: saber e prática. Para isso, Testa (1992) afirma que “*o saber como visão de mundo e a prática como construtora de sujeitos*” é o que se define como ideologia. Cabe salientar que o poder político tem um nível diferente dos demais, qualidade diferente e hierarquia acima deles. Na dinâmica do poder, os poderes técnico e administrativo ficam subordinados ao poder político em algum momento (TESTA, 1992).

Para análise da implementação de uma política numa organização que integra o aparelho de Estado, será utilizada a categoria governo. Matus (1996) refere-se ao governo como o comando de um processo não apenas do Estado, mas também de um ministério, sindicato ou unidade de saúde. Considera além do Estado outras forças sociais⁵. Esse mesmo autor refere-se a três variáveis distintas que se entrelaçam e condicionam-se mutuamente conformando os vértices de um triângulo, “triângulo de governo”. Esses elementos definem-se como:

⁵ Matus (1996) define que forças sociais são aquelas que se constituem como uma organização estável, com capacidade permanente de acumulação de força e de produção de eventos mediante aplicação dessa força. Essas forças existem à medida que representam e organizam uma parte da população em torno de objetivos comuns. Representam uma intermediação entre a população e as instituições, podem acumular e desacumular poder. São fenômenos-estruturas complexas, pois são acumulações de ideologias, valores, crenças, peso político, peso econômico, liderança, organização, informação, controle de centros de poder e influência sobre outras forças sociais. Como exemplo pode-se citar os partidos políticos, organizações sindicais, organizações estudantis, entre outros.

- **Projeto de governo** – *“refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator se propõe realizar para alcançar seus objetivos. A discussão acerca dessa variável versa sobre as reformas políticas, o estilo de desenvolvimento, a política econômica, entre outros. Expressa a conjunção do capital político e intelectual aplicados no desenho de uma proposta de ação”.* (MATUS, 1996; p.59).
- **Governabilidade** – *“é a relação entre as variáveis que o ator controla e as que não controla no seu processo de governo, variáveis essas ponderadas pelo seu valor para a ação do ator. Essa variável depende do conteúdo propositivo do projeto de governo, pois quanto mais modesto os objetivos, mais governável é o sistema. Refere-se à possibilidade de ação e ao controle dos efeitos da ação”* (MATUS, 1996; p.60);
- **Capacidade de governo** – *“é a capacidade de condução ou direção e se refere ao acervo de técnica, métodos, destrezas, habilidades e experiência de um ator e sua equipe de governo. Essa variável se expressa na capacidade de direção, de gerência, de administração e controle. Depende do capital intelectual acumulado pelas equipes dirigentes entendido como capital teórico, instrumental e capital experiência.”* (MATUS, 1996; p.61).

No que diz respeito à organização do processo de trabalho cabe sublinhar que o trabalho em saúde é uma ação intencional humana realizada sobre um objeto através do uso dos meios de trabalho (instrumentos), objetivando a satisfação da necessidade social da saúde. O objeto de trabalho é sempre delimitado por um olhar que o antevê e o define em um projeto visando à transformação em produto. Como ação intencional, o produto é projetado, antevisto ou pré-concebido no imaginário do trabalhador da saúde que executa uma ação (MENDES GONÇALVES, 1992). No processo de trabalho em saúde, os instrumentos de trabalho são tecnologias, termo amplamente compreendido como os instrumentos de natureza material e os saberes que organizam as práticas dos profissionais de saúde de diferentes formas (MENDES GONÇALVES, 1994). Cabe ainda considerar a divisão técnica e social do trabalho, pois toda divisão do trabalho reproduz em seu interior as relações

políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções dos sujeitos (PEDUZZI, 2005).

Esses sujeitos constituídos por ideologias podem ser analisados enquanto atores sociais. O conceito de ator social será aqui entendido como pessoa, organização ou grupo humano que de forma estável e transitória tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação⁶. (MATUS, 1996).

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do Estudo

A pesquisa realizada é do tipo qualitativa, a partir de um estudo de caso, analítico, compreendendo o período de gestão de 2005 a 2007. Foi desenvolvida junto à Secretaria de Saúde do Município de Salvador, tendo como referência a teoria do ciclo da política pública, triângulo de governo (MATUS, 1996), a estrutura do poder no setor saúde (TESTA, 1992) e a organização do trabalho (MENDES GONÇALVES, 1994; PEDUZZI, 2005).

Foi montado um modelo lógico (figura 1) entendido enquanto um “esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados” (HARTZ et al, 2005p. 46), cujos componentes, atividades e resultados foram derivados do documento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

4.2 MODELO TEÓRICO/LÓGICO

Observa-se na figura 2 a representação esquemática da implantação/ implementação da Política Nacional de Saúde bucal (PNSB) num contexto municipal.

⁶ O conceito de situação será o desenvolvido por Matus (1996) onde situação é formada por atores e problemas, podendo ser objeto de múltiplas explicações, a depender da posição ocupada pelo ator que a descreve, em função de seus interesses, visões de mundo, crenças, ideologias, do papel que desempenha na sociedade e da luta que estabelece com outras forças sociais. A situação é a explicação da realidade, elaborada por uma força social em função de sua ação e da sua luta com outras forças sociais.

No contexto nacional pode-se considerar as relações entre o Estado e a sociedade que propiciaram a formulação da PNSB intitulada “Brasil Sorridente”, objeto desse estudo. Essa política foi representada em um modelo lógico, considerando a imagem-objetivo que irá orientar a implantação nos níveis Estaduais e Municipais.

Do mesmo modo relações entre o Estado e a sociedade no âmbito municipal compõem um contexto para a implementação da política municipal de saúde bucal. Esta depende do governo local, ou seja, da articulação permanente entre a capacidade de governo, governabilidade e projeto de governo. Desse modo, o projeto de governo é influenciado pelo grau de governabilidade do gestor, pois quanto mais simples seus propósitos, mais fácil a concretização das ações contidas nas propostas. Essa governabilidade apresenta duas dimensões: uma externa, que guarda relação com a sociedade e com a Prefeitura Municipal e outra interna, que é produto da organização do trabalho e da distribuição do poder no interior da instituição. Essas relações podem se pronunciar como apoio ou oposição, favorecendo ou bloqueando a implementação das ações contidas na proposta de governo do gestor e comprometendo a sua capacidade de governo e o seu projeto.

Para governar o gestor precisa ter capacidade na condução do processo. Compreende de um lado a capacidade administrativa do gestor e sua equipe (dimensão técnica) e do outro como esse gestor controla internamente a distribuição do poder no setor (dimensão política). Isso influencia a sua governabilidade, pois quanto mais controle ele tiver sobre as variáveis fundamentais, maior a sua governabilidade e mais facilmente concretiza-se seu projeto de governo.

O diagrama correspondente à figura 2 foi montado com base no documento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cujas ações prioritizadas constam no documento. A primeira coluna, em amarelo, corresponde ao componente da política privilegiado no modelo; a segunda coluna, em azul, diz respeito aos objetivos intermediários concebidos com tais ações; a terceira, em verde, consiste nas atividades (ações) que deveriam ser

desenvolvidas para a implantação da política; e a última coluna em roxo, consiste nos resultados esperados de acordo com o documento.

Para elucidar o modelo cabe esclarecer o que aqui se entende como resultados esperados, a saber:

Gestão participativa: representa a participação dos sujeitos (usuários, trabalhadores e prestadores) no planejamento das ações e no processo de avaliação;

Qualificação da atenção básica: diz respeito a uma política de educação permanente para os integrantes das equipes de Saúde Bucal (CD, ACD, THD).

Expansão da atenção básica: Considera-se nesse item o aumento das equipes de saúde da família;

Organização da atenção básica: Corresponde ao aumento da oferta de serviços nesse nível de atenção (moldagem, pulpotomia, restaurações fotopolimerizáveis e tratamento de fraturas dentárias); compreende à reorganização do processo de trabalho para garantir procedimentos mais complexos evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias.

Aumento e resolubilidade do pronto atendimento: Oferta de tratamento de urgência e emergência em saúde bucal e organização de pronto atendimento para atender as demandas locais;

Expansão da atenção secundária e terciária: Compreende a implantação dos CEOS (centro de especialidade odontológica) como unidades de referência para os serviços especializados (prótese e endodontia) e a implantação dos LPD (laboratório de prótese dentária).

4.6. Produção de evidências

A investigação foi realizada na Secretaria de Saúde do Município de Salvador. Inicialmente foi realizada uma revisão documental, sendo consultados documentos federais, estaduais e municipais:

1. O documento das diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, que norteia a organização das ações e dos serviços no âmbito estadual e municipal;
2. Os Planos Estaduais de Saúde e seus respectivos relatórios de gestão (Apêndice I), buscando compreender como a Secretaria Estadual de Saúde traduziu a referida política, que ações essa instância previu para apoiar os municípios e se os resultados contidos nos relatórios têm favorecido a implantação da política em questão;
3. A Programação Pactuada Integrada (PPI), com vista a identificar quais as ações pactuadas na PPI para a área de saúde bucal;
4. Os planos municipais de saúde e seus respectivos relatórios anuais de Gestão do período e do ano anterior, identificando os problemas abordados pelo município no que tange a saúde bucal, aos objetivos e às ações propostas nos planos para a implantação das ações e, o confronto com os resultados encontrados nos relatórios, além de identificar os antecedentes da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal.
5. O inquérito epidemiológico do município, buscando conhecer as condições de saúde bucal do município, a coerência entre as ações propostas e o quadro epidemiológico apresentado;
6. Os protocolos da ESB no PSF e das UAOs, no sentido de compreender como a rede do município está se organizando;
7. Recomendações para referência e contra referências aos CEOS, para conhecer a proposta municipal e confrontar com a realidade encontrada.

Em seguida realizaram-se entrevistas com informantes-chave, cujos roteiros encontram-se anexo (apêndice I). Para essa etapa foram definidos os informantes-chave, cujo critério utilizado para a seleção dos mesmos foi a consulta ao organograma (apêndice II) e regimento da Secretaria Municipal de Saúde confrontando com uma prévia exploração do Plano Municipal de Saúde, o que resultou na escolha de 10 entrevistados (Apêndice III). Esses

entrevistados correspondem a atores que supostamente possuem alguma responsabilidade para a implantação das ações de Saúde Bucal.

As referidas entrevistas foram compostas por questões abertas que serviram para nortear uma conversa entre entrevistados e entrevistador; foram gravadas e transcritas por um profissional habilitado e revisada pela autora. De forma complementar, a pesquisadora participou de algumas reuniões de acompanhamento do Plano Municipal de Saúde para observação direta, conforme roteiro anexo (apêndice IV) das relações institucionais da equipe dirigente do nível central da Secretaria Municipal de Saúde.

Por fim, foi consultado o SIA-SUS, no que se refere à primeira consulta odontológica, no período de 2004 a 2007, buscando identificar se houve melhoria no acesso aos serviços de saúde bucal na gestão analisada, uma vez que a política em estudo propõe o aumento do acesso aos serviços de saúde bucal.

4.7. Análise dos dados

Inicialmente realizou-se uma leitura exaustiva do documento das diretrizes da PNSB. Em seguida, foi examinado o Plano Estadual de Saúde referente ao período estudado e os respectivos relatórios de Gestão. Os documentos foram processados em matrizes de análise (Apêndice IV e V), verificando a consistência entre os propósitos do governo contidos no plano e as ações implementadas.

Posteriormente, foram consultados os Planos Municipais de Salvador e seus respectivos Relatórios de Gestão do período estudado e do ano anterior, analisados e também organizados em matrizes na mesma lógica dos documentos estaduais (Apêndice VI). O mesmo se procedeu com os demais documentos municipais.

Uma vez finalizada a análise documental, foram realizadas as entrevistas gravadas e transcritas por um profissional habilitado sendo revisadas pela autora. O material foi lido de forma exaustiva e analisado buscando identificar nos discursos dos atores as ações de saúde bucal propostas e os principais

problemas encontrados para a sua implantação. Fragmentos dos textos foram classificados segundo as categorias analíticas propostas no quadro teórico pelo estudo, a saber: projeto de governo, capacidade de governo, governabilidade; organização do processo de trabalho e o poder. A análise das entrevistas buscou pontos de confluência e divergência na visão dos distintos atores através da análise de conteúdo (MINAYO, 2006).

As informações contidas no diário de campo foram também processadas utilizando-se dos mesmos instrumentos à luz das categorias já apontadas acima.

Com a identificação das ações realizadas pela gestão municipal, estas foram comparadas com a proposta da política nacional, buscando pontos de convergência e divergência.

Figura 1 – Modelo Lógico

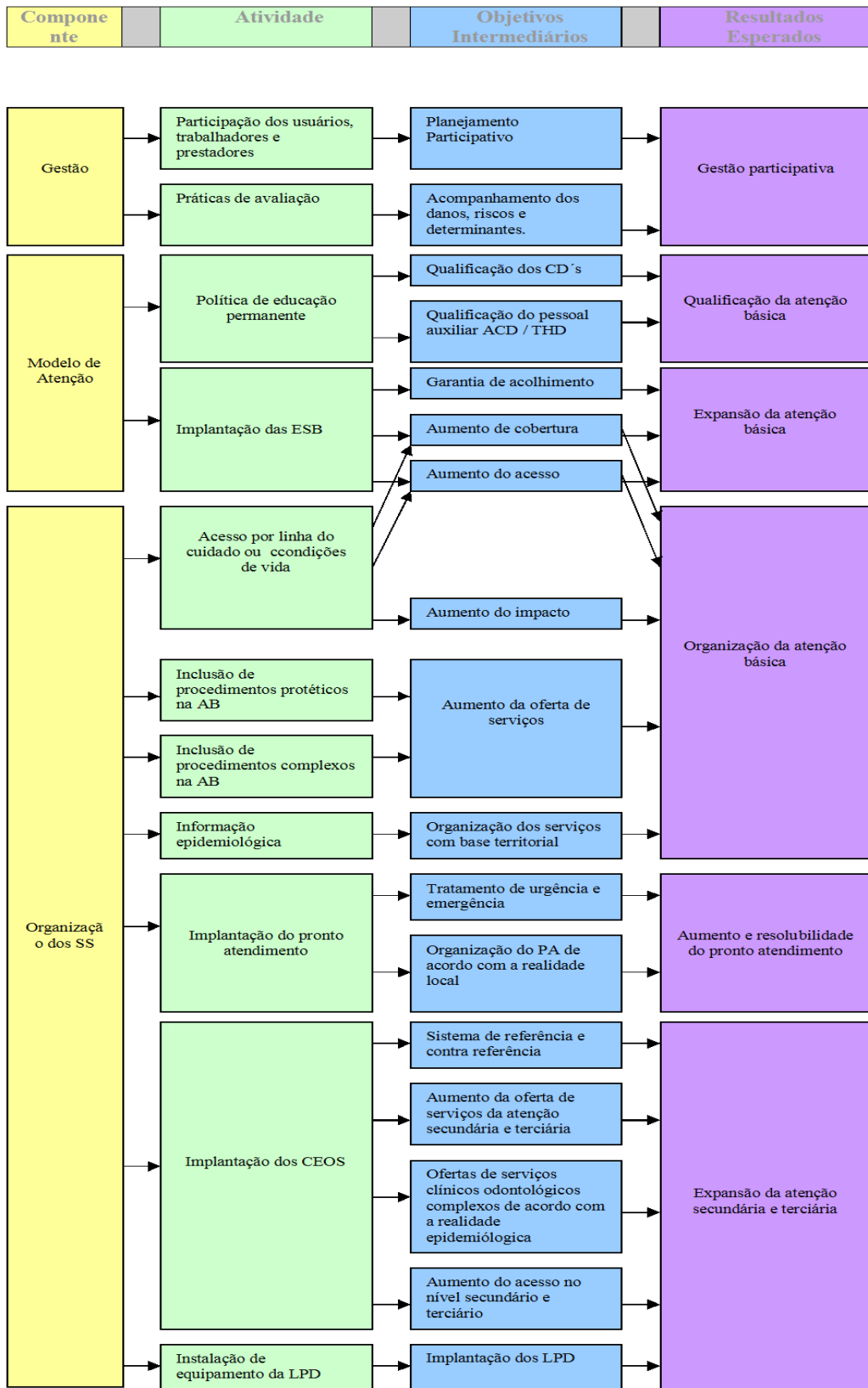
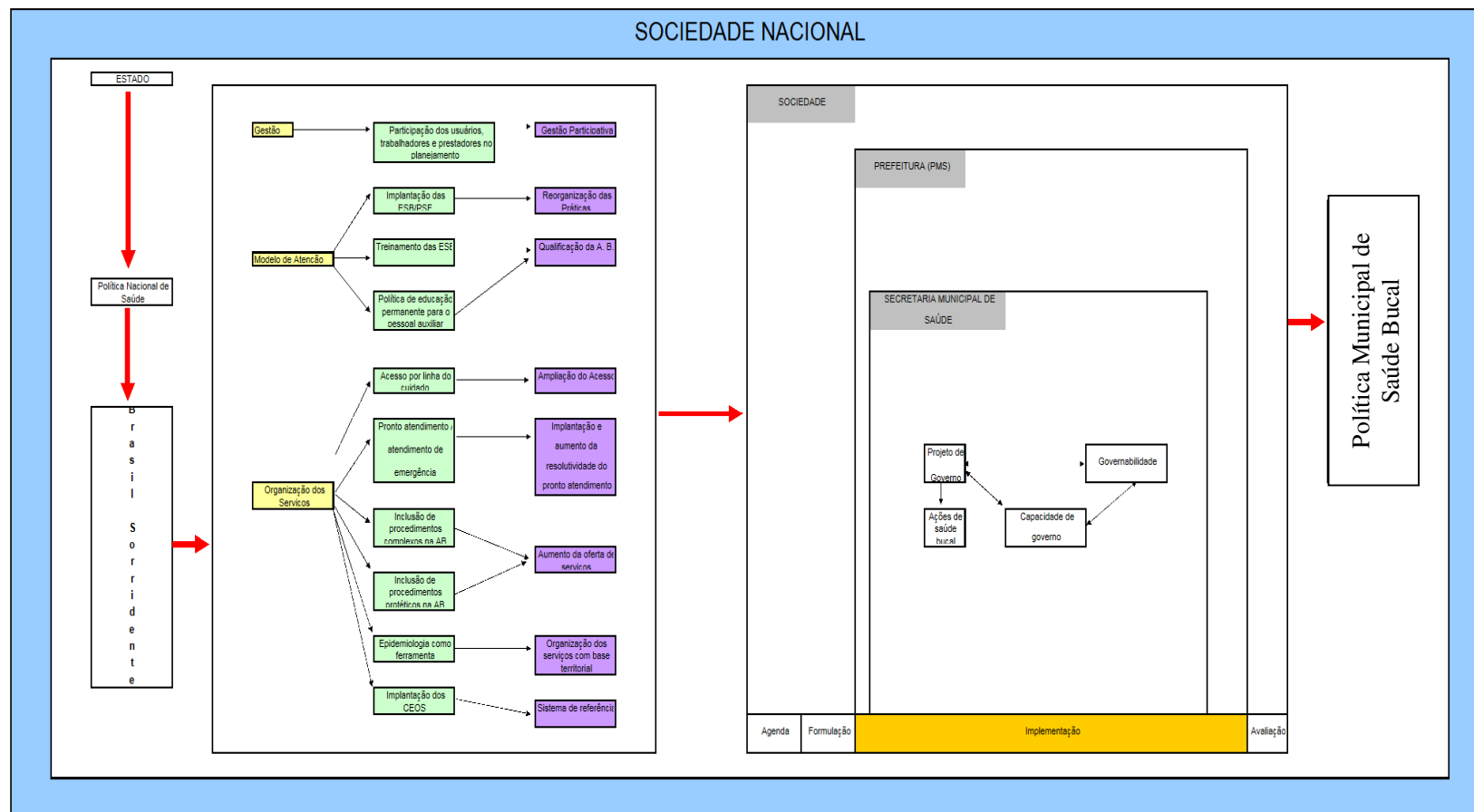


Figura 2 – Modelo Teórico-Lógico



5. RESULTADOS

5.1. A Saúde Bucal na Bahia

A consulta aos documentos estaduais teve o propósito de identificar como a Secretaria Estadual de Saúde, no período estudado, apoiou os municípios, em particular o município de Salvador, para a implantação da Política Municipal de Saúde Bucal. Nesse particular, identificou-se nos documentos apoio do nível estadual em capacitação de profissionais da ESF, na implantação de CEOs, no credenciamento de LRPD e na implantação de ESB na ESF.

O governo estadual ofertou cooperação técnica para a implantação do programa de saúde bucal na ESF aos 417 municípios que compõem o estado, no intuito de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal nas cidades baianas. Tal programa compreende a implantação de ESB nas ESF, de acordo com o PDR, e também o monitoramento e desenvolvimento de ações de apoio na adoção de medidas preventivas em saúde bucal por parte dos municípios. Como indicador de acompanhamento e avaliação foi escolhido pela SES da cobertura da primeira consulta odontológica⁷.

Identificou-se que o estado da Bahia apresenta baixa cobertura de ações especializadas em saúde bucal⁸. Nesse sentido, a SES investiu na habilitação de CEOs. Em 2004 habilitou cinco centros de referência nos municípios de Salvador, Vitória da Conquista, Eunápolis, Juazeiro e Itabuna, para a oferta de serviços especializados nos CEOs tipo 1 e do tipo 2⁹, conforme as demandas locais¹⁰.

No que se refere à estratégia de saúde da família, a instância estadual apoiou os municípios na implantação das ESB na ESF. Em 2004 foram implantadas 225 novas ESB na ESF, passando de 444 no ano anterior para 669 naquele ano¹¹. Naquele mesmo ano, a SES organizou a III Conferência Estadual de Saúde Bucal, para

⁷ Plano Estadual de Saúde 2004-2007

⁸ Idem Ibidem

⁹ O CEO tipo 1 é aquele que possui três cadeiras e o tipo 2 pode ter de quatro a seis cadeiras. Nos CEOS devem ser ofertados serviços diagnóstico bucal, com ênfase no câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.

¹⁰ Relatório de Gestão Estadual – 2004.

¹¹ Idem Ibidem

discutir a Política de Saúde Bucal, porém não há referência no relatório de gestão quanto ao número de municípios envolvidos na Conferência Estadual e nem nas etapas municipais¹².

Ainda em 2004, o governo Estadual prestou assessoria técnica aos 417 municípios do Estado para a fluoretação das águas de abastecimento público, monitorando o teor de flúor em 153 municípios dos 417 que compõem o Estado¹³. Elaborou um programa de capacitação para prevenção e controle do câncer de boca e desenvolveu o referido programa em diversas microregiões do estado. Nesse particular, os documentos citam as microregiões contempladas pelo programa¹⁴.

Em 2005, o estado da Bahia possuía 371 municípios dispendo de ESF, dos quais 267 foram acompanhados pela SES. No que tange às ESB, no referido ano foram identificadas 902 ESB na ESF, evidenciando um aumento de 223 equipes¹⁵. Neste mesmo ano, realizou seminário sobre experiências de acreditação e certificação, cujo propósito e atores envolvidos no processo não são mencionados nos documentos¹⁶.

Além disso, em 2005, a SES elaborou o programa de prevenção e controle de câncer bucal em parceria com o CICAN e a Faculdade de Odontologia da UFBA. Para tanto, capacitaram-se 51 CDs distribuídos em 32 microregiões da saúde para o diagnóstico em câncer bucal, sem, contudo, mencionar as microregiões contempladas. Houve ainda a realização de curso de facilitadores em educação permanente de Saúde Bucal em DST/AIDS. Este curso atingiu 37 profissionais de saúde bucais sendo 27 do Estado da Bahia, contando com a participação do MS e a cooperação Técnica do ISC/ UFBA¹⁷.

No que concerne à atenção especializada, a SES realizou investimento para a habilitação dos CEOs e, ao final do referido ano, somava 36 CEOs distribuídos em

¹² Op cit

¹³ Op cit

¹⁴ Op cit

¹⁵ Relatório de Gestão - 2005

¹⁶ Idem Ibdem

¹⁷ Op cit

34 municípios do Estado. Dentro da Estratégia de LRPD, a SES aprovou 15 LRPD e credenciou 3, dentre os quais se encontrava o município de Salvador.

Em 2006, houve a implantação de 322 novas equipes de Saúde bucal na ESF, somando ao final 1292 ESB implantadas, demonstrando um aumento significativo da ESF no que tange à saúde bucal no período de 2004 a 2006¹⁸. Nesse mesmo ano, a SES implantou o programa de prevenção e controle de câncer de boca e para fins do programa, capacitou mais 52 CDs nas microregiões da saúde em diagnóstico de câncer de boca, embora os documentos também não façam referência às microregiões e municípios envolvidos¹⁹.

Com base na análise documental, a Secretaria Estadual de Saúde tem apoiado o nível municipal para a implantação das ações que compõem o programa *Brasil Sorridente*, estando as propostas estaduais em consonância com o programa do MS, como mostram as evidências apresentadas. Cumpre destacar que todo investimento realizado no Estado, no que concerne à saúde bucal, foi fruto dos recursos do *Projeto Saúde Bahia* que abarca dentre outros componentes a qualificação da atenção básica.

5.2. A Política Municipal de Saúde Bucal

5.2.1 Características do Município de Salvador

O município de Salvador, capital do Estado da Bahia, ocupa a extensão territorial de 707 Km². A sua organização político-administrativa compreende 18 regiões administrativas (RA) e 12 distritos sanitários (DS)²⁰. O último censo do IBGE realizado em 2000, estimou a população em 2.443.107, sendo a terceira cidade mais populosa do Brasil²¹.

¹⁸ Relatório de Gestão - 2006

¹⁹ Idem Ibdem

²⁰ Os Distritos Sanitários que compõem o município de Salvador são: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano Valéria, Liberdade, Brotas, Barra Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário

²¹ Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

A população de Salvador é composta, em sua maioria, por negros, o que corresponde a aproximadamente 83% da população do município, ou seja, cerca de 2.027.779 habitantes. Conta ainda, com 658.222 domicílios e uma média de 3,2 habitantes / domicílio evidenciando uma tendência de diminuição do tamanho das famílias em Salvador²².

Do ponto de vista sócio-econômico, Salvador possui um cenário de desigualdade e marginalização social. Um dos indicadores que mostra essa realidade é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que retrata o desenvolvimento numa perspectiva mais humana, social e sustentável, pois mede qualidade de vida através da avaliação de rendimento, educação e longevidade de países, regiões ou agrupamentos populacionais. Nesse sentido, em 2000 o IDH do município de Salvador era 0,85, estando na 467ª posição entre os 5507 municípios do Brasil, embora ocupando a 1ª posição no estado²³.

O município apresenta alta desigualdade na distribuição de renda quando consultado o índice de Gini²⁴. O rendimento médio mensal das famílias situa-se entre 1 a 3 salários mínimos. No entanto, o percentual de famílias com renda de até 1 salário mínimo é expressivo chegando à 19,1% , e o percentual da população sem renda aproxima-se de 13,5%, demonstrando necessidade de estímulo à geração de trabalho e renda²⁵.

Observa-se que 96,7% da população possui abastecimento de água pela rede geral; a instalação sanitária é garantida na rede geral de esgoto em 73,9% dos casos e o lixo coletado alcança a 93,1% dos moradores dos quais 66,3% é efetuado pelo serviço de limpeza²⁶.

²² Idem Ibidem

²³ Idem Ibidem

²⁴ O índice de Gini avalia a desigualdade Social via análise da distribuição de renda. Em Salvador esse índice é de 0,66. Esse desenvolvimento não beneficia todos os segmentos da população, pois o município possui alta concentração de renda, visto que os 20% mais ricos detêm 70% da renda, enquanto que os 20% mais pobres correspondem a 1,6% da produção do município. Ver Atlas de Desenvolvimento humano.

²⁵ Plano Municipal de Saúde 2006-2009

²⁶ Idem Ibidem

O distrito utilizado como campo para o estudo foi o subúrbio ferroviário²⁷, que apresenta uma dimensão territorial de 63 Km², incluindo três ilhas: Frades, Maré e Bom Jesus dos Passos²⁸.

5.2.2 Condições de Saúde Bucal do Município de Salvador

Os problemas de saúde bucal no município de Salvador se inserem na lista dos principais problemas de saúde. Em 2002 ocupava o 16º lugar entre os principais problemas apontados em ordem crescente²⁹ e em 2006 as primeiras posições, sendo referenciado em todos os distritos sanitários³⁰. Entre os problemas bucais de relevância para o município aparecem a cárie, as doenças periodontais e o câncer de boca no ano de 2002³¹. Já em 2006 estes problemas se repetem, acrescidos do edentulismo e problemas estéticos. Tendo em conta os principais problemas de saúde do município, a cárie e a doença periodontal aparecem como principais problemas da população geral.

Em 2005 ocorre mudança na gestão do município, e se observa a necessidade de se realizar um levantamento epidemiológico³² com vistas a conhecer a situação de saúde bucal do município. Foi referido por um dos entrevistados que no momento em essa gestão assumiu a SMS, não fora encontrado nenhum documento que traduzisse a Política Municipal de Saúde Bucal, motivo pelo qual a realização do referido levantamento constituiu-se em uma das primeiras ações realizadas. Assim demonstra o trecho:

(...) a partir de 2005 inicialmente nós paramos e vamos fazer essa reflexão, fazer o levantamento epidemiológico para a gente depois nortear nossas ações. (...) o nosso computador quando nós chegamos aqui na secretaria não existia odontologia nós não encontramos nenhum material (...) (entrevistado 9)

²⁷ O subúrbio Ferroviário foi escolhido como campo para a produção dos dados porque possui no município a maior cobertura de PSF/ESB e também por abarcar em um único distrito todas as linhas estratégicas da Política Nacional de Saúde Bucal.

²⁸ Fonte: entrevistado 6

²⁹ Plano Municipal de Saúde 2002-2005.

³⁰ Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

³¹ Plano Municipal de Saúde 2002-2005.

³² O inquérito realizado na SMS utilizou quatro diferentes subgrupos, a saber: faixa etária de 05 anos, 12 anos, 15 a 19 anos e 35 a 44 anos. Os grupos de 05 e 12 anos foram abordados em escolas nas áreas de abrangência dos odontólogos das ESB do PSF e do programa de procedimentos coletivos nos distritos onde ainda não existe ESB (o DS do Centro Histórico e DS da Boca do Rio). Os grupos de 15-19 e 35-44 foram examinados nos domicílios pelo dentista da ESB.

O inquérito epidemiológico realizado no âmbito da SMS aplicou a metodologia da OMS (OMS, 1999) e do SB Brasil (BRASIL, 2004), e contou em sua maioria com as equipes de Saúde Bucal do PSF. Este inquérito teve como objetivo geral conhecer a situação de saúde bucal de determinados grupos populacionais, com vistas a subsidiar o planejamento e avaliação das ações de saúde bucal, aplicando para este fim os principais indicadores de saúde bucal. Os objetivos específicos podem ser observados no quadro I ³³:

QUADRO I– Objetivos específicos do inquérito epidemiológico de Salvador

Inquérito epidemiológico	
Objetivos específicos	1. Subsidiar o planejamento e programação das ações de saúde bucal desenvolvidas nas USF, nas escolas e creches das áreas de abrangência das USF e nas escolas e creches atendidas pelo programa de procedimentos coletivos do município;
	2. Estimar a prevalência e a severidade da cárie dentária nas faixas etárias de 05, 12, 15-19, 35-44 anos;
	3. Estimar a prevalência de alteração gengival na faixa etária de 05 anos e sangramento gengival nas faixas etárias de 12, 15-19, 35-44 e alterações periodontais de 15-19 e 35-44 anos;
	4. Estimar a proporção de indivíduos livres de cárie nas faixas de 05, 12, 15-19 e 35-44 anos;
	5. Estimar a prevalência de má oclusão na faixa etária de 05 anos;
	6. Estimar a prevalência de fluorose na faixa etária de 12 e 15-19 anos;
	7. Estimar a necessidade do uso de prótese nas faixas etárias de 15-19 e 35-44 anos ;
	8. Analisar comparativamente os principais resultados por distritos sanitários no município;
	9. Contribuir para o desenvolvimento de investigação epidemiológica para o SUS em Salvador;
	10. Fornecer subsídios para os profissionais de saúde no que tange à educação, planejamento e administração relativos à saúde bucal.

Fonte: Inquérito epidemiológico de Salvador, 2005

O referido inquérito epidemiológico apresentou uma particularidade em relação aos anteriormente realizados na SMS, à medida que considera o quesito raça/cor. Vale destacar que a maior parte da população da cidade de Salvador é composta por negros, solicitando nesse caso de políticas específicas para esse grupo étnico, que levem em conta suas especificidades. Um entrevistado comenta acerca desse inquérito epidemiológico realizado em 2005. Na oportunidade diz:

O nosso inquérito epidemiológico, a área de abrangência dele foi em todo o município, mas a gente procurou se aliar onde tinha USF, por conta da facilidade do ACS e etc e tal dos facilitadores e uma coisa que é muito

³³ Inquérito Epidemiológico de Salvador 2005

relevante no nosso inquérito é que pela primeira vez se levou em consideração o quesito raça/ cor (...)(entrevistado 9)

Os resultados apresentados apontaram para a redução da prevalência de cárie nas últimas duas décadas, que pode estar relacionada ao acesso à água fluoretada, acesso a dentrífcio fluoretado e ao aumento dos procedimentos coletivos ofertados pelos serviços de saúde. Contudo, os índices de CPOD encontrados ainda demandam grande número de tratamento curativo e restaurador na população de Salvador. Seus resultados principais podem ser observados no quadro II:

QUADRO II - Resultados Principais do inquérito epidemiológico de Salvador

Faixa Etária	05	12	15-19	35-44
Local da coleta	41,4% exame em escolas; 39% exame no domicílio 16,7% creches 2,9% sem informação	52,3% escolas 45% domicílio 3,10% sem informação	Domicílio	Domicílio
Tamanho da população	1.374	1.258	1.286	1.249
Sexo	Feminino 50,4% Masculino 49,6%	Feminino 50,6% Masculino 49,4%	Feminino 56,6% Masculino 43,4%	Feminino 70% Masculino 30%
Grupo étnico	20,6% pardo 10,6% negro	18,5% pardo 10,9% negro	8,9% negra 9,6% parda	12,1% negro 21,3% pardo
Ceo-d CPO-D	1,97	1,38	3,27%	14,1%
Prevalência de cárie	-	48,9%	73,5%	98,7%
Higiene Bucal	56,6% satisfatória 33% regular 10,6% insatisfatória	0,70% satisfatória	-	-
Alteração gengival	7,40% apresentaram alteração gengival	71,4% não apresentaram sangramento 25,9% sangramento provocado 2,7% sangramento espontâneo	62,9% não apresentaram sangramento 33,4% sangramento provocado 3,2% sangramento espontâneo	54% não apresentaram sangramento 39% sangramento provocado 7% sangramento espontâneo
Alteração de tecido mole	10,40% alteração de tecido mole 89,40% não apresentaram nenhum tipo de lesão 0,2% informação não obtida	17,7% apresentaram algum tipo de alteração 82,1 não apresentaram 0,1 sem informação	86,1% ausência de alteração 13,7% presença de alteração 0,2% sem informação	66,5% não apresentaram alteração 33,5% demonstraram alteração
Alteração periodontal	-	-	86,1% ausência de alterações periodontais 13,7% presença 0,2% sem informação	59% não apresentaram alterações periodontais significativas 41% demonstraram
Má oclusão	52,4% oclusão normal 24,9% má oclusão leve 10% informação não obtida	-	-	-
Atividade de cárie	-	74,8% baixa 18,6% média 6,6% alta	60,8% baixa 27,6% média 11,6% alta	49% baixa atividade 30% média 21% alta
Fluorose	-	56,8% não apresentaram fluorose (índice de Dean) 13% fluorose questionável 12,9% fluorose muito leve 4,8% fluorose leve 0,2% fluorose severa 12,2% sem informação	65,3% sem fluorose Dos sem fluorose 8,6% são fluorose questionável 6,2% fluorose muito leve 2,1% fluorose leve 0,8% moderada	-
Uso de prótese	-	-	99,5% não usa prótese 0,2% usam 0,2% sem informação	22,3% usam algum tipo de prótese
Necessidade de Prótese	-	-	6,2% necessitam de prótese superior 13,7% necessitam de prótese inferior	70% necessitam de algum tipo de prótese 30% não necessitam

Fonte: Inquérito epidemiológico de Salvador, 2005

5.2.3 Problemas dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde

De 2002 a 2007, o município de Salvador sofreu mudanças nos processos de gestão em dois períodos distintos no âmbito da SMS. A primeira corresponde ao período da gestão de Antonio Imbassahy e a segunda, à gestão de João Henrique Carneiro. Ambos sofreram mudanças na habilitação do município, passando de gestão parcial para gestão plena da atenção básica e desta para a gestão plena do sistema municipal, respectivamente. Esses fatos impõem à secretaria municipal de saúde a necessidade de se estruturar com vistas a aumentar a oferta dos serviços de saúde pelo município. Nesse sentido a SMS apresenta problemas que comprometem sua capacidade de gestão, que podem ser inseridos em um dos componentes do sistema de saúde, a saber: financiamento, gestão, modelo de atenção, organização dos serviços e infra- estrutura conforme mostra o quadro IIII.

A SMS em 2002 apresentava reduzida rede própria de serviços de saúde bucal, contando com apenas 310 equipamentos de saúde bucal, incluindo a rede contratada e conveniada, sendo desse quantitativo apenas 96 da rede própria. No que se refere à oferta de serviços, a SMS limitava-se à odontologia restauradora³⁴.

A estratégia de saúde da família inicia sua implantação no município no ano 2000, mas não há referência nos documentos do período quanto à implantação das equipes de saúde bucal³⁵. Em 2006 os registros apontam para oferta insuficiente de serviços de saúde bucal na atenção básica, nos serviços de urgência e, também, na média e alta complexidade. Para as radiografias odontológicas a situação é inversa havendo mais serviços ofertados do que demanda³⁶. O quadro IV expressa os problemas dos serviços de saúde bucal no município de Salvador, sistematizados também à luz dos componentes dos serviços de saúde.

Em síntese, os serviços de saúde bucal apresentam problemas em quase todos os componentes dos sistemas de saúde, não havendo, referência pelos documentos a

³⁴ Plano Municipal de Saúde 2002-2006

³⁵ Idem Ibidem

³⁶ Plano Municipal de Saúde 2006-2009

problemas de financiamento³⁷. No entanto, problemas financeiros foram mencionados pelos entrevistados no período correspondente à gestão do prefeito João Henrique Carneiro, os quais vieram a comprometer os serviços de saúde e conseqüentemente os serviços de saúde bucal, como se observa no trecho:

(...) em 2005 a situação financeira da prefeitura se deteriorou muito. Então tivemos essas dificuldades financeiras que extrapolam a competência da Secretaria de Saúde. (entrevistado 7)

Quadro III - Problemas dos serviços de saúde de Salvador

COMPONENTE	PROBLEMA
Gestão	Baixa capacidade gerencial e organizativa derivada da insuficiência de pessoal qualificado para exercer tarefas demandadas pela mudança do processo de gestão; O déficit de recursos humanos em quantidade e distribuição; Insuficiente capacitação Técnica e Baixa estrutura física e estrutura de insumos e material permanente; Desarticulação das três esferas de governo; Desarticulação dos gerentes das Unidades de Saúde com os conselhos locais de saúde; falta de informação e comunicação dos usuários;
Infra-estrutura	Baixa estrutura física e estrutura de insumos e material permanente; número insuficiente de unidades de saúde; Porte insuficiente de muitas unidades de saúde existentes; Má distribuição territorial; Baixa Capacidade Operacional e produção de serviços; Carência de recursos humanos; Sub-registro dos serviços produzidos; Falta de monitoramento das informações sobre a produção dos serviços; Falta de remuneração por produtividade; Insuficiente capacitação e humanização dos profissionais de atendimento público. Indefinição da forma de contratação dos profissionais do PSF
Modelo de atenção	Grau incipiente de reorientação do modelo de atenção, que se expressam na incipiência das ações básica, em especial as ações de promoção da saúde: reprodução do modelo assistencial médico privatista; Atendimento desordenado à demanda espontânea; Ausência de PSF; Falta de planejamento e programação local; Falta de normas e rotinas de atendimento; Inexistência de integralidade das ações de saúde; Falta de articulação intersetorial; inexistência de ações educativas de prevenção e promoção da saúde; Ideologia profissional centrada no modelo médico privatista.
Financiamento	Financiamento insuficiente
Organização dos serviços	Desorganização do sistema de referência e contra referência; Falta de sistema de referência e contra referência para média e alta complexidade; Desarticulação da rede complementar; Lenta ampliação do PSF;
Outros	Desarticulação dos gerentes das Unidades de Saúde com os conselhos locais de saúde; falta de informação e comunicação dos usuários;

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2006-2009

³⁷ Idem Ibidem

Quadro IV- Problemas dos Serviços de Saúde Bucal em Salvador

PROBLEMA DE SAÚDE BUCAL	
Gestão	Irregularidade no fluxo de insumos e burocracia no processo de aquisição, Indicadores em saúde bucal, Falta de planejamento adequado para as ações e reformas estruturais nas unidades de saúde bucal, Falta de uma política de saúde bucal para os distritos, ênfase na produtividade em detrimento da qualidade Falta de valorização da saúde bucal.
Infra estrutura	Falta de unidades de saúde e de consultórios para atender a demanda; Espaço físico insuficiente, estrutura física e funcional das unidades inadequada; Dificuldade de acesso na área; Falta de insumos, Falta de centros de referência, ausência de supervisão e sensibilização dos RH; Falta de capacitação dos profissionais de saúde bucal, diminuição do aproveitamento do THD, Existência de duas ESF para uma ESB.
Modelo de atenção	Falta dos protocolos para os serviços oferecidos e para pacientes especiais em saúde bucal, inclusive portador de doenças sistêmicas, Falta de atividades culturais e educativas em saúde bucal, deficiência na prevenção em saúde bucal, Grande demanda para o serviço de saúde bucal, Déficit de cobertura em saúde bucal
Financiamento	Não há referência
Organização dos serviços	Ausência de unidades de referência em saúde bucal; Ausência de fluxo
Outros (referentes à população e ao ambiente)	Medo de dentista

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2006-2009

5.2.4. Projeto de Governo em Saúde Bucal na SMS

No período de 2002 a 2005, a gestão da Dra. Aldely Rocha no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, apresentava como proposições de governo para a saúde bucal a ampliação das ações de odontologia sanitária para as equipes de PSF, visando reduzir a incidência de doenças bucais na faixa etária de 5 a 14 anos e a contratação de odontólogos para a rede. Houve referência nesse período à reorientação do modelo de atenção por meio da Estratégia de Saúde da Família, porém, novamente, não há referência nos documentos quanto à implantação de equipes de saúde bucal no PSF³⁸.

As propostas da gestão subsequente, sob o comando do Dr. Luis Eugênio de Souza, apresentam questões que merecem destaque com relação à saúde bucal, à medida que propõe uma gestão em consonância com o Plano de Desenvolvimento Urbano do Município (PDDU). Tal documento apresenta como diretriz para a saúde bucal a incorporação definitiva do atendimento odontológico à rede básica dos serviços de saúde do município, demonstrando que o projeto da saúde bucal vai para além da

³⁸ Plano Municipal de Saúde 2002-2006

Secretaria Municipal de Saúde. Ressalta-se nos documentos a eleição da vigilância da saúde como modelo de atenção para o município, que propõe o estabelecimento de diálogo com outras combinações tecnológicas, inclusive a saúde bucal, e também o esforço de descentralizar as ações para o distrito sanitário³⁹.

Do ponto de vista da gestão da prefeitura extrapolando os limites da Secretaria de Saúde, a saúde bucal fez parte também dos documentos das ações prioritárias do governo do prefeito João Henrique. No entanto, entrevistados referem-se a um distanciamento existente entre o discurso e a prática, demonstrando pouco prestígio da área social nesse governo.

(...) tem tudo para que seja priorizado, entrou na pauta da agenda do gestor municipal, nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde, agora na atuação mesmo, no dia a dia, aí é difícil (...) tem esse problema da prefeitura que é um caos, o caos por conta da irresponsabilidade mesmo do gestor municipal, gestor prefeito, então assim, ele mesmo define que a saúde fica como prioridade no discurso, inclusive a maior parte das propagandas de governo dele se você ver é SAMU, é CEO, observe que o tempo todo mostra um consultório dentário, CEO, farmácia popular, tudo da área de saúde, e no entanto, efetivamente não é encarado como prioridade a área social nesse governo(entrevistado 8).

Especificamente para a área de saúde bucal, esse governo que se estabelece em 2005, apresenta como prioridades organizar a rede assistencial em saúde bucal, com vistas à melhoria do acesso da população ao tratamento odontológico nas UBS e nas unidades de atendimento odontológico de urgência; implementar o programa **Brasil Sorridente** e implantar os centros de especialidades odontológicas⁴⁰. O discurso dos entrevistados confirma as propostas do plano, definindo duas linhas de ação em consonância com a Política Nacional Brasil Sorridente:

O programa Brasil Sorridente, dividido em duas estratégias principais: uma a ampliação da atenção básica em saúde bucal, com a implantação das equipes de saúde bucal junto ao PSF e na outra linha, da atenção especializada com a implantação dos CEOs, de especialidades odontológicas. E de um modo geral foram essas duas linhas de ação que nós tentamos implementar, fortalecer o PSF, em todas as equipes do PSF nós incluímos sempre a ESB, em geral na proporção de dois para um, e também o processo de implantação dos CEOs.(entrevistado 7)

A saúde bucal é a saúde integral. Então a gente com a implantação do centros de especialidades odontológicas, que nós focamos na média

³⁹ Plano Municipal de Saúde 2006-2009

⁴⁰ Idem Ibidem

complexidade (...), então não é possível imaginar um avanço na média complexidade sem estar fortalecida a atenção básica. (entrevistado 9)

A vontade política aparece nas falas de vários entrevistados, sinalizando que a saúde bucal encontrava-se inserida no projeto de governo da SMS e também que o grupo gestor da SMS tinha compromisso com a melhoria da população do município. Assim dizem:

É porque a vontade é de partir do leque de cima. “Eu acho que sem vontade política não se faz mesmo que você seja competente tecnicamente (entrevistado1)”

(...) Para que essas ações fossem desenvolvidas foi principalmente, ao meu ver, uma questão da boa vontade política, a sensibilidade do gestor para que tudo isso tivesse acontecendo (entrevistado 9).

(...) Existia uma vontade de a gente estar fazendo, então é uma questão de vontade política, de um projeto, de mudar as condições de saúde da população da cidade que somos nós, os moradores daqui, fazendo uma cidade mais justa, pelo menos no que diz respeito à saúde, né? (entrevistado 8)

Demonstra-se consenso dos entrevistados quanto à saúde bucal fazer parte do projeto de governo na gestão que assumiu a SMS em 2005. Nesse sentido, destacam-se os centros de especialidades odontológicas como expressão da referida política. Outras ações também foram mencionadas, em menor frequência como o fortalecimento da atenção básica e ações de prevenção no âmbito da SMS. Para tanto, os entrevistados citam:

(...) Vem implementando os CEOs e priorizando os CEOs, tendo deixado priorizado a atenção básica. É confirmada a necessidade de esses odontólogos estarem nas escolas, estarem lá fazendo a promoção da saúde, a educação na saúde (...)(entrevistado 1).

(...) Nessa gestão foi dado um passo de priorização de uma organização da própria rede de atenção à saúde bucal, particularmente a implantação dos centros de especialidade odontológica (entrevistado 3).

Ah! Eles vêm implementando os CEOs; é um serviço mais especializado. (Entrevistado 4).

(...) na política local a atenção básica é a porta de entrada no serviço. Então ao fortalecer a estratégia de saúde da família, está fortalecendo a atenção primária e isso é muito importante: fortalece a prevenção, a promoção e a atenção curativa. O grande salto que a gente vê, tanto na quantidade, quanto qualitativamente é o salto da implementação dos centros de especialidade odontológica (entrevistado 9).

Podem-se identificar duas frentes estratégicas para a política municipal de saúde bucal na gestão do secretário Luis Eugênio: o fortalecimento do PSF com a

implantação das ESB, na proporção de 2 ESF para 01 ESB , e a implantação dos CEOs. A PNSB traz no seu texto outras ações estratégicas, que sequer foram apontadas pelos entrevistados ou pelos documentos da instituição. No caso desses últimos, em particular o Plano Municipal de Saúde, apresenta-se inespecífico para a área de saúde bucal, recomendando a implantação da política Brasil Sorridente apenas, somado às ações já ditas anteriormente.

Foi mencionado também, por vários entrevistados, que a gestão da SMS tem priorizado a prevenção e a educação em saúde. Nesse particular, a Secretaria de Saúde procurou manter articulação com outras secretarias do município, a exemplo da Secretaria de Educação e Secretaria de Desenvolvimento Social, para a implementação de ações de saúde bucal do escolar e para o trabalho em abrigo de idosos e transeuntes respectivamente. Esta evidência demonstra o esforço do gestor da Secretaria Municipal de Saúde em estabelecer ações intersecretoriais no âmbito da prefeitura para a implementação do projeto de governo estabelecido para a saúde bucal. Podem ser observados nos trechos:

Olhe o que eu venho sentindo, eu vou dizer assim, na prática, o que a gente tem buscado trabalhar, é a prevenção. (entrevistado 4)

Nós temos alguma relação com a Secretaria Municipal de Educação para esse trabalho de saúde bucal do escolar. Temos também um trabalho, uma parceria bastante estreita com a Secretaria de Desenvolvimento Social com o trabalho em abrigos, de idosos, de transeuntes etc. E finalmente temos uma parceria forte com uma instituição chamada Mais Social, que é uma instituição que faz ações nessa área de desenvolvimento social com crianças, idosos, com grupos de gestantes, e nós desenvolvemos muitas ações em parceria com eles. (entrevistado 7)

(...) nós implantamos atividades educativas em creches municipais, o que até então Salvador só oferecia a idade fundamental, a partir de 7 anos. Então a gente implementou ações educativas e preventivas na idade de 0 a 5 anos (entrevistado 9)

Outra evidência que confirma a inserção da saúde bucal como proposta de governo é a proposta orçamentária. Nesse sentido, o gestor municipal devia cumprir, do ponto de vista orçamentário, a EC 29, cuja proposta para o município é de 15%. Garantiu, inclusive, um aumento de três vezes no orçamento do ano de 2005 para 2006, na área de saúde bucal.

Tanto na gestão de Aldely Rocha quanto na gestão de Luis Eugênio, a saúde bucal foi incorporada como proposta de governo, apresentando-se de forma explícita nos documentos institucionais. No entanto, as propostas apresentadas foram pouco específicas para a área demonstrando certa fragilidade no projeto.

Quadro IV- Síntese das propostas de governo apresentadas pela SMS referentes a gestão de 2002 a 2005 e 2006 a 2009.

Período	Propostas
2002 a 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação das ações de odontologia sanitária para as equipes de PSF; • Redução da incidência de doenças bucais de 5 a 14 anos; • Contratação de odontólogos para a rede SMS.
2006 a 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporação definitiva do atendimento odontológico à rede básica dos serviços de saúde do município; • Eleição da vigilância da Saúde como modelo de atenção para o município; • Organização da rede assistencial em saúde bucal; • Melhoria do acesso da população aos serviços de saúde bucal nas UBS e nas UAO; • Implementação do programa Brasil Sorridente (ampliação da atenção básica com a implementação da ESB na ESF); • Implementação dos CEO

Fonte: PMS 2002-2005 e 2006-2009

5.2.4 Capacidade de Governo na SMS

No que concerne à capacidade de governo, observou-se que a partir de 2005, o gestor municipal da saúde apresentava formação em saúde coletiva, com conhecimento sobre o campo e também sobre a PNSB e, que a equipe de coordenação possui profissionais diversificados, dentre os quais, alguns possuem conhecimento em saúde coletiva e experiência em gestão de outros cargos públicos. Sobre a coordenação de saúde bucal é referido que houve motivação por parte da coordenadora para atuação no município. Os entrevistados assim mencionam:

Na verdade o secretário é um sanitarista, uma pessoa da saúde coletiva, que a gente conhece (...) (entrevistado 1)

Tivemos uma equipe de coordenação muito motivada (...) então eu vejo essas facilidades. A clareza estratégica e também a motivação da equipe. (entrevistado 7)

Por outro lado durante a realização das entrevistas pôde ser observado que alguns gerentes tinham total desconhecimento sobre a Política de Saúde Bucal tanto a nacional, quanto a municipal. Ao serem questionados acerca das ações da referida política, as quais estavam sendo priorizadas pelo município, foi apresentado tal desconhecimento. Assim se observa:

Porque aqui a gente faz um plano de saúde bucal global, tudo. (entrevistado 2)

Olha, aqui no posto, em relação à saúde bucal, (...) eles estão implementando o Humaniza SUS, não só o setor de odontólogos, mas todos os setores. (entrevistado5)

Foi mencionada nas entrevistas a necessidade de estruturação da rede de serviços de saúde bucal do município, para acompanhar as propostas apresentadas pelo governo federal. Nesse caso, a SMS de Salvador tem buscado estratégias que possibilitem ao município a implantação do programa *Brasil Sorridente*, com vistas ao aproveitamento da oportunidade disponibilizada pelo governo federal, no sentido assegurar recursos para a Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, o município atravessa dificuldades para acompanhar as propostas federais. Como diz o entrevistado:

A gente não tem uma agilidade suficiente para estar acompanhando as estratégias que o ministério trilha não é. (...) pra você achar na rede só especialistas, e tal, quer dizer, Brasília solta a solução, mas muitas vezes cria um problema pra gente. Então para correr atrás da oportunidade, a gente tem que adequar, tem que fazer, mas aqui, tem-se feito um esforço. (entrevistado 1)

Para a expansão das ESF, a SMS tem optado pela terceirização da mão de obra. Isto significa que toda a inserção de pessoal para viabilizar a ESF é feita por empresas que prestam serviço a Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto é realizada uma seleção de profissionais, que conta com a participação da coordenadoria de Recursos Humanos do município:

A dificuldade com os recursos humanos é muito grande, a gente está trabalhando com profissionais que a gente tem na rede, o servidor, e para o

PSF são os profissionais terceirizados que são contratados pelas empresas que administram o Programa de Saúde da Família. (entrevistado 3)

A implantação dos CEOs requer a contratação de profissionais de odontologia especializada, dos quais a rede de serviços de saúde bucal do município não dispõe, pois não há histórico de realização de concursos para especialistas no interior da rede de serviços de saúde do município. Aliado a isso, o valor salarial que a SMS oferece não atrai os profissionais dessa categoria. Comenta-se:

Toda inclusão do PSF é feita via parceiros. (...) Nós não temos na rede uma história de concursos feitos para especialista. Para você encontrar um especialista, muitas vezes pelo valor que a prefeitura paga, você não encontra. (entrevistado 1)

Outra questão apontada no discurso dos atores institucionais foi à inexistência de profissionais odontólogos na reserva técnica da prefeitura. Acontece que a Secretaria Municipal de Saúde realizou concurso público para profissionais de saúde em 2002, no entanto nesse concurso não foram disponibilizadas vagas para dentista. O concurso para dentista fora realizado anteriormente, e quando a gestão de Luis Eugênio assumiu não encontrou possibilidade de chamar esses profissionais, pois o prazo do concurso já havia expirado. Um entrevistado afirma:

Em relação aos recursos humanos é que a gente tem uma dificuldade muito grande. Eu estava dizendo que teve um concurso para a prefeitura em 2002, e esse concurso, terminou o prazo dele no começo de 2006, no ano passado, então durante o primeiro ano da nossa gestão a gente conseguiu contratar muitos profissionais desse concurso, mas não tinha profissionais de odontologia, o concurso foi anterior e não tinha mais profissionais, entendeu? (entrevistado 3)

Constata-se a inexistência de plano de cargos, salário e carreiras para os profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Salvador. Esse fato traz implicações para a política de recursos humanos do município, pois devido às baixas remunerações, os profissionais da rede apresentam-se descompromissados com o projeto de governo e buscam outras atividades para complementar o seu salário. Conseqüentemente, você observa profissionais com duplos vínculos, impossibilitados de cumprir a carga horária proposta na ESF, como expressa o trecho:

A gente tem uma dificuldade de na rede ter servidores especialistas para atuarem no CEO, ainda não se estabeleceu uma política de gratificação, mas

isso está sendo analisada aí pela coordenação de recursos humanos, com o plano de cargos e carreiras, possibilidade de um concurso que vai acontecer. (...) condições de alguns profissionais que tem duplo vínculo na secretaria: atende o PSF e têm um outro vínculo que é a SMS. Como é que eles vão cumprir a carga horária? (entrevistado 9)

Os profissionais têm muitas vezes a postura de: “ chego na unidade faço meu serviço e vou embora”. (entrevistado 7)

Percebe-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador apresenta em síntese problemas no que tange à capacidade de governo decorrente da inexistência de uma Política de Recursos Humanos para os profissionais de saúde. Nesse sentido, há profissionais de odontologia inseridos na rede municipal via concurso público e outros inseridos por empresas terceirizadas. No primeiro, caso as remunerações são bem mais baixas que no segundo. No entanto, apesar de mais bem remunerados, os profissionais do PSF não se mostram totalmente implicados no projeto de governo do gestor municipal, apontando diferentes projetos em disputa no que concerne à construção do SUS:

Então nessa questão a gente pode ter um panorama definido, por exemplo: a questão dos profissionais terceirizados eles ganham mais, tem um salário diferenciado, no entanto eles têm assim uma questão política muito forte, um atraso de cinco dias para que seu dinheiro esteja na conta. O salário para mim não seria motivo de suspender o trabalho, que é um trabalho que quem fica prejudicado é a população. São coisas que eu fico sem saber como conduzir, mas isso é uma questão macro, não é só de saúde bucal. (...) (entrevistado9)

Os problemas dos recursos humanos apresentados pelo município de Salvador associam-se à Lei Orgânica da Prefeitura, que não permite a contratação de pessoal por tempo determinado, e também à Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos da prefeitura com folha de pagamento. Isto obriga o município a buscar alternativas para burlar as limitações propostas pela lei. Nota-se:

(...) a dificuldade maior do engessamento da contratação, isso vem todo por conta da lei de responsabilidade fiscal, da atual lei orgânica da prefeitura, que ao meu ver tinha que estar sendo mexida, eu até conversei com um vereador sobre isso, porque na maioria dos municípios você tem contrato por tempo determinado para alguma ação, e aqui você não tem. Quer dizer, a prefeitura fica engessada, aí tem que contratar serviço, que é mais caro, e como você quer crescer a rede sem contratar serviço? (entrevistado1)

O investimento em capacitação técnica para os profissionais de saúde bucal, foi realizado pelos dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde no período estudado. No entanto, sobre isso há contradições nos discursos dos entrevistados; alguns entrevistados mencionam o investimento na formação e qualificação dos profissionais da rede, sobretudo nos dentistas da atenção básica; outros apontam que a prioridade foi a formação inicial e outros afirmam ainda que houve exclusão dos dentistas nas capacitações ofertadas pela SMS. Tais contradições podem ser observadas nas falas:

Tivemos um investimento muito grande também na área de capacitação de pessoal, tanto na área especializada, quanto na própria atenção básica. O investimento na capacitação de dentistas, em especial, foi bastante intenso durante dois anos. (entrevistado 7).

O profissional, em geral o profissional que ingressa na rede, é contratado via pública. (...) passa por um treinamento introdutório. (...) é um treinamento mais global, não é específico para a área de saúde bucal (entrevistado 3).

Os dentistas daqui fazem uma capacitação por fora, eles são atualizados, antenados. (...) os dentistas foram excluídos de umas capacitações que teve. Realmente tem coisas que a gente só chama o médico e o enfermeiro, mas o dentista pode estar também, já que a equipe é multidisciplinar. (...) e ele buscou isso por fora, estão fazendo a capacitação. (...) não tenho do que me queixar com relação a eles, mas com relação com que o sistema oferece, não oferece praticamente nada para os dentistas. (entrevistado 4).

Foi mencionado por alguns entrevistados que a coordenação de saúde bucal sabia identificar exatamente as fontes de recursos e suas formas de aplicação, sendo este um elemento importante na manutenção das ações nos momentos de maior crise.

(...) a técnica responsável do programa, controlou bem essa questão financeira, dos recursos que vinham do ministério da saúde, o nível de investimento que você tinha do município, então isso pode ajudar, como ajudou, porque mesmo em uma época de crise geral você ainda consegue manter alguns serviços e implantar outros, então isso é interessante. (Entrevistado 8)

Apesar de o gestor da Secretaria de Saúde e parte da sua equipe terem formação e preparo para exercer a gestão da SMS, os problemas referentes aos recursos humanos se constituíram no principal obstáculo, no que concerne à capacidade de governo para a implementação da política municipal de saúde bucal.

Quadro V – Síntese dos principais fatos referentes à capacidade de governo

Capacidade de Governo no âmbito da SMS
<ul style="list-style-type: none">• Secretário de saúde com formação em saúde coletiva;• Parte da equipe de coordenação com formação em saúde coletiva e com experiência em gestão pública;• Coordenação de saúde bucal motivada;• Parte da equipe de gestão com total desconhecimento acerca da PNSB;• Insuficiência de odontólogos na rede da SMS;• Ausência de especialistas na rede da SMS;• Inserção de pessoal na ESF via terceirização;• Baixos salários ofertados pela SMS aos servidores concursados;• Inexistência de planos de cargos, salários e carreiras;• Múltiplas formas de inserção de pessoal: concurso público e terceirizados;• Impossibilidade de contratação de pessoal por tempo determinado devido a Lei Orgânica da prefeitura;• Limitação de gastos com contratação de pessoal devido a Lei de Responsabilidade Fiscal.

5.2.6 Governabilidade na SMS

Para implementar os projetos apresentados pela SMS, o secretário de saúde dialoga tanto com o gestor do executivo municipal quanto com a equipe de dirigentes e técnicos da referida secretaria, dentre outros atores.

Na sua relação com o prefeito, observou-se pouco apoio por parte deste. A Secretaria Municipal de Saúde, em 2007, iniciou o ano com um déficit de R\$ 60.000.000,00 de restos a pagar, demonstrando que a prefeitura tinha outras prioridades que não a saúde no município. Ademais, a Secretaria Municipal de Saúde não possuía autonomia financeira sobre os recursos destinados à saúde, e a falta da gerência desses recursos deixa margem para que outros atores que não são da secretaria de saúde definam as prioridades de pagamento, que obviamente podem não ser as mesmas que a secretaria de saúde determina. Tais definições ficam nas mãos da Secretaria da Fazenda, o que acarreta prejuízos para as políticas de saúde como um todo, inclusive para a saúde bucal. Nesse particular, observa-se

que apesar do orçamento, ter sido elaborado de acordo com a EC 29, ou seja, nos 15%, há relatos de que esse recurso não foi efetivamente disponibilizado para a Secretaria de Saúde. Observa-se, portanto, que a SMS possui grau de liberdade reduzido na sua relação com a prefeitura, com grandes prejuízos para as políticas de saúde e, por conseguinte, para as políticas de saúde bucal do município. Sobre essa questão os entrevistados comentam:

(...) entramos 2007 com 60 milhões de restos a pagar, ou seja de um orçamento de 160 que nós tivemos em 2006, 100 foram pagos e 60 não foram pagos. Então isso demonstra que na prática, efetivamente, houve outras prioridades na prefeitura que não foram a saúde. Como é que deixa sem pagar 60 milhões? Isso desestrutura qualquer tipo de serviço. E olha que esses 160 milhões correspondiam, ao mínimo, aos 15% (...)

Infelizmente a Secretaria de Saúde não teve esses 15% garantidos do ponto de vista do pagamento. Teve a garantia do ponto de vista orçamentário, os recursos foram empenhados, mas não foram efetivamente pagos, porque também quem faz o pagamento não é a Secretaria de Saúde, isso é centralizado na Fazenda. Enfim tivemos dificuldades financeiras, que como eu falei, extrapolam a competência da Secretaria de Saúde, mas com enormes prejuízos para a implantação da política municipal de saúde bucal, em particular o eixo atenção básica (entrevistado 7)

Quem administra a verba ainda é o tesouro municipal. Ao meu ver isso toma da gente a liberdade de estar arbitrando essa utilização. Porque se nós tivéssemos esses 15% conosco, você tem o todo e diz: vou priorizar isso, isso e isso. Muitas vezes a prioridade lá do Palácio Municipal não é a nossa aqui. (...) a gente fez a vontade do gestor e basta que o fornecedor não receba da fonte da prefeitura para que ele tenha medo de fornecer no próximo mês. (entrevistado 1)

Atores institucionais relataram pouca adesão do prefeito aos projetos apresentados pelo secretário de saúde, apesar da utilização dos projetos da saúde como “slogan” para promover a sua gestão. Nesse particular, o prefeito de Salvador se colocou na mídia contra as decisões da própria Secretaria de Saúde:

(...) então quando você vê, por exemplo, hoje saiu no jornal o prefeito dizendo aos prestadores de serviço de saúde, de ortopedia, que ia devolver os 25% que foram cortados, cortados por quê? Porque era superfaturamento, porque era fraude, era roubo, não sei que, dizendo que você vai devolver? Você tá botando fim a essa gestão da Secretaria de Saúde, não dá pro mesmo grupo continuar, porque esse gestor municipal é o principal opositor, por exemplo, e agora se aproximando das eleições municipais no ano que vem ele quer se reeleger, é o principal opositor de uma proposta. (entrevistado 8).

A saúde bucal dentro da política de saúde da SMS como um todo, constituía-se em elemento de barganha com a prefeitura, já que o Brasil Sorridente se encontra na mídia como expressão da política de saúde do governo federal. Ainda assim, esta

não obteve força suficiente para garantir de forma efetiva a manutenção do serviço na rede:

(...) como é uma política nacional, e tem essa visibilidade, na mídia e tal, então isso ajuda isso de certa forma ajuda a Secretaria de Saúde, dentro da barganha com a prefeitura de conseguir recursos, pelo menos manter os recursos dessa área, poucos, mas manter, então isso é visto como uma facilidade (entrevistado 8).

No ano de 2005, quando ocorreu a mudança das forças políticas que controlavam a prefeitura há algum tempo, a equipe de dirigentes que assumiu conseguiu melhorar o salário dos profissionais do PSF, sobretudo dos médicos, viabilizando o restabelecimento de várias equipes que estavam sem profissionais. Em 2006, surgiu uma crise financeira na prefeitura, acarretando atrasos nos pagamentos ou pagamentos parciais dos prestadores de serviços, fornecedores de material ou empresas de manutenção, comprometendo os serviços de saúde como um todo, particularmente os serviços de saúde bucal, já que o processo de trabalho em odontologia é dependente de equipamentos e insumos. Sobre isso fala-se :

(...) nós começamos bem, conseguimos no início de 2005 melhorar bastante o salário de todos os profissionais do PSF, porque os salários , porque os salários baixos do ponto de vista dos médicos em particular, nós tínhamos mais de 20 equipes sem médico. Com a melhoria salarial a gente conseguiu completar todas as equipes, e começamos um processo de expansão do PSF. Só que isso foi progredindo bem em 2005, mas a partir de maio de 2006, a situação financeira da prefeitura se deteriorou muito, então o pagamento a todos os prestadores de serviço, fornecedores de materiais, ou empresas de manutenção etc. da Secretaria de Saúde e da prefeitura de modo geral começaram a sofrer com atrasos ou repasses parciais, o que comprometeu muito. A saúde bucal é muito dependente da manutenção de equipamentos, então nós tivemos a primeira dificuldade de pagamento com empresa de manutenção de (...) começamos a ter dificuldade de equipamentos quebrados e ficarem dois, três meses quebrados, como a partir de determinado momento começamos a ter dificuldade na área de insumos caros, e por conta dessa dificuldade financeira, embora eu precise ressaltar que deveu-se a um problema externo à secretaria. (entrevistado 7)

A ausência de autonomia financeira impedia que a Secretaria de Saúde pudesse em caso de necessidade negociar seus contratos, criando inclusive situações que inviabilizavam a sustentabilidade das ações e projetos em andamento no interior da secretaria, inclusive a saúde bucal, e deixando a SMS refém dos fornecedores.

(...) não tem autonomia financeira, e boa parte dos problemas é isso, se você tem autonomia financeira, inclusive com os fornecedores, você podia estar negociando, tá entendendo, não precisava estar os valores superfaturados, que por exemplo, fornecedor, vai entrar solicitação da prefeitura, como eles levam seis meses pra receber colocam o preço lá em cima, e fica como um

cartel quase, todo mundo com aqueles preços, aí o serviço publico fica refém dos fornecedores,(entrevistado 8)

No plano interno, as entrevistas realizadas demonstram adesão da equipe de coordenação ao projeto de governo do gestor da SMS, tanto do nível central quanto do nível distrital, representando boa governabilidade do secretário de saúde quando observado a sua relação com a equipe de dirigentes da própria SMS. De forma consensual as entrevistas apontam para a vontade política do secretário de saúde reforçando essa adesão.

A governabilidade adquirida apresentou-se comprometida desde o ano de 2006, decorrente dos problemas financeiros apresentados anteriormente. Ocorre que o repasse com atraso dos recursos para o pagamento dos profissionais das ESF, acarretou em constantes paralisações dos serviços de saúde prestados por eles. Assim, o referido ano foi mediado por greves e manifestações que criaram uma situação de instabilidade política no âmbito da SMS. Assim manifestam-se os entrevistados:

O SINDSAUDE está numa assembléia com os profissionais de saúde da família e provavelmente decretarão greve hoje porque, qual é a reivindicação, e assim o ticket, vale transporte, vale refeição tem que sair no dia primeiro, e aí não foi entregue ainda, o recurso só foi repassado na sexta-feira, a empresa já está providenciando, mas entre comprar e distribuir demora uns três, quatro dias. (...) nunca passou muito tempo (...) a partir de, sei lá, três quatro dias, eles iniciam um movimento paralista, grevista. (entrevistado 3)

(...) aqui em Salvador todo PSF é terceirizado (...) o atraso de pagamento a essa empresa terceirizada acabou levando um atraso de salário. Então nós tivemos o ano de 2006, o ano praticamente todo com todo mês manifestações, paralisações, aí pára uma semana dez dias (...) isso teve um efeito prejudicial enorme, isso desestrutura a equipe. (entrevistado 7).

Acrescentam-se a esta instabilidade política divergências ideológicas acerca dos projetos de saúde bucal no interior da Secretaria Municipal de Saúde. Por um lado, você encontra profissionais da ESF que colocam seus interesses particulares em detrimento da construção do SUS; por outro, observam-se os profissionais da rede municipal, que entraram via concurso público e que demonstram maior compromisso na construção do Sistema. Um entrevistado cita:

(...) a questão dos profissionais terceirizados eles ganham mais, tem um salário diferenciado, no entanto eles têm assim uma questão política muito forte, um atraso de cinco dias para que seu dinheiro esteja na conta o salário para mim não seria motivo de suspender o trabalho, que é um trabalho que quem fica prejudicado é a população (...) Outra questão é que os nossos

profissionais dos nossos postinhos básicos tradicionais são os servidores que ganham um salário muito menor do que esses terceirizados. (...) Aí você imagina e tem ainda profissionais que têm duplo vínculo, como você vai gerenciar e ter uma motivação com essas discrepâncias. (...) agora é difícil você dizer que todos estão motivados, que todos têm o mesmo empenho, a mesma visão porque perpassa pela questão da cidadania da educação familiar, do comprometimento com o SUS, muito deles não sabem nem o papel deles diante do SUS; pra mim não é o fator financeiro que influencia nisso porque se fosse, os terceirizados que ganham mais teriam então um comportamento diferenciado, no entanto a gente vê que os outros profissionais que estão nos postos tradicionais às vezes nos surpreendem com tantas atitudes. (entrevistado 9)

(...) o nível e o compromisso de alguns profissionais, que isso sempre vai ter e que consegue manter, o serviço funcionando com precariedade ou não, mas você tem profissionais envolvidos ideologicamente com essa política, que acreditam que estão fazendo, que é uma obrigação deles estar fazendo um serviço de qualidade, então isso facilita, isso é um facilitador (...) mas também tem aqueles que querem as condições ótimas de temperatura e pressão (...) essa área de odontologia é uma área super elitizada, onde você tem também o ideal, as condições ideais, normais de temperatura, e pressão, então você precisa ter tais aparelhos e uma coisa que eu já tinha observado no critério de compra, entendeu?(...) mas tem muita gente que tá aí mesmo, usando e não entende, que se falta uma luva, que é importante, claro, pra usar, mas se falta uma luva já divulga para a população, “ah você não vai atender porque aqui é um descaso geral, a prefeitura não está nem aí pra você”, aquela coisa toda, e que o profissional pode contribuir de uma forma negativa. (entrevistado 8)

A linha estratégica da atenção básica, relacionada à expansão das ESB no PSF, mostrou-se bastante comprometida face aos problemas financeiros apresentados. Em que pese o apoio do Ministério da Saúde favorecendo a implantação das ESF, a contrapartida da prefeitura no que diz respeito a manter o serviço em funcionamento não vinha ocorrendo, comprometendo a política de saúde bucal no município. Observa-se no trecho:

Olha, vem um incentivo para que você, por exemplo, da ação de saúde bucal básica de saúde, crie o PSF, o ministério apóia no início. Você sabe que toda ação de saúde bucal normalmente curativa ela é cara. Ela exige um investimento de fundo da prefeitura muito grande, é a manutenção de equipamentos. (...) você tem um incentivo para implantar, mas ele demanda um gasto de material, mas isso é contrapartida da prefeitura, a prefeitura tem que absorver tudo (entrevistado 1)

No nível distrital, a coordenação do distrito apresenta autonomia para poder reestruturar as equipes ou redesenhar o perfil dentro da proposta apresentada. O que se observa no DS, assim como no nível central da SMS, é a pouca autonomia financeira, com incapacidade de conduzir o processo neste nível, criando situação

de dependência do nível central, tal como ocorre na relação da SMS com a prefeitura de Salvador.

Na verdade a gente não tem autonomia financeira, o que é disponibilizado para o distrito é um adiantamento financeiro de R\$ 800,00 reais para pequenas despesas e que a gente só recebeu um durante o ano de 2006. A gente pode comprar, adquirir insumos que estão em déficit no almoxarifado central. Então, mediante a RM que é a requisição de material com código 02 (...) só existem algumas limitações do uso desses recursos, que não pode ser exclusivo para um único item, não pode ultrapassar o valor diário de R\$ 150,00 , e na verdade ajuda mas não supre a nossa necessidade. (entrevistado 6) .

A coordenação de saúde bucal, face ao limitado orçamento encontrado para a área no ano de 2004, e pensando em expandir a política de saúde bucal no município, montou uma estratégia para dar visibilidade ao trabalho da coordenação. Nesse sentido, houve a mobilização dos profissionais da rede, e por meio das unidades móveis a equipe partiu para os bairros para prestar assistência odontológica à população. A estratégia utilizada foi capaz de mudar a situação e o orçamento que foi ampliado em três vezes no ano seguinte. Assim observa-se:

(...) no ano de 2005 a gente tinha ainda o orçamento do plano plurianual de 2004 e que a gente procurou demonstrar em 2005 que não tinha cabimento um percentual que não daria para a gente estar alavancando o serviço. Com essa fundamentação orçamentária, houve e também não nego a você, a gente procurou dar publicidade as questões que estavam sendo realizadas em 2005. Um orçamento pequeno e que a gente se viu diante de tamanha dificuldade de 80% das unidades básicas inoperantes, unidades móveis na garagem, uma dificuldade de se ampliar a ESF e uma possibilidade de se implantar os centros de especialidades odontológicas, quando se olhava a adequação física você também tinha essa dificuldade (...) Enfim com um panorama desses de muita dificuldade a gente pensou o que nós vamos mostrar para a cidade de Salvador, como nos vamos sensibilizar os gestores para que olhe a saúde bucal para que se reverta essa condição, (...) que dizer estamos aqui e queremos fazer algo, somos apaixonados pelo que nós fazemos e enfim somos um grupo comprometido, profissionais que é tido como categoria que depois dos aviadores, é a categoria que tem a profissão mais estressante, mas que , porém, quando ele é solicitado ou é convocado para qualquer tipo de atividade ele se mostra disponível. Então, aí nós convocamos os colegas (...) e partimos para os bairros com unidades móveis, com escovódromo e demos publicidade, chamamos atenção. Exatamente isso foi uma estratégia não sei se foi correta acho que deu algum resultado, mas foi a estratégia que utilizamos. Ao chamar atenção, o nosso orçamento de 2006 a 2009 aí houve um acréscimo de 3 vezes mais , triplicou (Entrevistado 9).

Cabe destacar iniciativas tomadas pela área técnica de saúde bucal, no sentido de aumentar a articulação entre as coordenações da própria secretaria. Para tanto, ocorreu a articulação com a coordenação de atenção básica, em momentos

estratégicos, a exemplo da campanha de vacinação do idoso. Essa iniciativa pode ser visualizada no trecho:

(...) a gente procura acompanhar, e a gente fica preocupado, implantou uma equipe nova, e aí a gente vai lá parte ao encontro desses dentistas, conversamos sobre o PSF e de certa forma agente dá uma capacitação e procuramos motivá-los no sentido, vocês fazem parte da saúde da família, depende de vocês a atuação. (...) na última campanha de vacinação do idoso que a gente participou, pra você ver com todas essas dificuldades que eu falei anteriormente dos recursos humanos, o profissional dentista, apesar de ser corporativista, é uma classe que a gente não vê, não são tão unidos, mas agente com telefonemas, a comunicação foi via telefone, a gente motivou e convocou para que todo dentista participasse desse momento da campanha da vacina como: Na sala de espera tem os idosos, a questão do câncer bucal é nessa faixa etária e em Salvador houve 209 casos em 2006 e visualizar a integralidade da saúde (Entrevistado 9)

A coordenação de saúde bucal, aliou-se aos profissionais de nível médio para implementar os projetos de saúde bucal, dando inclusive cargos em comissões gerenciais, respaldada, no argumento de que profissionais de nível médio cumprem a carga horária proposta e os de nível superior não o fazem. Nesse particular, observa-se que nos momentos de maior crise financeira da SMS, conseguiu-se o mínimo de cooperação entre os profissionais e manter algum serviço funcionando.

(...) a valorização dos servidores do nível médio, encontros, até a própria atitude dela com a equipe e tal, conseguiu mobilizar, tanto que mesmo em algumas situações assim, quando você chegou em um estágio assim crítico, aonde você não tinha nenhum recurso para investir, tava devendo aos fornecedores, você conseguia que algumas unidades, pegando emprestado daqui, dali, acolá, ainda mantivesse o mínimo de atendimento, muito assim pelo esforço dos profissionais, pela mobilização dos profissionais (entrevistado 8).

Porque a gente encontrou aqui o nível médio, como se fosse assim o nível médio não se dá ouvidos e aí a gente fez como a gente resgatou essa auto-estima do nível médio. (...) as questões gerenciais agente envolve sempre o nível médio, por exemplo, no CEO não existe um coordenador no CEO, existe uma comissão gerencial é o nível médio e o dentista, aí eu confesso o dentista que muitas vezes que tem o cargo de 40 horas ele não cumpre e é o nível médio quando você dá a oportunidade de aumentar o seu salário com um cargo gerencial de 200,00 ou 300,00 reais para estar numa comissão gerencial ele cumpre. (entrevistado 9)

Notoriamente, o secretário de Saúde apresentou pouca governabilidade para implementar as políticas de saúde no município, tanto no âmbito externo que compreende a sua relação com a Prefeitura Municipal de Salvador como no âmbito interno, apesar da adesão da equipe gestora ao projeto apresentado por ele. No que tange à coordenação de Saúde bucal, esta foi capaz de produzir fatos que mudaram a situação a favor da Política de Saúde Bucal do Município.

Quadro V I– Síntese dos principais fatos referentes à governabilidade

Governabilidade no âmbito da SMS	
Externa	<ul style="list-style-type: none">• Deficit de R\$ 60.000,00 de restos à pagar;• Ausência de autonomia financeira da SMS;• Não cumprimento da EC 29 do ponto de vista da execução orçamentária.
Interna	<ul style="list-style-type: none">• Melhorias salariais para os profissionais da SMS;• Atraso no pagamento ou pagamentos parciais dos fornecedores e prestadores de serviço devido à crise financeira da prefeitura;• Movimento grevista e paradista dos profissionais do PSF;• Impossibilidade de negociação dos contratos pela falta da garantia de pagamento;• Autonomia dos distritos para organização das ações no nível distrital;• Limitada autonomia financeira do distrito sanitário.

5.2.7 Organização do Trabalho na SMS de Salvador

A implementação das ações de saúde bucal no município de Salvador são de responsabilidade da Coordenadoria de Atenção e Promoção da Saúde. Esta instância faz a interlocução com o Secretário de Saúde, com as demais coordenadorias da SMS e com os DS. Tem o compromisso de fortalecer o DS, viabilizando as necessidades dele, tanto materiais quanto humanos, com vistas à viabilização das ações de saúde que ocorrem no distrito e, com isso aumentando a integração entre o nível central e o DS.

A COAPS comporta todas as áreas finalísticas no que se refere aos serviços de saúde no município, incluindo os serviços de saúde bucal. Essa coordenação, inicialmente havia sido incorporada para coordenar as ações de saúde bucal de nível mais especializado, concernentes aos CEOS e posteriormente por solicitação da própria COAPS, absorveu todos os níveis de atenção.

A área técnica de Saúde bucal é composta no nível central de apenas três dentistas sendo uma coordenação com disponibilidade para tempo integral e as outras duas técnicas com meio turno de trabalho, que viabilizam a realização das ações de saúde bucal na unidade de produção dos serviços, nas unidades básicas de saúde representadas pelos postos tradicionais, unidades de saúde da família (USF),

unidades de urgência(UAO) e nos centros de especialidades odontológicas(CEO). Houve referência pelos atores, que no nível central para melhor organizar o trabalho de planejamento e implementação da política municipal de saúde bucal, seria necessário na equipe desse nível um dentista com formação em epidemiologia. Essa equipe tem como responsabilidade verificar as condições locais para implantação dos serviços de saúde bucal, propiciar o funcionamento dos consultórios, informar a programação prevista, os parâmetros quantitativos, e depois acompanhar os serviços. Assim se observa na fala:

Para operacionalizar a rotina, essa rotina o que é que a gente faz: tem um agendamento, a equipe de nível central está mínima sou eu quarenta horas, e outra colega 20 horas, eu acho que até bastaria mais um dentista no nível central e que fosse um dentista da área de epidemiologia. (entrevistado 9)

A coordenação de Saúde Bucal relaciona-se no nível local com os DS, através dos dentistas distritais que são odontólogos e integram a equipe do DS. A coordenação de saúde bucal possui a responsabilidade de planejamento e avaliação da política de saúde bucal no município, enquanto os dentistas distritais se comprometem com a implementação dessa política no DS e a supervisão das ações nesse âmbito. Nesse particular, o município de Salvador apresenta alguns distritos com ausência desse ator o que compromete as ações de saúde bucal no município. Em alguns casos ocorre uma comunicação efetiva entre o dentista distrital e a coordenação de nível central, e nesses casos, o supervisor distrital se responsabiliza pela parte técnica, propicia a questão administrativa; levando o suprimento necessário para o funcionamento da unidade; identifica os insumos que se encontram em déficit; regulariza o suprimento necessário e realiza visitas às unidades; permitindo o bom funcionamento da rotina de trabalho no nível local. Os trechos abaixo mostram:

(...) a gente procurou fortalecer a idéia de um acompanhamento distrital. A gente tem uma melhor produção dos serviços e uma facilidade da política ser implantada. Mas tem certos distritos que por certos motivos ou porque o dentista foi chamado para atuar em outro programa para ganhar mais ou enfim desistiu de ser dentista distrital ficou descoberto e, como a gente tem um déficit de numero de recursos humanos, a gente recomenda que seja substituído, mas não tem oferta, não tem quem vá substituí-lo então alguns distritos não estão contando mais com esses dentistas distritais. (entrevistado9).

O Secretário de Saúde mantinha agenda de despacho individual com as coordenadorias da SMS. Agrega técnicos estratégicos quando necessário e,

informalmente, conversa com responsáveis de área quando uma demanda se apresenta. Foi mencionado pelo secretário que, devido aos problemas financeiros apresentados pela SMS, os momentos de despacho com as coordenações de áreas finalísticas tem se reduzido; com as coordenações administrativas e com a coordenação do fundo municipal de Saúde tem aumentado. Há ainda referência a conversas informais entre o secretário de saúde e áreas técnicas da SMS, inclusive com visitas às unidades de serviços de saúde e escuta à comunidade assistida.

A SMS realiza reuniões colegiadas quinzenais com todas as coordenadorias da secretaria municipal de Saúde, liderada pela ASTEC, às segundas feiras, com a participação inclusive do Secretário de Saúde sempre que possível. Essas reuniões discutem os problemas gerais da secretaria e não exclusivamente da COAPS e da saúde bucal. Na outra quinzena, agenda-se reunião com os coordenadores dos distritos sanitários, onde a ASTEC estabelece uma agenda que eventualmente pode constar os problemas de saúde bucal. Os problemas constatados são desdobrados pela COAPS para as coordenações responsáveis nas devidas áreas estratégicas. No que tange a essas formas de organização do trabalho, no âmbito da SMS, os entrevistados dizem:

(...) a gente tem reuniões de coordenação semana sim semana não. Duas semanas por mês a gente tem reuniões das coordenações de nível central e duas semanas as coordenações de nível central com todas as coordenações distritais, então é sempre na segunda-feira. É coordenada pela assessoria técnica, a ASTEC, aí tem uma agenda, uma pauta, que é feita para essas reuniões. O secretário quando pode participa também. (entrevistado 3).

Nós temos reunião com o colegiado, quinzenais e nas outras quinze com o distrito. (...) Não basta que uma ação esteja acontecendo, tem que ser pautada e discutida, não é? (entrevistado 1).

È o seguinte, como a coordenação de saúde bucal está dentro da assistência do município, então nós da coordenação do distrito falamos com a coordenadora da COAPS, que é a Coordenação de Assistência e Promoção da Saúde do município. Dentro dessa coordenação tem a coordenação de saúde bucal e a coordenação do PACS/PSF e demais ações (...) então assim a gente se reporta à coordenadora da COAPS, e internamente ela deve distribuir as demandas. (entrevistado 6).

A ASTEC, além de pautar as discussões para os colegiados de gestão, reponsabilizando-se pela parte intersetorial. Funciona como uma assessoria de planejamento, monitoramento e avaliação, chegando a fazer este trabalho no nível distrital sem, contudo, avançar no nível de unidades de saúde. Nesse sentido, a

ASTEC auxilia o distrito inclusive na programação para organizar o serviço. Foi referido por entrevistados que as discussões deveriam ser desdobradas no interior das coordenações, que no caso da saúde bucal seria dentro da COAPS para pensar o planejamento da política no município. No entanto a ASTEC desconhece como a coordenação vem construindo a política:

Toda essa parte de relação inter-setorial da Secretaria Municipal de Saúde com as outras secretarias dentro da prefeitura, representação às vezes do próprio gabinete, secretário, preparar material dele, apresentações e tudo (...) com a entrada dessa nova equipe a preocupação foi estar requalificando um pouco e ampliando as atribuições dessa ASTEC. Então acaba ficando, até na nossa nova proposta de organograma, como assessoria de planejamento e gestão. (...) o componente interessante dessa ASTEC é o monitoramento da gestão (...) que a gente faz a nível distrital, não chega à unidade de saúde, mas os distritos sanitários (...) nós organizamos os colegiados de gestão, então foi uma criação de 2005 pra cá, (...) Estão as programações, além da programação anual, nós fazemos programação com os distritos sanitários, pra pensar a organização dos serviços (...) Então o que é que a ASTEC propõe: ela pauta a reunião, traz alguns convidados quando é necessário (...) Então a Política Nacional de Saúde Bucal por exemplo, ela já foi pautada nessas reuniões de colegiado com apresentação assim de qual eram as diretrizes, qual era a idéia, mas o nível de discussão ficou muito... como eu posso dizer... ficou muito superficial, não pensa o planejamento dessa política no município. Isso a ASTEC tem uma limitação, porque ela tá lá ajudando as equipes, dando um suporte pras equipes estarem amadurecendo isso, mas tem um papel que a gente não pode passar por cima que é da própria coordenação de assistência e promoção à saúde que tem que estar discutindo isso, né? (...) A discussão nós pautamos, foi apresentada a política, agora o restante do acompanhamento mesmo a gente não teve pernas, porque aí ia requerer que a gente estivesse mais dentro dessa coordenação para ver como é que está construindo. (entrevistado 8)

Quanto a área odontológica específica, os problemas, quer seja de saúde bucal da população quer seja dos serviços de saúde bucal, são tratados pela coordenação de saúde bucal e pelos respectivos dentistas distritais em encontro mensal, sem o envolvimento da coordenação do DS. Considerando que o dentista distrital faz parte da equipe do distrito, isso não seria tão problemático se todos os distritos possuísem dentista distrital, o que não é o caso. Nos distritos que não possuem dentista distrital, estes são substituídos por profissionais da área técnica odontológica ou mesmo administrativa. Em 2005, houve a tentativa de envolvimento de toda a comunidade odontológica nessas reuniões, no entanto a pouca produtividade dessas reuniões levou a coordenação de saúde bucal a repensá-las e estabelecer reuniões menores, entendendo a necessidade de que elas trouxessem maiores contribuições para a política de saúde bucal no município e ficassem menos nos problemas de pouca magnitude. Há ainda a manutenção de comunicação

informal entre a coordenação de Saúde bucal e o dentista distrital, que se estabelece sempre que uma necessidade se apresenta. Sobre esse ponto comenta-se:

Em 2005 eu cheguei querendo fazer grandes reuniões acabou fazendo algumas; mas as grandes reuniões focalizam naquela coisa está faltando a broca ou a turbina está quebrada e se deixa de pensar possibilidades, sugestões. Então eu comecei a fazer pequenas reuniões principalmente com os representantes do distrito e alguns setores da área de odontologia pra isso (entrevistado 9).

(...) a reunião específica de odontologia quem faz é a coordenação de saúde bucal (...) é ela quem centraliza essas reuniões (entrevistado 6) .

Nos distritos realizam-se reuniões mensais ou reuniões de Comissão Executiva dos Distritos Sanitários com gerentes de unidade para discutir os problemas distritais, denominadas comissão executiva dos distritos sanitários, aberta a todos os problemas do DS, não especificamente de saúde bucal. Um entrevistado comenta:

(...) mensalmente nós fazemos reuniões de CEDS,(...). Nessas reuniões é aberto a todos os problemas, não é específico para odontologia. (entrevistado 6)

Nas unidades de saúde, sobretudo nas unidades de saúde da família, ocorrem reuniões semanais envolvendo toda a equipe de saúde da família, inclusive a equipe de saúde bucal, incorporada como rotina na unidade, para tratar dos problemas específicos da unidade e discutir possibilidades para o trabalho da equipe. Desta forma observa-se que no nível local, a gerência da USF tem tentado incorporar o trabalho em equipe como forma de organizar o trabalho nas unidades. Assim descreve o entrevistado:

A reunião é semanal. Então toda semana tem reunião de equipe, onde ali é discutido vários casos, vários problemas, então assim não se restringe, o dentista não está ali pra escutar o caso da saúde bucal, ele participa de tudo. (entrevistado 4) .

Foi identificada nas entrevistas realizadas a falta de diálogo entre as coordenações do nível central e também entre estas e o DS, ainda que a gestão do secretário Luis Eugênio de Souza tenha feito um esforço para implantar uma gestão colegiada. No que concerne ao primeiro caso, os atores afirmam que a coordenação do PACS/PSF e a coordenação de saúde bucal trabalham de forma independente como se o

dentista da ESF não fosse parte da equipe. Sobre essa questão observa-se o trecho:

É como se fosse assim à caixinha do PSF. Essa caixinha do PSF, as áreas técnicas que estão envolvidas na atenção básica é como se não estivesse. É como se fosse assim, saúde bucal é para o posto tradicional, é para o CEO. (entrevistado 9)

Nesse particular, a ASTEC aparece como órgão estratégico dentro da secretaria visando melhorar a comunicação no interior dela e esclarecer possíveis deturpações na circulação das informações. Sobre este ponto um entrevistado cita:

O nível de comunicação interna da secretaria, interna que eu falo os coordenadores e seus técnicos, até chegar ao nível local é muito precário, (...) daí a ASTEC ter chegado até ao nível do distrito sanitário, que era uma tentativa de quebrar uma parede, um cerco, onde as informações circulavam apenas no nível da secretaria, e quem tava no distrito, quem dirá na unidade de saúde, não sabia nem porque de repente faltou uma luva naquela unidade, não sabia nem o porquê, qual o problema, aí pensava que era desvio de dinheiro, que é roubo, que é não sei quem que está se dando bem, então assim, esse problema de comunicação atrapalha a implantação de qualquer política (entrevistado 8).

Por outro lado houve referência de que a coordenação de saúde bucal buscou estratégias para romper com esse hiato estabelecido nas coordenações de nível central procurando uma maior integração entre as áreas estratégicas. Nesse sentido, se articulou para implementar a campanha do idoso, elaborou o manual de saúde bucal na ESF no esforço de demonstrar o papel da ESB na ESF, a fim de promover maior integração entre as áreas. Assim se observa:

A gente vem rompendo essa barreira pra dizer que se tem ESB na ESF tem responsabilidade e tem que ser vista pelo técnico de saúde bucal. Então foi pensando exatamente nisso que nós tomamos essa iniciativa de elaborar o manual de saúde bucal no PSF, porque a gente via que o PSF tem uma estrutura e que deveria ter esse maior entrosamento (...) e a gente procura acompanhar, fica preocupado, implantou uma nova equipe, e aí a gente vai lá parte ao encontro desses dentistas, conversamos sobre o PSF e de certa forma damos uma capacitação e procuramos motivá-lo no sentido: vocês fazem parte da saúde da família, depende de vocês a atuação. (...) isso aconteceu na ultima campanha do idoso, a questão do câncer bucal é nessa faixa etária (...) a comunicação foi feita via telefone, a gente motivou e convocou para que todo dentista participasse desse momento da campanha da vacina, como: Na sala de espera tem os idosos, então nesse momento que tem os idosos reunidos para ser vacinado o dentista da família também tem que ir lá falar de câncer de boca e se mostrar disponível para o caso. (entrevistado 9).

Foi referido por entrevistados que dentro da própria COAPS, as áreas técnicas não conversam no sentido de otimizar as ações da própria coordenadoria, não se restringindo este processo à coordenação do PACS/ PSF e coordenação de saúde bucal. Nesse sentido cada um planeja suas ações sem o conhecimento do outro e também sem analisar a situação de saúde da população, trazendo prejuízos para a política do município, inclusive para a política de saúde bucal:

(...) o problema é o processo de trabalho, na minha opinião, da própria secretaria e das coordenações, você pode pautar, definir até como Slogan da Secretaria Municipal de Saúde, agora se isso efetivamente é concretizado no planejamento das coordenações (..) agora, pra você priorizar, você tem que ter critérios, e eu acredito que os critérios é a partir da análise da situação de saúde (...) Se você vir o quadro dos agravos, das doenças, e o próprio quadro de necessidades de saúde que a população de Salvador tem, você vê por exemplo (...) no próprio plano apareceu (...) a cárie dentária apareceu, né? como cárie tá lá registrado, apareceu também o problema no que diz respeito aos serviços, foi uma unanimidade das 12 oficinas de distrito, o que nós fizemos, antes da elaboração do plano, pra construir a programação (...), no entanto, na COAPS, na hora que senta lá para organizar, você tem vários programinhas, e vários programinhas que são tratados com o mesmo peso, então eu já acho um equívoco essa lógica desses programas verticais, quero dar uma lógica concreta, e ainda por cima em vez de somar esforços, você divide esforços, porque você não faz uma supervisão única, coordenada, cada um vai ver seu pedaço, e aí nesse cada um ver seu pedaço, cada um fica brigando pelo recurso que tem. (entrevistado 8)

Foram mencionadas por entrevistados dificuldades por parte da coordenadoria de recursos humanos em identificar onde os profissionais estão lotados, pois muitas vezes não é informado pela coordenação de saúde bucal. Desta forma, a desarticulação entre as coordenações de nível central não se limita à coordenação de saúde bucal e a coordenação do PACS/PSF. A coordenação de saúde bucal reproduz, na prática, a mesma forma de organizar o trabalho para fins da implementação da política de saúde bucal. Um entrevistado assim diz:

A coordenação de odontologia da secretaria é extramente entusiasmada com o programa, (...) às vezes atropela demais a gente. Aqui nos recursos humanos eu vivo dizendo que ela não informa onde estão lotados os profissionais. Eu fico assim chamando a atenção dela, mas eu acho que é a vontade de agilizar as coisa. (entrevistado 3)

Observa-se pouco conhecimento do nível central acerca da realidade do distrito, não existe uma agenda permanente de conversa entre a coordenação de saúde bucal, a coordenação do distrito e as gerências das unidades, demonstrando a pouca integração entre os dois níveis. Observa-se na fala:

(...) assim se não fosse trágico seria cômico, a gente fazendo uma pesquisa, a dentista na minha sala: “ vamos ver aqui como está Beira Mangue , a parte mais atualizada da Secretaria Municipal de Saúde “ “ Lá tem três equipes de saúde bucal. Aí eu disse “ três”? (...). Ou seja, é o mesmo profissional. (...) E aí a gente ficou brincando , mas assim, a gente vê que a secretaria não tem uma noção real da nossa realidade. Entendeu? (...). Abra o site e veja tem três equipes aqui.(entrevistado 4).

Quanto à organização dos serviços de saúde bucal nos distritos, foi identificado que a coordenação do DS não tem nenhuma governabilidade sobre os CEOs, cujas ações são acompanhadas apenas pela coordenação de saúde bucal, ainda que o CEO esteja localizado no interior do distrito. Demonstrou uma fragmentação inclusive das formas de pensar o cuidado em saúde bucal. Assim a coordenação do DS toma conhecimento do universo de ações dos serviços de saúde bucal no que tange à rede básica, ficando o CEO exclusivamente sobre a gestão da coordenação de saúde bucal sem nenhuma articulação com o distrito, apesar de a coordenação do DS ser a responsável pela socialização das informações nas unidades de saúde que estão sobre a sua responsabilidade.

O distrito não tem nada a ver com o CEO. O CEO é a coordenação de saúde Bucal. (entrevistado 6).

No nível distrital, algumas unidades de saúde apresentam uma gestão colegiada, conduzida por uma Comissão Gerencial, com representação de profissionais de nível superior e médio, sendo um representante de cada equipe de saúde da família, cuja gestão dura quatro meses e após esse período outros representantes são escolhidos. Apesar de a proposta ser inovadora no âmbito da gestão, os atores apresentam visões múltiplas acerca desta questão. De um lado se colocam aqueles que pensam que nesse modelo é difícil a implicação dos profissionais nos processos devido a pouca integração das equipes e pouco comprometimento individual deles; do outro se acredita que o envolvimento do nível médio é fundamental para a fluência dos processos no interior da unidade e uma maior aproximação com os usuários. Assim a SMS tem disponibilizado cargos para as unidades de saúde e, à medida que isso vem acontecendo, as comissões gerenciais estão sendo substituídas por gerentes formais. Tais questões podem ser vistas nos trechos:

(...) oito unidades do programa de saúde da família funcionam em regime de comissão gerencial, um representante de cada equipe de saúde da família é escolhidos de forma direta, (...) durante quatro meses, e depois de quatro

meses são escolhidos outros representantes dessas equipes não podendo repetir a categoria profissional. Essa proposta foi inovadora, partindo do princípio de que essas equipes de saúde da família teriam uma integração e não necessitariam de um gerente formal, mas ao longo do tempo foi se explicitando uma situação de dificuldades de gerenciamento entre componentes da própria equipe e que à medida que a secretaria consegue disponibilizar cargos de gerente, a gente tá colocando gerentes formais para essas unidades, o que tem tido bons resultados de resolver problemas de relacionamento interpessoal, horário de trabalho, cumprimento de carga horária, adequação de atividades de cotidiano, e a gente não consegue isso com a comissão gerencial, porque no momento em que uma pessoa da equipe assume essa posição de comissão gerencial ela fica numa situação delicada frente ao seu colega na hora de cobrar algumas questões do cotidiano, inclusive com relação a odontologia há alguns profissionais que acham que a demanda dele é muito grande, que ele não pode fazer parte da comissão gerencial e há outros que apesar da grande demanda, se adaptam melhor a essa comissão gerencial, mas a gente tem tido dificuldades nessas oito unidades sem gerente, só dependendo da comissão gerencial (entrevistado 6).

(...) uma comissão gerencial é o nível médio e o dentista, que muitas vezes tem um cargo de 40 horas e não cumpre, e é o nível médio que quando você dá a oportunidade de aumentar R\$200,00 ou R\$ 300,00 para aumentar o seu salário ele cumpre, ele ultrapassa e se for possível ele está disponível a qualquer dia , a qualquer hora para gestão, a boa vontade e aí que veio a surpresa, o nível médio tem contato maior com a comunidade, com o usuário. (entrevistado 9)

Em síntese, houve um esforço da equipe gestora em organizar colegiados de gestão com vistas a fortalecer a capacidade de governo da secretaria, incluindo práticas de planejamento e avaliação.

5.2.7.1 Informação em Saúde na SMS

No que concerne à informação em saúde, estas são registradas nas unidades de produção de serviços, registradas nos BPA e digitados na própria unidade, quando há computador e exportado para o distrito ou enviado ao distrito para digitação, caso não haja. Do distrito estas são enviadas para a coordenação de regulação e avaliação (CRA) no nível central da SMS. No distrito estudado das 18 unidades pertencentes a ele, apenas 4 não digitam suas próprias informações. Ocorre ainda que há pouca compreensão dos processos administrativos dos profissionais que atuam na unidade de produção dos serviços, que não dão a devida importância aos formulários, dificultando o processo de planejamento e avaliação. Mobilizar os profissionais acerca da importância do registro de informações para os serviços de saúde cabe à COAPS por meio da área técnica de saúde bucal, que, segundo os

relatos, ainda não conseguiu a mobilização de todos os profissionais da rede, tendo em vista as baixas coberturas e a dificuldade de estar avaliando os resultados.

As informações dos procedimentos são registradas no BPA, que é o Boletim de Produtividade Ambulatorial, que faz parte do SIA SUS, e ele é digitado mensalmente e preenchido nas unidades de saúde. A grande maioria das unidades de saúde digita seu próprio boletim e repassa a informação para o distrito. As unidades sem sistema de centralidade por falta de computador e de estrutura física são... três... das dezoito, quatro, porque a unidade Sérgio Arouca também que inaugurou nova, ainda tá sem equipamento. São quatro unidades das dezoito que a gente não tem centralizado ainda no distrito a digitação por falta de equipamento. (entrevistado 6)

Há uma dificuldade também relacionada à pequena compreensão, entendimento, dos processos administrativos pelos profissionais de saúde. Então de modo geral os profissionais não preenchem os formulários necessários, não fazem o acompanhamento do programa, têm muitas vezes a postura de “chego na unidade, faço o meu serviço e vou embora”, não há um envolvimento maior com o planejamento das ações, com avaliação, com acompanhamento, acho que essa é também uma dificuldade. (entrevistado 7)

Ou seja, a falta de entendimento dos profissionais acerca da importância dos registros nos instrumentos formais dificulta o planejamento e avaliação da implantação da política de saúde bucal do município.

5.2.7.2 Planejamento, Acompanhamento e Avaliação na SMS

As práticas de planejamento foram priorizadas pela gestão municipal que assumiu em 2005. Realizaram-se oficinas distritais para priorizar os problemas e construir o Plano Municipal de Saúde de 2006 a 2009. Outras oficinas foram realizadas para priorizar as ações a serem implementadas em 2007 com o envolvimento dos profissionais que trabalham no nível local. No nível distrital ocorre oficina trimestral de planejamento e avaliação que permite o remanejamento de técnicos e insumos, com vistas a manter o funcionamento da unidade, minimizando os problemas mencionados.

(...) foi feita ano passado uma reunião com todas as unidades de saúde em que a gente programou, identificou as prioridades para 2007, então dentro dessas prioridades, dentro do que realmente é possível ser feito a gente está fazendo nesse ano de 2007, e o que a gente tem feito também é o remanejamento interno de técnicos e de insumos para suprir as faltas imediatas de material. (Entrevistado 6)

No que se refere ao acompanhamento e avaliação, a Secretaria Municipal de Saúde elabora relatórios quadrimestrais que envolvem todo o seu corpo técnico, alimentados inclusive pelas informações distritais. Os gerentes das unidades de saúde mensalmente elaboram relatório da unidade sob sua responsabilidade e mantêm um contato permanente com a coordenação do distrito.

Foi mencionado o Programa de Cooperação Técnica com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC), como importante apoio ao planejamento, acompanhamento e avaliação do Plano Municipal de Saúde no âmbito da SMS. Para tanto, um técnico do ISC reúne-se com o grupo da SMS buscando identificar os avanços e dificuldades na implementação das ações e demonstrando a importância do plano como instrumento de gestão. A esse respeito comenta-se:

(...) está tendo um processo de acompanhamento do Plano Municipal de Saúde como nunca existiu, porque a experiência prática que a gente tem é assim, tem que fazer o plano, vamos fazer o plano, fazemos programação anual todo ano, mas ninguém acompanha nada, e aí do ano passado pra cá a gente tem tido esse acompanhamento que a professora do ISC está fazendo né, ela projetou toda um resultado desse acompanhamento que pra gente têm sido extremamente interessante, a gente sente que não é um acompanhamento formal, porque quando a gente senta aqui nessa mesa, as sub-coordenações e professora, a gente está na verdade avaliando tudo que a gente fez e refletindo sobre isso. Fizemos programa, fizemos, não fizemos, porque não fizemos, entendeu? Quais foram as dificuldades, quais foram os avanços, às vezes a gente faz coisas que não programou, mas faz parte também do processo. Então eu acho que tem sido, do ponto de vista do planejamento, tem sido assim extremamente rico, eu nunca passei por uma experiência como essa, eu acho que é uma coisa inovadora mesmo, porque é difícil a gente achar isso, mas eu acho que é um ponto positivo, porque não faz parte esse nosso processo do trabalho de apagar incêndio o tempo todo, porque na verdade o que a gente faz aqui é apagar incêndio. Não adianta ter uma agenda, porque agenda tem que ter, e eu acho que isso força um pouco a gente a cumprir a agenda, e acompanhar esse plano. Eu achei que foi uma experiência assim muito rica. (entrevistado 3)

Ressalta-se como problema expressivo para organizar o trabalho no âmbito da SMS, a descontinuidade administrativa. Significa dizer que quando ocorre mudanças na gestão da secretaria, os responsáveis pelas áreas levam consigo todo o produto do seu trabalho no período em que esteve na liderança e quando novo técnico assume começa todo o processo do início, acarretando prejuízos enormes para as políticas de saúde como um todo. Um entrevistado diz:

Normalmente quando vem uma gestão, ela faz o fortalecimento em torno, normalmente em torno das pessoas de outra instituição, universidade do Estado e tal. Não existe uma seqüência. Então você vê todas as pessoas que tomam conta dos programas indo embora e quem chega não encontra ninguém e começa tudo do zero. (Entrevistado 1)

Observa-se, portanto, que diante de iniciativas de implantação de colegiados de gestão e práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, estas foram insuficientes para minimizar a fragmentação dos processos de trabalho no interior da SMS, acarretando prejuízos para a implantação das políticas de saúde como um todo, incluindo a política de saúde bucal.

5.2.7.3 Organização do Processo de Trabalho em saúde bucal na SMS

No que se refere aos recursos humanos, ocorre que os profissionais da rede SMS são profissionais antigos, alguns se encontram de licença médica por tempo prolongado, inviabilizando o funcionamento das unidades básicas tradicionais. Além disso, as unidades básicas tradicionais que atendem a demanda aberta não possuem cirurgião dentista todos os dias da semana, o que faz com que haja uma demanda latente em torno dessa unidade. Assim expressa um entrevistado:

Há falta de profissionais nas unidades básicas, sem ser com a estratégia do PSF a gente tem, por serem profissionais antigos, estarem de licença médica, por tempo prolongado e teve essa redistribuição do pessoal do Albergaria, da equipe de odontologia do Albergaria que era PA, que passou a atuar no CEO, o Albergaria que tinha um procedimento de ambulatório e de PA, passou a contar com o CEO de especialidade e PA, e aí foi extinta a parte de ambulatório que era feito por dois odontólogos. (entrevistado 6)

Nas unidades de saúde da família, o problema que se apresenta em relação aos recursos humanos é que em geral foi priorizada a implantação de duas equipes de saúde bucal para uma equipe de saúde da família, deixando sobre a responsabilidade dos profissionais em média 8.000 pessoas, mostrando insuficiência de profissionais de saúde bucal nas ESF. Nesse sentido, a coordenação de saúde bucal se empenhou em garantir uma ESB para uma ESF, porém não obteve muito êxito, até porque a proposta apresentada pelo governo foi duas ESB para uma ESF. Destaca-se ainda que o município de Salvador não possui ESB tipo II, onde o THD

poderia estar sendo utilizado com o propósito de dar maior eficiência ao trabalho da ESB . Sobre isto, comenta-se:

(...) essa semana foi possível marcar uma reunião com o PSF para que se demonstrasse o esboço do manual para que mostrando o manual para ele a gente assegurasse a proporção de uma ESB para uma ESF. Uma ESB para uma ESF estava querendo transformar essa idéia de uma ESB para duas ESF é um dentista para 8.000 pessoas. A portaria preconiza um para um, ou um para dois; no caso Salvador, que é a segunda capital em dificuldade de acesso no Brasil, a segunda capital que a proporção de número de profissionais também é a penúltima e também o nosso Plano Municipal de Saúde priorizou a cárie e a doença periodontal considerando a reunião em todos os distritos tratados como duas questões principais: como a gente pode retroagir e colocar um dentista para 8.000 pessoas? (entrevistado 9).

(...) dificulta um pouco isso pra gente a não existência da modalidade tipo II, que seria o que a gente preconiza o CD, ACD e THD. (entrevistado9)

Particularmente no distrito estudado, com a implantação do CEO, houve remanejamento de profissionais que atuavam na unidade básica para o CEO, extinguindo a parte de ambulatório que funcionava no distrito atendendo a demanda aberta. Isso resultou numa redução dos ambulatórios que atendiam a demanda aberta e, como os DS não cobrem toda a população com o PSF, acarretou uma redução expressiva das ações básicas de saúde bucal. Destaca-se ainda a ausência de profissionais especialistas para trabalharem nos centros de especialidades odontológicas, o que dificulta o funcionamento dos CEOs.

(...) teve essa redistribuição do pessoal da albergaria, da equipe de odontologia da albergaria que era PA (...) e ai foi extinta a parte de ambulatório que era feita por dois odontólogos. (entrevistado 6)

Com relação aos meios de trabalho no interior da SMS, este foi um ponto crítico, mencionado por quase todos os atores. A odontologia exige, para que o trabalho aconteça, insumos disponíveis, equipamento em bom estado de funcionamento, infra-estrutura favorável, entre outros. Observou-se que nas unidades básicas tradicionais a estrutura é muito pequena, algumas possuem apenas um consultório para todos os profissionais de saúde atenderem e um consultório odontológico disponível. Apresentam ainda problemas de infraestrutura tecnológica, ausência de computador, cujos documentos são escritos ainda de próprio punho, além de dificultar o registro de procedimentos, solicitação de material, o que conseqüentemente atrasa o abastecimento da unidade. Como retrata o trecho:

A gente trabalha com um espaço físico que é pequeno, você vê que a área física aqui é muito pequena, com quantidade de profissionais, bem assim grande para o espaço, não é? Temos apenas um consultório para todos os profissionais atenderem neste consultório que você está vendo. É um consultório, uma sala de vacina, uma sala de odontologia e um SAME. Neste SAME funciona o almoxarifado, o arquivo, o gerenciamento. (...) e o atendimento odontológico é só duas vezes por semana. (...) Nosso material quando chega, chega atrasado porque o pessoal tem computador nas unidades, a gente não, recebe fax. Às vezes nós não recebemos os ofícios, entendeu, é uma dificuldade muito grande a gente não tem computador, Nosso trabalho é feito todo a mão. Se for um relatório que tem que ser feito na hora, porque às vezes eles ligam para a gente solicitando um ofício a gente tem que fazer a mão. (entrevistado 5)

Nas unidades de saúde da família, existem unidades que possuem um equipamento odontológico para acolher duas ESF, inviabilizando o estabelecimento de uma rotina de trabalho em conformidade com a proposta apresentada pelo protocolo⁴¹ da ESB no PSF. Segundo as falas dos atores institucionais, pretende-se expandir as unidades que se encontram nessa condição, contudo aguarda-se oportunidade de se encontrar imóvel para ser alugado e ampliar a infraestrutura física a fim de solucionar tal problema. Vale destacar que há dificuldades em encontrar imóveis regularizados, com escritura que possibilitem a expansão das unidades de saúde, e, por conseguinte, a rede de serviços de saúde, inclusive a saúde bucal como se observa nas falas:

(...) nós temos aqui quatro ESF, sendo dois dentistas e um único consultório. Então são os dois dentistas, é um dentista para cada duas ESF, que você já sabe como é difícil, mesmo que ele tivesse um consultório disponível o dia inteiro para ele já seria difícil e ele tem que dar conta de duas equipes em um único consultório. Então de manhã é para um e de tarde é para outro, ainda há esse revezamento. (entrevistado 4)

Destaca-se ainda que a rede própria da SMS é insuficiente e herdada da rede estadual, cujas unidades encontram-se em estado ruim de conservação, necessitando de reformas para atender as portarias ministeriais e disponibilidade de tempo e recursos financeiros. Para viabilizar estas questões, a COAPS necessita manter uma interlocução com a Coordenação administrativa, atrasando por vezes o

⁴¹ O manual das ESB na ESF sugere uma rotina de trabalho composta por sete atividades. A atividade um compreende as ações clínicas ambulatoriais. A atividade dois abarca as visitas domiciliares. A terceira compreende as atividades junto às escolas e creches públicas e privadas da área. A quarta atividade consiste na capacitação dos ACS. A quinta diz respeito à atividade junto aos grupos específicos das unidades. A sexta refere-se à atividade em sala de espera e a última compreende o planejamento e programação local em saúde. Ver manual das ESB na ESF. Salvador, 2005.

processo. Nesses casos, tem-se pensado como alternativa a utilização das unidades móveis de saúde, que também, até o momento em que as entrevistas foram realizadas, não foi posto em prática, dada às dificuldades de manutenção dessas unidades pelo menos no distrito estudado. Os entrevistados fazem referência:

Nós temos que ter toda infraestrutura voltada para isso, coisa que a nossa rede própria não nos dá muito, porque nós herdamos a rede do Estado, unidades obsoletas que têm que ser reformadas, você hoje tem que obedecer às portarias ministeriais em relação à área física, em relação à qualidade de equipamentos, quer dizer, toda infraestrutura, vamos dizer assim, relacionada com a possibilidade de atuação, mas pela coordenação administrativa, questão de obras, recursos para isso (...) (entrevistado 1) .

A gente está tentando uma alternativa com a unidade móvel de saúde, com dois gabinetes odontológicos para tentar suprir essa falta, que ainda não andou por conta de questões de manutenção da unidade móvel, que a gente espera estar a partir de junho já dando andamento a esse projeto. (entrevistado 6)

Sobre essa questão, um entrevistado relata que a infraestrutura e manutenção das unidades são responsabilidades da Coordenação Administrativa, que não trabalha em constante diálogo com as demais coordenações. Houve referência inclusive de que a antiga coordenação nem se envolvia nas discussões coletivas:

Um elemento também que dificulta a implantação da política que é a respeito à infra-estrutura e da manutenção de unidades e tal, mas que, por exemplo, a Coordenação Administrativa ficou muito tempo distante, assim fazendo planejamento, executando suas ações pra si mesmo, entendeu? Sem saber que precisa discutir com a área técnica, tem horas que às vezes é perda de tempo, não sei a impressão que se tem, tanto que era uma coordenadoria chave que não participava da discussão coletiva (entrevistado 8).

Quanto ao abastecimento das unidades, diversos fatores aparecem de forma transversal a esta questão, o que implica a falta de insumos que viabilizem o trabalho odontológico, que se constituem em um grande problema para a área de saúde bucal. Inicialmente a aquisição de material nas organizações públicas ocorre por meio de processo licitatório, preferencialmente por meio do pregão eletrônico, cuja lei 8666 estima um período de 180 dias em média. Este prazo por vezes tem se estendido, além do atraso no pagamento da própria compra, acarretando o desabastecimento das unidades. Sobre esse ponto, ocorre ainda que a unidade solicita o material ao distrito, que encaminha ao almoxarifado e este informa a inexistência do material, enquanto a coordenação de saúde bucal informa que a SMS dispõe do material, acarretando problemas de comunicação entre as áreas, o que irá afetar o funcionamento da unidade. Pode-se observar nas falas:

(...) você desencadeia processos licitatórios, que é a maneira com você faz a aquisição de qualquer produto. Existem várias maneiras desse processo licitatório: seja carta convite seja por, tem várias maneira a maneira que a gente elege como preferencialmente, a maneira que a saúde bucal tem comprado desde 2005 é o pregão eletrônico. Do que você imagina desencadear o processo que existe toda uma especificação, um acompanhamento, você tem que ter um conhecimento desde o orçamento até contábil, então a gente acaba dentista. A secretaria tem diversos setores, e a licitação caminha nestes diversos setores, mas é preciso que o gerente tenha esse conhecimento, porque o gerente é que tem o conhecimento e acompanha mais de perto isso, Essa licitação vai andar mais rápido, você sabe colocar o que é um projeto atividade, aí entra a parte orçamentária, é bom que os dentistas que queiram participar de planejamento e de gestão estejam envolvidos com todas essas questões. Enfim esse processo tem certa morosidade na solicitação, entre você desencadear o pedido e até você ter esse material lá na unidade de saúde da família (...) leva em torno de 180 dias, (...). De fato esse prazo tem sido prorrogado geralmente não se conduz nesse prazo (...) (entrevistado 9)

(...) às vezes a gente pede material odontológico, aí a pessoa responsável pela parte odontológica. Um dia desses eu fui me deparar no CEO doida por anestésico com vaso, "Maria me arranje pelo amor de deus", por que aqui não tinha nenhum, ai ela: "Como que lá não tem?" eu disse: "Não tem". "Você ta pedindo em RM?". "Tô". "Na relação, no almoxarifado tem.". "Não é possível, porque se tem no almoxarifado, como é que na minha RM vem código 02" porque código 02 é como se não tivesse no almoxarifado. Então pra mim, esse material não existe no almoxarifado. Então assim, esse contato da gente com o nível central, é muito difícil. Então talvez se o contato fosse mais próximo, até da gente conseguir mesmo falar assim com coordenadora (...) já informar direto a ela, mas a gente não tem essa facilidade, então eu acho que isso impede muito das coisas acontecerem. (Entrevistado 4)

Os relatos mostram que em 2006 a rede sofreu muitos problemas de suprimento no que tange aos insumos em saúde bucal, regularizado em 2007. Ocorre ainda que o Ministério da Saúde oferta o incentivo inicial para a implantação da USF, porém o gasto com material é contra-partida da prefeitura, cuja crise financeira no período estudado foi apontada pelos entrevistados como limitador do abastecimento das unidades. Os atores institucionais comentam:

(...) a partir de determinado momento começamos a ter muita dificuldade na área de insumos, que são também insumos caros, e por conta dessa dificuldade financeira (entrevistado 7).

(...) a gente tava com falta de insumo que foi regularizado esse ano. (entrevistado 6)

Outro problema que dificulta a organização do processo de trabalho em saúde bucal é a manutenção dos equipamentos odontológicos. Essa manutenção é realizada por uma empresa nas unidades básicas tradicionais e, por outra nas unidades de saúde

da família. Nas unidades básicas tradicionais a gerência da unidade solicita diretamente à empresa a manutenção dos equipamentos, o técnico imediatamente executa o serviço, e a unidade permanece pouco tempo sem atendimento. Um entrevistado afirma:

Aqui, graças a Deus, que a gente tem duas empresas. Tem uma que é do PSF, que ele lá demora bastante, que eu não sei qual é o problema lá, diz que o autoclave de lá está quebrado, e eu não sei se eles estão atendendo ou não. Eu sei que aqui quebrou, a manutenção aceita no outro dia. Graças a Deus a manutenção daqui é feita rapidamente. Quebrou hoje, amanhã já está consertando, entendeu? Hoje mesmo está consertando, amanhã já está funcionando. Aqui não demora três, quatro dias sem funcionar, eu não sei como é no PSF. Eu sei que lá o problema é maior, mas aqui, porque a empresa daqui é diferente da de lá. Lá é uma empresa, aqui é outra, mas aqui quebrou, eu já ligo pra empresa responsável, ela vem, conserta. (entrevistado 5)

Nas USFs, a gerência da unidade solicita à COAPS por meio de e-mail a manutenção do equipamento. A COAPS, por sua vez, não providencia de imediato, encaminha no final da semana junto com os pedidos das outras unidades para a coordenação de Saúde bucal. A coordenação de saúde bucal analisa e encaminha à empresa responsável, que solicita três orçamentos e novamente encaminha à COAPS para aprovação. Esse processo demanda tempo e retarda o funcionamento da unidade. Simultaneamente o distrito é informado dos problemas e das providências encaminhadas. Houve referência de que a COAPS não esclarece os motivos pelos quais esse processo é tão lento. Por vezes as USFs ficam de dois a três meses sem atendimento, comprometendo as atividades das ESB nas ESF. Os entrevistados dizem:

O que está mais evidente nesse momento é a questão de manutenção dos equipamentos, agora que também é autorizada a manutenção pela COAPS. Agora a gente vê a morosidade dessa resposta da manutenção que o motivo a COAPS explicita para você. (entrevistado 6)

(...) A gente enfrenta uma burocracia muito grande, então, por exemplo, equipamento de Beira Mangue quebra hoje. Ai eu tenho que mandar um e-mail pra COAPS, ai na COAPS uma pessoa recebe, mas não providencia logo hoje, aí no final de semana, junto com os outros pedidos das outras unidades é que essa pessoa da COAPS encaminha para a parte de odontologia, a parte de odontologia vai analisar, ai vai encaminhar para a real sociedade, a real sociedade vai fazer o orçamento, tem que fazer no mínimo três orçamentos, ai passa esses três orçamentos pra COAPS, pra COAPS avaliar se vai fazer se não vai fazer, entendeu? Então assim, isso demora. (entrevistado 4)

Ocorre ainda, no que tange à manutenção de equipamentos, que o número de técnicos é insuficiente para atender à rede de serviços de saúde bucal, o que inviabiliza uma manutenção preventiva que favoreça o funcionamento permanente da rede. Observa-se no texto:

Uma coisa também que nos dificulta é a assistência técnica em odontologia é muito específica. Hoje o técnico passa e consertaria o equipamento e muitas vezes nesses equipamentos mais antigos que tem nos postinhos tradicionais, muitas vezes na manhã já quebra uma outra coisinha e aí é preciso que agente aumente o quantitativo dos técnicos e que a continuidade da assistência técnica seja mantida, então essa descontinuidade também nos prejudica não é?(entrevistado 9)

No que se refere aos CEOs não houve referência a falta de insumos e nem a manutenção de equipamentos. Nesse caso a rede é recém-montada sem problemas de manutenção que permite o bom funcionamento dos serviços especializados. Um entrevistado admite:

Todos os nossos materiais são novos, não temos problemas com a manutenção porque, não temos problemas com quem presta serviços, é tudo novo, não sei se por isso, por esse motivo que as unidades básicas estão com dificuldades, mas além das dificuldades eles referenciam também equivocadamente, aqui no CEO material nunca faltou, nunca paramos por falta de material. (entrevistado 2)

A SMS implantou nas unidades básicas tradicionais a marcação de consultas por telefone, representando um avanço no que tange à organização dos serviços de saúde.No entanto este fato não é extensivo à saúde bucal que continua sendo realizado de forma presencial, uma vez por mês e, devido ao grande contingente de pessoas que necessitam de tratamento, logo se encerram as vagas. Essa modalidade de marcação foi implantada nos CEOs, podendo também ocorrer de forma presencial.

Antigamente tínhamos filas de espera enormes ai fora, mas agora não existe mais a fila, porque nós implantamos aqui na unidade a marcação por telefone, que foi 100% assim, bem aceita pela população, acabou a fila de espera, não existe mais a fila de espera, graças a Deus, e temos a parceria com a PACS (...) na odontologia a gente não marca por telefone, a gente tem um dia certo, uma vez por mês que a gente marca odontologia. A gente ainda não conseguiu fazer este trabalho com marcação por telefone, porque supre logo, e a gente prefere fazer um trabalho mais na unidade, a gente não conseguiu fazer isso ainda, refazer, sentar e conversar com o odontólogos, se esse tipo de procedimento poderia ser por telefone,porque ele mesmo gosta de marcar.(entrevistado 5)

O paciente agenda, agenda por telefone, e pessoalmente com ficha de referência. O paciente que tá com a ficha de referência, ele chegou a gente não diz “vá pra casa ligar”, a gente atende, agora eu digo assim, “você vai aguardar um pouco, nós vamos atender”, porque aí é fila, é fila mesmo, não tem como. Porque o paciente assim, não adianta você dizer que o horário dele você vai marcar um pra dez, pra onze, pra nove, porque o paciente não vem, ele já tá habituado a chegar cedo, a dormir... Eles dizem “ah antigamente era melhor quando a gente chegava cedo” (...) Não se criou o hábito de ter aquele horário, então eles chegam cedo, não tem jeito, eles chegam cedo. (Entrevistado 2)

Observam-se ainda problemas com relação ao material permanente, que se apresenta em número insuficiente. Os profissionais não dão o devido tratamento, estes enferrujam, quebram com facilidade, e sua substituição não é feita imediatamente, o que reduz a capacidade de ofertar o serviço. Foi mencionado pela gestão da SMS que a última compra de material permanente havia sido feita em 2001 e que boa parte não possuía mais condições de uso. Nesse particular, a gestão investiu na compra de instrumental, resolvendo parcialmente o problema.

A gente sente essa falta de fornecimento de instrumental que é material permanente, a gente sente essa dificuldade na reposição de material até porque alguns técnicos não têm o cuidado no processo de limpeza do material, aí eles enferrujam e quebram com uma facilidade maior e essa substituição não é feita de modo imediato, então reduz também a nossa capacidade de prestar serviços. (entrevistado 6)

Também a gente levantou que a última aquisição de instrumentais ou equipamentos tinha sido realizado em 2001. (entrevistado 9)

No nível local, o planejamento e avaliação foram comprometidos fundamentalmente pelos problemas de manutenção e abastecimento das unidades de saúde, sobretudo nas USF. Nesse particular, apesar de uma rotina sugerida nos documentos formais para orientar o trabalho nas unidades, esta foi inviabilizada pela situação mencionada. Assim o que se observa é que as ações clínico - assistenciais são reproduzidas quando os equipamentos odontológicos estão em pleno funcionamento, e, quando apresentam problemas os profissionais investem nas ações preventivas e de promoção da saúde, inviabilizando um processo mais efetivo de planejamento e avaliação.

Agora o que acontece é o seguinte, por conta dos equipamentos estarem sempre com problema de manutenção acarreta uma desmotivação do profissional em realizar as atividades, porque eles acabam tendo que realizar no consultório muita extração e aí, não é a proposta da saúde pública essa parte de extração. Então a parte de corretiva, a parte de preventiva acaba

ficando a mercê desses consultórios, então assim, se o consultório está quebrado a gente faz a parte preventiva, faz porque não tem como trabalhar, e tal. Ai quando tem que trabalhar e não tem condições faz extração. Ai quando tem condições de fazer tudo aí dá prá você dividir entre extração, as obturações, e a parte de prevenção. Então assim, quando o equipamento está funcionando para você dividir os consultórios, (...) mas quando não tá você depende do que tá funcionando, isso atrapalha muito a nossa programação. (entrevistado 6)

Assim em que pese o esforço da SMS em elaborar um protocolo que oriente as ações da ESB no PSF, estas são fortemente comprometidas pelos problemas encontrados na rede para organizar o trabalho das equipes de saúde, comprometendo inclusive o modelo sugerido no plano municipal de saúde, a vigilância da saúde.

5.2.8 Distribuição do Poder na SMS

As áreas técnicas que compõem a COAPS, segundo entrevistados, não mantinham uma conversa permanente para articular as ações da referida coordenação. Nesse sentido, ficou evidente nos discursos dos entrevistados a falta de diálogo entre as subcoordenações para implementação de ações conjuntas, especialmente com relação à atenção básica.

(...) Para você ter um exemplo assim, é classificador que é do PSF, é o computador que é do PSF, eu mesma até com intromissão dizia. Veja bem é o computador da SMS, questões bobas, mas que refletem a realidade (...). Eu acho que ainda continua um pouco caixinha. (entrevistado 9)

Foi observado ainda no que concerne à COAPS, que as sub - coordenações só possuem informações acerca das ações sobre sua responsabilidade, demonstrando concentração de poder técnico em sujeitos individuais durante o período de observação direta.

A assessoria Técnica, responsável pelo planejamento, acompanhamento e avaliação das ações da SMS, não possuía conhecimento de como a COAPS estava implementando a política de saúde bucal, demonstrando que não havia socialização de informações acerca da política de saúde bucal, mesmo no âmbito central. Ficou evidenciado também que as informações acerca da localização dos profissionais de

saúde bucal na rede, nem sempre eram compartilhadas com a Coordenação de Recursos Humanos que freqüentemente questionava a lotação dos profissionais.

No que tange ao DS, este não possui nenhuma informação acerca do funcionamento dos CEOs, apesar dos CEOs se localizarem no distrito, ficando as informações acerca desse nível de atenção sobre a responsabilidade da coordenação de saúde bucal. Ocorre ainda que as reuniões mensais realizadas por esta coordenação com o nível distrital acontecem sem a participação do coordenador do distrito. Foi referido ainda, que a coordenação de saúde bucal remanejou profissionais de unidade básica de saúde para o CEO, sem planejar a ação em concordância com o DS.

A coordenação de saúde bucal organizava as ações de prevenção nas escolas municipais e também as ações com unidades móveis nos bairros onde não havia estratégia de saúde da família, as *semanas de saúde*, sem conhecimento e diálogo com as coordenações distritais, evidenciando pouca articulação desta com os coordenadores de distrito.

Entrevistados apontaram que a coordenação de Saúde bucal controlou os recursos financeiros, mostrando domínio acerca das formas de financiamento da política de Saúde bucal no município.

O que a coordenação de SB tem um ponto positivo, ela é uma das poucas áreas técnicas lá da secretaria que sabe exatamente onde está o dinheiro, ela tem o domínio, claro ela vai aprendendo, ela tem muita coisa pra aprender, é complicada essa parte financeira, (...) então ela sabe quanto tem para que tem no que pode ser gasto (entrevistado 8).

Em resumo, as informações sobre as áreas técnicas específicas são mantidas sobre a guarda dos responsáveis técnicos, demonstrando concentração de poder técnico por eles. Por outro lado, a apropriação de informação das fontes de financiamento pela coordenação de saúde bucal aponta para acumulação de poder técnico e administrativo nessa Coordenação.

5.2.9 Organização dos Serviços de Saúde Bucal no município de Salvador

No início do período de estudo, em 2004, os documentos consultados citam que houve uma expressiva expansão de unidades básicas de saúde passando de 17 no ano anterior para 81 no referido ano. Houve a expansão das ESF com a implantação de 47 equipes, totalizando 91 equipes. Ao final daquele ano, a rede de saúde bucal era composta por 119 gabinetes odontológicos, distribuídos nas 81 unidades de saúde da atenção básica, das quais 28 são unidades de saúde da família, compostas por 77 equipes de saúde bucal, distribuídos em 10 distritos sanitários: cinco funcionam em regime de plantão 24 horas, 01 centro de referencia e 10 equipamentos portáteis ⁴².

O ano de 2005 é marcado pela substituição das forças políticas do poder municipal. Nesse ano a saúde da família sofre uma expansão na sua cobertura de 2% apenas, passando de 14% para 16%, contando com 114 ESF, das quais 81 possuem ESB. Tais equipes encontram-se distribuídos em 10 distritos sanitários em que apenas um deles apresenta cobertura próxima de 50% PSF, o que não se aplica à saúde bucal. No que tange à infraestrutura dos serviços de saúde bucal, a SMS naquele ano adquiriu 25 equipamentos odontológicos e recuperou cerca de 80, ampliando em 37% o número de equipamentos no serviço de saúde bucal do município ⁴³.

Em 2005 foram inaugurados dois CEOS⁴⁴ e no último ano de estudo foi implantado mais um; reformou-se equipamentos odontológicos existentes; adquiriu-se materiais e instrumentais e com isso o número de equipamentos sofreu um aumento de 50%⁴⁵.

Os documentos mencionam que em 2006, no que tange à infraestrutura para a saúde bucal, esta sofreu um acréscimo de 50% no número de equipamentos e houve a aquisição de instrumental e materiais não especificados para a rede de serviços de saúde bucal.

⁴² Relatório de Gestão da SMS de Salvador 2004.

⁴³ Relatório de Gestão da SMS de Salvador 2005.

⁴⁴ Idem Ibidem

⁴⁵ Relatório de Gestão da SMS de Salvador 2006

No que concerne ao acesso à rede de serviços de saúde bucal, a SMS preconiza o ingresso pela atenção básica, que pode acontecer por três vias: UAO, UBS ou USF, nas quais o usuário é avaliado e encaminhado conforme tratamento. Nas unidades básicas devem ser realizados: tratamento de dentística restauradora, exodontias de dentes decíduos e permanentes, tratamento de urgência e, nos centros de especialidades odontológicas, tratamentos especializados, como endodontia, periodontia, tratamento de pacientes especiais, estomatologia, com ênfase em diagnóstico de câncer bucal e cirurgia e traumatologia buço-maxilo-facial. Nas unidades de urgência, uma vez realizado o tratamento de urgência, o paciente deve ser referenciado para as UBS, USF ou CEO. Resumidamente, um dos entrevistados sistematiza o acesso aos serviços de saúde bucal no município:

O fluxo de atendimento na secretaria municipal é estabelecido da seguinte maneira: inicialmente o paciente acessa a unidade básica, a unidade básica ,repetindo: seria a unidade de saúde da família, os postinhos tradicionais e a unidade de urgência, o cirurgião dentista avalia esse paciente. Se é um atendimento de urgência ele executa, se ele estiver numa unidade de urgência, se é um atendimento clínico, se é uma unidade básica, ou PSF vai ser executado; e se esse paciente tiver uma necessidade de uma especialidade, então o cirurgião dentista encaminha para um CEO, Nos centros de especialidades odontológicas são realizados os serviços especializados e esse paciente depois retorna a unidade básica para terminar seu tratamento básico (entrevistado 9).

Esse fluxo é formalmente preconizado pela secretaria de saúde do município. No entanto, há relatos de que além das formas anteriormente citadas a SMS dispõe de outras formas de acesso, como o programa de saúde escolar e unidades móveis nas comunidades onde não há ESF. Essas formas de acesso aos serviços de saúde bucal são alternativas apresentadas pela SMS para as baixas coberturas apresentadas pelo município à população. Desta forma um dos entrevistados se refere:

Porque a gente aqui em Salvador já tem uma rede de atenção à saúde bucal estabelecida. Ela é pequena, ela ainda não contempla a adequação, mas ela está com fluxo de atendimento estabelecido. (...) levando em consideração esse fluxo que é a unidade de urgência, as unidades de saúde da família, os postinhos tradicionais, a atuação da área de prevenção e educação com o programa de saúde escolar e também nas comunidades onde não existem as unidades de saúde da família através das nossas unidades móveis. (entrevistado 9).

As normas de referência e contra referência determinam que os pacientes cheguem aos CEOs para tratamento especializado após receberem minimamente ações de controle da infecção oral, que envolve adequação de meio bucal, remoção de restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene oral, profilaxia e raspagem supra-gengival⁴⁶. Ocorre que os CEOs têm sido utilizados como porta de entrada para os serviços de saúde bucal, considerando a grande demanda e a insuficiência da rede para o atendimento dessas demandas, ferindo o propósito para o qual foi criado. Ademais, apesar da elaboração do protocolo e da sua distribuição nas unidades de saúde, ocorrem referências equivocadas por parte dos profissionais da rede. Nesse particular, constata-se que os CEOs estão sendo implantados e já trazem no seu nascimento problemas para o estabelecimento da referência e contra referência dos serviços de saúde bucal no município de Salvador. Um entrevistado comenta essa questão:

(...) não gostaríamos que o CEO fosse porta de entrada, por enquanto ainda é(..)a situação de acesso das nossas pessoas não permitindo, que todos tenham acesso ainda à odontologia na unidade básica (entrevistado 1).

As unidades de urgência apresentam-se superlotadas devido à ineficaz referência e contra referência e também a insuficiente estruturação da rede básica. Nesse sentido, a rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador oferece pequena resolutividade, o que implica repetidos retornos e enorme produção de consultas de urgência. Os protocolos elaborados para resolver esta situação recomendam que esse tipo de serviço seja prestado nas três modalidades de unidades de atenção básica: UBS, USF e UAO. Nessa última, o usuário deve ser avaliado e encaminhado conforme tratamento após o atendimento de urgência através de ficha de referência. O documento menciona, também, o rol de procedimentos⁴⁷ que devem ser prestados nessa modalidade e sugere que as UAOs permaneçam disponíveis 24 horas e ainda que realizem dentística restauradora nessa unidade⁴⁸. Na rede de serviços de saúde bucal do município, algumas UAOs

⁴⁶ Recomendações para referência e contra referência aos centros de especialidades odontológicas

⁴⁷ Os procedimentos de urgência que constam no protocolo são: consulta, administração de medicamento, P.A, excisão de sutura simples de pequenas lesões de pele/ mucosa, incisão e drenagem de abscesso, selamento de cavidade com cimento provisório, capeamento direto, pulpotomia de dente decíduo ou permanente, exodontias de decíduos e permanentes, pericoronarite, remoção de resto radicular, alveolite, hemorragia, sutura de ferida da mucosa bucal, tratamento periodontal em situação de urgência, remoção de corpo estranho da região buço-maxilo-facial, tratamento cirúrgico de fístula extra-oral e intra-oral, contenção, espiantagem, Rx periapical e interproximal.

⁴⁸ Protocolo de assistência em Saúde bucal nas unidades de urgência.

prestam atendimento num regime de 12 horas, inclusive aos sábados. Pode ser observado no trecho:

Aqui as urgências ainda não funcionam o terceiro turno completo. (...) fica assim de cinco às sete entendeu? Mas já estamos vendo dentistas, inclusive temos atendimento aos sábados, urgência e dentística. (entrevistado 2)

No que se referem aos CEOS, estes possuem serviços especializados, serviços de urgência e atendimento em dentística restauradora, incorporando em sua rotina de trabalho serviços odontológicos básicos de saúde. Sobre essa questão comenta-se:

Aqui no CEO a gente faz tudo. O serviço que está faltando é o aparelho e prótese. (...) fazemos endodontia, periodontia, cirurgia, ação básica, odontopediatria, muita criança, né? (entrevistado 2)

Nas unidades de Saúde da Família, propõem-se mesclar pacientes de livre demanda e pacientes da micro área, sendo distribuídas 60 e 40 por cento das vagas respectivamente. Para priorizar os 40%, recomenda-se cinco critérios⁴⁹ dos quais três deles representam indivíduos de alto risco. O que ocorre na prática é o atendimento da demanda espontânea, descaracterizando a estratégia e dificultando a organização do serviço no âmbito da SMS. Um entrevistado diz:

(...) Você tem que fazer no momento, que no caso é o atendimento, que tem pessoas que chegam e você tem que atender que é o imediatismo. Infelizmente boa parte da população trabalha assim (entrevistado 4).

Cumpram-se destacar que a Lei Municipal 6.586/04 (PDDU) destaca a vigilância da saúde como modelo de atuação no setor. Nesse sentido, as práticas de saúde orientadas no nível de local, nas USF estão sendo orientadas pela demanda espontânea, distanciando-se da proposta apresentada pelo PDDU e reiterada pelo Plano Municipal de Saúde de 2006, elaborado pela atual gestão.

Desta forma observam-se contradições entre o que se propõe no campo formal e o que de fato vem acontecendo na rede de serviços bucal no município. Os problemas de fluxo de paciente que se estabelecem no interior da rede podem estar atribuídos

⁴⁹ Os critérios utilizados para priorização do atendimento das famílias são cinco, a saber: família considerada de risco social pela equipe (ficha A: Baixa escolaridade, desemprego, condições de moradia; atividade alta de cárie na família; molares permanentes com cárie, outros dentes permanentes com cárie e problema periodontal. Um paciente é classificado em alta prioridade se reúne três das condições sugeridas; média prioridade se reúne duas das condições sugeridas; baixa prioridade se reúne apenas uma das condições sugeridas.

a falta de informação por parte dos usuários e a falta de sensibilização por parte do serviço. Os atores institucionais, assim expressam:

“(...) alguns postos estão referenciando equivocadamente. Foi mandado para eles um protocolo, para todas as unidades básicas, então eles sabem todos os serviços que são oferecidos nos CEOs. Até a tartarectomia que é feita nas unidades básicas eles encaminham. (...) Então muitas vezes eles referenciam os pacientes equivocadamente, então sobrecarrega os CEOs.”(entrevistado2).

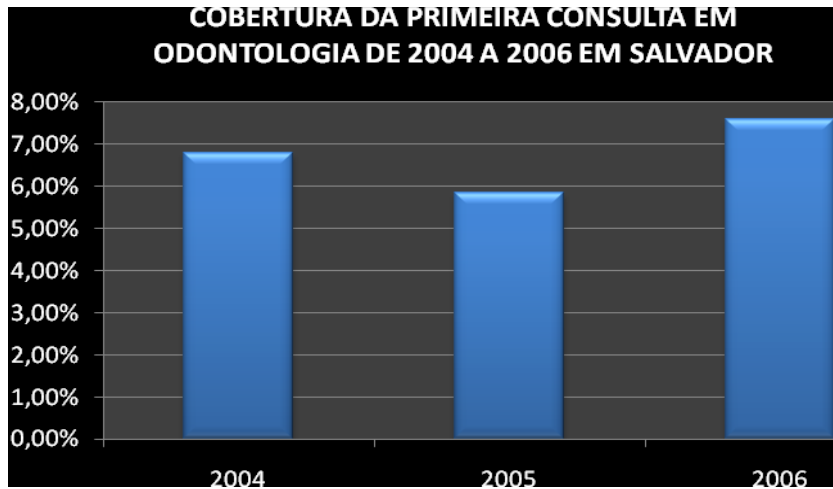
“O cidadão chega no centro de especialidade odontológica ele não tem entendimento do que é uma referência, uma contra referência (...) muitas vezes foi a gente que ainda não conseguiu informar corretamente e que o próprio dentista as vezes não encaminha, por algum equívoco não encaminha como deveria ser encaminhado” (Entrevistado 9).

No que concerne ao acesso aos serviços de saúde bucal, foi consultado o SIA-SUS utilizando o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica. Esse indicador mede a tendência de cobertura de tratamentos odontológicos a partir da realização da primeira consulta com exame clínico, visando a elaboração de um plano de tratamento. Reflete, em percentual, a proporção de habitantes que recebeu a primeira consulta odontológica para a realização do tratamento restaurador no âmbito da atenção básica, em determinado local e período (BRASIL, 2005).

No que tange ao indicador mencionado, o período estudado mostra que, apesar da expansão das equipes de saúde da família, impulsionado a partir de 2000, o acesso da população aos serviços de saúde bucal ainda é muito restrito, chegando a 7,6% em 2006, como mostra o gráfico1. Os resultados demonstram que ainda que haja um esforço da SMS de Salvador em organizar uma rede de serviços de Saúde bucal, esta ainda é insuficiente para a população de Salvador e que o acesso aos serviços dessa especialidade é muito pequeno.

Vale ressaltar que o distrito estudado possui 18 unidades básicas de saúde, sendo três unidades básicas tradicionais; uma unidade mista que abarca pronto atendimento, ambulatório e CEO; e trinta Equipes de Saúde Bucal, em um universo de 43 equipes de saúde da família, distribuídos nas 14 Unidades de Saúde da Família do distrito. A cobertura de ESF beira os 50%; no entanto, para os serviços de saúde bucal não pode ser observado o mesmo percentual.

Gráfico 1 – cobertura da primeira consulta odontológica em Salvador



Fonte: Data-SUS

Não obstante os avanços mencionados com a implantação dos CEOs, verifica-se na rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador enfraquecimento da atenção básica, em detrimento do fortalecimento das ações especializadas, dificultando o estabelecimento de uma proposta de atendimento integral da população pelos serviços de saúde bucal do município. Um entrevistado comenta sobre essa questão:

O que a gente faz no PSF eu acho um grande avanço, a inclusão do odontólogo na equipe PSF e acho que o CEO também é um grande avanço. Agora eu acho que as duas coisas têm que estar concatenadas, unidas, então é uma em detrimento da outra. (entrevistado 6)

Em síntese, constata-se uma expansão da rede de serviços de saúde bucal. Todavia, essa expansão não resulta efetivamente em produção de serviços de saúde bucal consonantes com o modelo proposto. O que se observa é a reprodução do atendimento orientado pela demanda espontânea, encaminhamentos mal direcionados, resultando na ausência de referência e contra-referência para os usuários da rede, pouca resolutividade da atenção básica demonstrado pelo indicador de acesso monitorado pela PPI, implicando uma política de saúde bucal mal estruturada e descolada da proposta nacional.

5.2.10 Ações de Saúde bucal em Salvador

Em 2004, a produção ambulatorial da rede própria da SMS sofreu um incremento se comparado ao ano anterior, ao tempo em que a rede conveniada reduziu a sua participação devido ao descredenciamento dos prestadores de serviço e à expansão da rede própria da SMS. Sofreu um aumento de 10,67 % de 2003 para 2004, passando de 925.655 procedimentos para 1.018.853. A produção básica de ações básicas de odontologia cresceu em 57,9% se comparado com o ano de 2003, cujo crescimento atribui-se possivelmente ao aumento de ESB na ESF no referido ano⁵⁰.

No mesmo ano o atendimento de urgência foi um serviço que merece ser destacado, pois foi implantado o atendimento de urgência com serviços 24 horas, inclusive nos finais de semana e nos feriados⁵¹.

Destacam-se nesse período as ações educativas e preventivas que foram priorizadas na faixa etária de 5 a 14 anos, sendo ultrapassadas as metas estabelecidas na Programação Pactuada Integrada (PPI). Os documentos referem que as ações preventivas e educativas compreendem exame epidemiológico, atividades educativas, atividades com flúor e HBS. O município desenvolveu ainda ações de educação em saúde em escolas municipais como componente do rol de ações preventivas e educativas, através do programa “Saúde na escola”, bem como o tratamento dos alunos das escolas beneficiadas com o programa por meio das unidades móveis⁵².

Quanto aos procedimentos especializados no ano de 2004, a SMS aumentou a oferta de serviços nas unidades municipais, havendo um aumento de restaurações com Ionômero de vidro. O aumento no número de procedimentos especializados provavelmente está associado à implantação de mais um centro de referência e à aquisição dos equipamentos portáteis pela SMS⁵³.

⁵⁰ Relatório de Gestão da PMS - 2004

⁵¹ Idem Ibdem

⁵² Idem Ibdem

⁵³ Op Cit

No que tange à capacitação de profissionais os documentos desse período relatam a capacitação das equipes de saúde da família com recursos do PROESF⁵⁴. Acredita-se que esse processo tenha envolvido as equipes de saúde bucal do município, contudo os documentos não são precisos a esse respeito⁵⁵.

A SMS realizou em 2004 levantamento epidemiológico em todos os DS do município, que apontou a redução da prevalência de cárie nas últimas duas décadas⁵⁶. No ano seguinte, novo levantamento foi realizado cujos resultados principais foram apresentados em capítulo anterior.

Ainda no ano de 2004, a SMS realizou a Conferência Municipal de Saúde Bucal, compreendendo uma importante oportunidade de trazer ao debate a formulação e implementação da Política Municipal de Saúde Bucal no município de Salvador⁵⁷.

Apesar da expansão das equipes de saúde bucal, a produção ambulatorial de serviços básicos de saúde bucal em 2005 sofreu um declínio em relação ao ano anterior de 10,06%. Contrapondo-se a esse fato, a atenção especializada em saúde bucal no mesmo período sofreu um aumento, destacando-se o crescimento de ações de necropulpectomia, tanto em dentes decíduos como em dentes permanentes, sutura de ferida da mucosa bucal e de face e restauração com ionômero de vidro, caracterizando o aumento da oferta de serviços de média complexidade na rede da SMS⁵⁸.

O programa de saúde na escola foi expandido para mais quatro escolas municipais, atendendo cerca de 2.500 crianças na faixa etária de 06 a 14 anos e para esse fim houve a recuperação de sete unidades móveis das 16 que se encontram paralisadas, ampliando o programa “saúde na escola”.

O ano de 2005 foi ainda contemplado por ações de planejamento, controle e avaliação. Para tanto a SMS realizou 12 oficinas de PPLS em todos os distritos

⁵⁴ O PROESF compreende o programa de expansão da estratégia de Saúde da família para cidades com mais de 10.000 habitantes.

⁵⁵ Relatório de Gestão da PMS de 2004

⁵⁶ Idem Ibdem

⁵⁷ Idem Ibdem

⁵⁸ Relatório de Gestão da SMS de Salvador 2005

sanitários do município. Esse evento teve um eixo específico para a discussão da saúde bucal no município e requer um destaque especial para a participação de lideranças comunitárias. Outro ponto a ser salientado no referido ano foi o desenvolvimento de auditoria no centro de especialidade odontológica, como medida de avaliação.

O município implantou em 2005, ações educativas para a idade de 0 a 5 anos nas creches municipais. Até então a rede de serviços de saúde do município só ofertava este serviço a partir de 7 anos. Assim comenta-se:

(...) implantação de atividades educativas e preventivas em creches municipais, o que até então Salvador oferecia só da idade fundamental, a partir de 7 anos. A gente implementou ações educativas e preventivas na idade de zero a cinco anos, então isso é um grande avanço. (entrevistado 9)

Neste mesmo ano, a SMS, com o objetivo de definir o fluxo de atendimento na rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador, elaborou os protocolos da atenção básica, do atendimento de urgência e recomendação para a referência e contra-referência no município. Implantou também o serviço de odontologia nos bairros sem unidades fixas. No ano de referência destacam-se ainda ações de educação permanente e controle social. Nesse sentido, a SMS realizou a qualificação de profissionais de áreas estratégica, inclusive da saúde bucal e também fortaleceu a rede de interlocução com entidades populares e de classe, a exemplo do CRO⁵⁹.

O ano de 2006 apresenta mais um avanço nas ações de saúde bucal com a implantação das “*Semanas de Saúde*”, que consiste no atendimento odontológico nos bairros onde não há unidade fixa. O evento envolve a execução de ações preventivas e curativas, tais como: higiene bucal supervisionada, aplicação de flúor e educação em saúde sobre vários temas. Destaca-se a implantação do projeto para desenvolvimento de ações educativas nas creches municipais. A atenção básica nesse ano sofreu novamente um declínio, cumprindo apenas 23% da meta estabelecida e em oposição a isso as ações especializadas ultrapassam a meta em 145%.

⁵⁹ Idem Ibidem

Os entrevistados fazem referência a um dado relevante: no período compreendido entre 2004 e 2006 o município de Salvador reduziu as extrações dentárias de dentes permanentes em 15%, decorrentes do acompanhamento das ações de saúde bucal. Os atores institucionais comentam:

(...) recentemente nós temos a divulgação de que a extração dentária em Salvador caiu no percentual de 15% nesse período de 2004 a 2006, já reduziu em 15% a extração dentária de dentes permanentes. (Entrevistado 9)

O que chama atenção na gente (...) é que aquelas crianças de hoje estão adolescente, o número de extrações diminuiu consideravelmente Né? (entrevistado 4).

Houve um destaque para as ações de educação em saúde como prática de promoção da saúde no município, com investimento inclusive em recursos materiais pela SMS. Desta forma, houve a compra de macromodelos, produção de folhetos educativos e também a realização de campanhas no âmbito das escolas e a formação de multiplicadores para atuarem nas famílias. Um entrevistado comenta:

Aí entram as 456 escolas municipais, 15.000 vagas em creches e é precisa a gente ter um quantitativo maior de recursos humanos na área de saúde bucal , formar multiplicadores desse conhecimento, capacitar a professora , capacitar o porteiro o vigilante para que todos tenham idéia da prevenção e da promoção da saúde pra gente conseguir atingir essa grande população se não vai ter um tempo muito longo para a gente atingir (...) agora a gente já desencadeou o processo licitatório para a compra de fantoches da área de saúde bucal, macromodelos todo esse material educativo , 150 mil folheteria na área de saúde bucal porque a gente vai implantar , agente diz campanha porque é o sentido de chamar atenção , o serviço já é realizado está acanhado , a gente aí vai fazer uma campanha que é o Salvador Sorriso. Nessa campanha a gente pretende chamar mais atenção , claro que é campanha porque vai ter uma continuidade, depois pra que em outubro a gente fechasse essa campanha no sentido de eleger dentro das escolas municipais , vai ser eleito o casal de crianças que representam a saúde bucal , então vai haver um desfile , a gente vai ter poesias várias maneiras de expressar o entendimento de saúde bucal aí agente fecharia outubro que é o mês que acontece o dia do dentista com essa idéia e nesse período de junho até outubro a gente chama atenção de chegar lá na escola , aplicar o flúor, fazer escovação irmos e depois voltarmos pra que eles fiquem pensando na saúde bucal e que fortaleça essa coisa e de certa maneira como ação educativa e preventiva. O custo, a tecnologia é mais baixa a gente pretende aí ter uma abrangência maior agora em 2007 para ir fortalecendo (entrevistado 9)

De modo geral, podem-se sistematizar as ações de saúde bucal em desenvolvimento na SMS como ações no âmbito da atenção básica, nas três

modalidades de serviço na rede: UAO, UBS e USF; ações na área de prevenção e educação representado pelos programas de saúde escolar e o projeto implantado nas creches municipais; e, pelo atendimento em unidades móveis que atuam nos bairros sem postos de saúde fixo e ações de HBS nos escovódromos da rede; além dos serviços especializados em odontologia ofertados pelos centros de especialidades odontológicas.

6. DISCUSSÃO

Os elementos contextuais identificados no município de Salvador por esse estudo, se constituíram, em sua maioria, em “nós críticos” que dificultaram a implementação da Política de Saúde Bucal pela SMS.

Segundo Matus (1996), para governar o condutor dirige um processo visando alcançar objetivos que escolhe e altera segundo as circunstâncias (seu projeto); precisa superar os obstáculos de maneira não passiva, mas ativamente resistente (governabilidade do sistema). E, para vencer essa resistência com sua força limitada, o condutor deve demonstrar capacidade de governo. Assim o processo de governo exige constante articulação dessas três variáveis. (MATUS, 1996)

6.1 Governabilidade

Levando em consideração essas variáveis, o estudo revelou um contexto de baixa governabilidade, atribuído entre outras coisas à ausência de autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde. O secretário de Saúde e sua equipe gerenciavam apenas os recursos oriundos do Ministério da Saúde, enquanto os recursos do tesouro municipal sempre que necessário eram solicitados à Secretaria da Fazenda.

A falta de gerência dos recursos provenientes do tesouro municipal foi responsável por desencadear muitos outros processos que, direta ou indiretamente, mantinham relação com a Saúde Bucal. Nesse particular, impediu o Secretário de negociar os contratos, pagar os fornecedores, garantir o pagamento do pessoal inserido via empresa terceirizada, manter a regularidade no fornecimento de insumos e pagar empresas de manutenção.

Algumas situações foram geradas em virtude do quadro apontado, pois os contratos não podiam ser negociados já que não havia garantia de que iam ser pagos. A ausência de pagamento ou o pagamento parcial foi motivo para que os fornecedores parassem de prover materiais, gerando irregularidade no fornecimento de insumos. As empresas terceirizadas responsáveis pelo pagamento de pessoal do PSF recebendo atrasado, por sua vez, também atrasavam o pagamento do salário e o repasse dos tickets que levaram a sucessivas greves em 2006, gerando um clima interno desfavorável.

O estudo de Vilas Boas (2006) encontrou questão semelhante no que concerne à autonomia financeira da SMS, a qual se encontrava “tutelada” pela administração municipal, conferindo à SMS também limitada governabilidade. Menciona, no entanto, que a perícia do dirigente criou viabilidade política suficiente para o desenvolvimento do SUS municipal.

No caso da presente investigação sugere-se que o prefeito não tratou as questões da saúde com a devida prioridade, indicando certo desprestígio da área de saúde, e, por conseguinte da saúde bucal. O que se observa é a contradição entre o discurso e a prática realizada pelo dirigente que, se por um lado, utilizou os projetos da saúde como discurso político, por outro não favoreceu a SMS, no que concerne à concessão dessa autonomia.

A implementação do programa **Dentescola e Carioca Rindo a Toa** no Rio de Janeiro demonstrou a necessidade do apoio do executivo prefeito, pois, apesar de a SMS do Rio de Janeiro de modo semelhante não apresentar autonomia financeira, o programa fora implementado (Lopes, 2007).

Segundo Matus (1996), a governabilidade do sistema depende, dentre outros fatores, do capital político do dirigente, ou seja, seu poder ou peso político. A análise do município de Salvador revela o baixo peso político que a saúde e seus projetos representaram para a prefeitura de Salvador. Nesse particular, cabe esclarecer que o período estudado compreendeu um governo formado pela coligação de vários

partidos políticos e que coube ao PT a SMS nessa conformação, representando a minoria instável na composição do governo.

Na pesquisa realizada por Kerbauy (2002), constatou-se que o executivo prefeito se constitui em agente de maior peso no processo de implementação de políticas, tendo as secretarias municipais papel secundário. Elucida que essa tendência respalda-se na Lei de Responsabilidade Fiscal e seus efeitos que estabelece punições penais como reclusão e multas, favorecendo a centralização do poder decisório na figura do prefeito. Sobre esta lei, as suas restrições quanto ao gasto com pessoal mencionado como entrave pela SMS de Salvador são referidas também pelo mencionado autor. Desse modo, o limite imposto à contratação dos recursos humanos do município se constituiu em importante entrave para a implementação da política de saúde bucal de Salvador.

6.2 Capacidade de Governo

Dispor de recursos humanos em número suficiente e devidamente instrumentalizado para a implementação de qualquer política parece ser imprescindível para o aumento da capacidade de governo do secretário e sua equipe. Nesse particular, o presente estudo registra a insuficiência de profissionais e também ausência de uma política de capacitação dos RH de Saúde bucal, tanto de nível superior como de nível médio.

Para transpor os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, a SMS tem utilizado a terceirização com estratégia de superação. Assim o que se observa na SMS, no que tange aos recursos humanos em saúde bucal, é um cenário onde se encontram profissionais inseridos por múltiplas empresas prestadoras de serviço, profissionais da SMS que ingressaram via concurso público, profissionais que acumulam os dois vínculos e especialistas que prestam serviços nos CEOs, apresentando no interior da secretaria múltiplos projetos em disputa, que dificultaram o processo de implementação da política, considerando que exige do gestor da SMS maior perícia para formar, nesse caso, projeto em comum.

Estudos sobre implementação de políticas em âmbito municipal confirmam tal argumento, onde experiências consideradas exitosas na área de saúde bucal nos municípios do Rio de Janeiro e Curitiba demonstraram que foi necessário aumentar o número de profissionais, ao tempo em os capacitavam para empreender novos projetos. (SERRA, 1998; LOPES, 2007).

O desprestígio da área de saúde no período investigado vem a ser reiterada na abordagem dada à revisão do PCCS realizado pela Secretaria de Saúde, encaminhada para a SEAD para análise e posterior implementação. Segundo entrevistados, a Secretaria de Saúde já aguarda a parecer da SEAD há algum tempo e , enquanto aguarda, busca mecanismos para superar tal problema. No caso de Campinas foi observado que a formulação e implementação do PCCS no município apresentou papel fundamental como dispositivo para recuperar os quadros SMS esvaziados e desmotivados, facilitando a viabilização da referida política (SERRA, 1998)

Em síntese, a capacidade de governo do gestor da secretaria de Saúde do município de Salvador foi comprometida pela ausência de uma política de gestão do trabalho no âmbito da SMS, que estabeleceu entraves para a execução da política municipal de saúde bucal.

6.3 Projeto de Governo

Quanto ao componente Projeto de Governo, a saúde bucal foi mencionada nos documentos tanto da Prefeitura Municipal de Salvador - PDDU, quanto da SMS - Plano Municipal de Saúde, embora o exame deste aponte a inexistência de um projeto mais bem delineado contendo, uma visão de futuro para a saúde bucal no município. Nesse particular, o projeto da saúde bucal foi reduzido a três ações apenas: melhoria do acesso da população ao tratamento odontológico nas UBS e nas unidades de atendimento odontológico de emergência; Implantação dos CEOs; e Implantação e Implementação do programa *Brasil Sorridente*, valorizando a atenção básica. Esse resultado sugere pouca apropriação acerca da proposta nacional para as políticas de saúde bucal em Salvador.

Vale ressaltar que a construção do plano foi ascendente, democrática e descentralizada, oportunizando a inserção de diversos projetos no seu interior. Com referência à saúde bucal, embora seus problemas tenham sido mencionados em todos os distritos sanitários, o grupo não obteve um nível de debate que assegurasse a inclusão de suas ações no Plano Municipal de Saúde, desprezando assim uma oportunidade concedida e reforçando a hipótese de que a área não possuía um projeto claramente definido a ser empreendido.

O estudo de Lopes (2007) ratifica a importância de conceber um projeto prévio para facilitar o processo de implementação de políticas. Para Bermudez (2002), todas as instituições deveriam seguir políticas escritas que incluíam as diretrizes e as responsabilidades dos implementadores. Ressalta ainda que a ausência de um projeto explicitado produz dificuldades não apenas no campo da análise política, como internamente para a reprodução na ponta do sistema.

Garcia (2006) sustenta tal argumento ao estudar a formulação da política de saúde bucal em dois momentos estratégicos: a inserção da saúde bucal na ESF e a elaboração do *Brasil Sorridente*. Defende que o fato do segundo caso ter concebido um projeto prévio facilitou o processo da implementação. Assim, ocupou lugar de destaque na agenda do executivo-presidente, desenhou o perfil desejável para o ministro da saúde no período da campanha, conseguiu inclusive transformar área técnica de Saúde bucal em Coordenação Nacional de Saúde bucal e também transformou o projeto do grupo em diretrizes, ainda no início do governo Lula.

Sinteticamente pode-se dizer que a SMS de Salvador apresentou um contexto de pouca governabilidade do Secretário de Saúde e sua equipe para empreender os projetos da saúde, baixa capacidade de governo, e também ausência de um projeto de saúde bucal consistente que resultaram em barreiras para a implementação da política em estudo no município.

O estudo de Chaves (2007) realizado em dois municípios exemplares na Bahia, confirma que a existência de um projeto de reorganização de práticas de saúde,

capacidade técnica e governabilidade para implementá-lo, constituíram-se em aspectos favoráveis para o desempenho das ações específicas de saúde bucal. Achados semelhantes foram encontrados por Villas Boas (2006), onde concluiu que houve modulação entre Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de governo no município para implementar política de saúde na SMS no caso investigado.

6.4 Organização do trabalho na SMS

No plano interno, o ponto mais crítico relacionou-se com a organização do trabalho na SMS de Salvador, particularmente no que se refere ao papel da COAPS e da coordenação de Saúde bucal.

O estudo revelou que na COAPS encontram-se várias áreas técnicas que não conversam entre si, isto é, cada subcoordenação organiza suas ações de forma independente uma da outra. A falta de diálogo entre as subcoodenações abrigadas no interior da própria COAPS não favorece nem a racionalização dos recursos, nem a melhor organização das ações, uma vez que foram verificados no estudo problemas financeiros enfrentados pela prefeitura no período estudado. Nesse sentido é possível indagar: crianças, adolescentes, hipertensos, gestantes não necessitam de intervenções odontológicas? A saúde bucal não é parte da ESF?

Há que se pensar se não seria mais prudente uma coordenação de atenção integral à saúde já que dentre outros desafios o SUS se depara atualmente com a necessidade da implementação de modelos de atenção que dêem conta da integralidade .

Estudos realizados em municípios cujas experiências são consideradas referências nacionais, mostraram que a implementação de políticas de saúde bucal necessitam de integração das áreas programáticas no interior da SMS para obtenção de resultados positivos. (SERRA, 1998; RONCALLI, 2000; LOPES, 2007)

6.5 Distribuição do poder setorial

Cabe recuperar o pressuposto que orienta este estudo quando refere que a “*implementação de políticas depende da distribuição do poder no interior do setor e das formas concretas da organização do trabalho nas instituições*” (PAIM, 2002p.150), para entender as relações apresentadas no interior da COAPS da SMS de Salvador.

No que concerne a essa assertiva, cumpre-nos destacar que subcoordenações da COAPS à medida que resguardavam seu processo de trabalho, asseguravam que as informações referentes a ele não seriam socializadas com outros, mantendo as informações sobre o seu domínio e acumulando poder técnico, o qual consiste na capacidade de gerar e lidar com informações distintas (TESTA, 1992).

Ocorre ainda que a apropriação dos recursos financeiros por parte da coordenação de saúde bucal referida por atores institucionais, até como ponto positivo no sentido de manter o serviço funcionando em momentos de crise, favoreceu o acúmulo de poder administrativo, já que esta modalidade de poder refere-se ao financiamento, sua orientação e a forma com que ele se desloca no interior da organização (TESTA, 1992).

Portanto, essa forma de conceber o poder técnico é utilizada como modo de acumular poder administrativo, objeto de disputa entre as sub-coordenações da COAPS.

Com relação a essa questão, o estudo mostra que a organização do trabalho na referida coordenação demonstra maior utilização da racionalidade política, expressando movimentos de acumulação e desacumulação de poder, em detrimento das racionalidades econômica, técnico-sanitária e administrativa (PAIM, 2002). Nesse caso, os elementos aqui apresentados se configuraram importantes limites para a implementação da política de Saúde Bucal no município de Salvador.

No que tange à coordenação de Saúde Bucal, a situação apresentada no interior da COAPS, se reproduz na relação desta com o distrito. Ao realizar reuniões da área de saúde bucal sem a presença da coordenação do distrito, inclusive porque no distrito estudado não possuía dentista distrital, ocorria dificuldade de interlocução. Ademais, foi mencionado que na ausência de dentista distrital, quem participava da reunião era um dentista de unidade. Aí surge a questão: Qual o nível de capilaridade que um dentista de unidade pode dar a uma informação no DS?

Portanto, o que se observou na SMS de Salvador é que a dificuldade de interlocução entre o nível central e o DS se configurou em obstáculo para a implementação da política de Saúde bucal, comprometendo também o modelo de atenção proposto pelo Plano Municipal de Saúde. Com relação a esta questão vale destacar que o plano propõe como diretrizes: o fortalecimento dos DS e do seu papel no atendimento de suas áreas de abrangência; a autonomia dos distritos sanitários para o pleno exercício de suas funções e a responsabilidade dos DS pelas ações prioritárias de Saúde, incidindo sobre causas e danos, além da vigilância em Saúde e o PSF como eixos estruturantes. Desse modo, nota-se que a concentração das ações no nível central é contraditório em relação às diretrizes e ao modelo de atenção proposto.

Tanto a política nacional *Brasil Sorridente* quanto o PMS 2006-2009 propõem à vigilância da saúde como modelo orientador da organização das práticas das ESB. No entanto, os problemas advindos dos meios de trabalho, particularmente a manutenção dos equipamentos odontológicos, foram identificados como principal limitação na organização do processo de trabalho em saúde bucal no âmbito local. Nesse particular, observa-se que os profissionais da ESB da ESF limitam-se ao uso de tecnologias materiais ignorando o potencial das tecnologias não materiais para organizar os serviços de saúde.

Em resumo, a COAPS constitui-se em arena de disputa, abarcando interesses conflitantes no espaço social em questão. Os resultados parecem indicar o compromisso com projetos individuais em detrimento da saúde da população, que nesse caso acaba sendo a maior prejudicada.

O panorama apresentado resumia-se a duas vertentes: se os equipamentos encontravam-se em condição de uso, favoreciam ao atendimento individual e assim era feito. Da mesma forma, se este não era possível, tecnologias de educação e comunicação eram empregadas. Como então diante deste cenário consolidar um modelo pautado na vigilância da Saúde? Como organizar as ações e serviços baseando-se na análise de situação de saúde? Como avaliar para reorientar os processos dentro da própria política? Que mecanismos seriam utilizados para otimizar a porta de entrada do sistema de saúde bucal que possibilitassem o aumento do acesso aos serviços de saúde bucal?

6.5 Acesso

Eis aqui outra problemática: o acesso. Nesse particular, ao relacionar a forma de organização do trabalho e a execução das ações de saúde bucal no âmbito do município de Salvador, foi reproduzido um modelo orientado pela demanda espontânea em todas as formas de acesso aos serviços de Saúde, seja nas UAOs, UBS, USF ou nos CEOs. Não houve por parte da coordenação a utilização de nenhuma estratégia que ampliasse o acesso aos serviços de saúde bucal no município de Salvador. Cumpre destacar que o principal objetivo da política *Brasil Sorridente* consiste no aumento do acesso da população aos serviços de Saúde bucal, e para tanto propõe inclusive modelos baseados na linha do cuidado ou por condições de vida.

Lopes (2007) destacou que não é necessário absorver na íntegra as propostas da política nacional, mas é imperativo a busca de estratégias como mecanismo para realizar tal propósito. A exemplo do grupo de acolhimento para aumentar o acesso aos serviços de saúde, onde se escutava o usuário para identificar a demanda, enquanto se buscava uma vaga na saúde bucal, inserida nas ações programáticas em um grupo de acolhimento em que ele se identifique (idoso, diabético, criança, etc.).

Da porta de entrada aos centros de especialidade, a SMS apresenta problemas na estruturação. Cabe problematizar o papel dos CEOs, que segundo a política nacional, vem a ser a oferta da atenção secundária e terciária facilitando o estabelecimento da referência e contra-referência na rede de saúde bucal do município. O município de Salvador utilizou os CEOs como centro de referência e também como porta de entrada, apesar de formalmente o protocolo não mencionar essa outra função. No entanto, o estudo desvendou que dentistas clínicos encontram-se inclusive lotados nos CEOs, transformando-os em ambulatórios básicos de saúde, até pela ineficiência apresentada na atenção básica pelo município.

O problema é que ao adotar essa estratégia, a SMS de Salvador compromete toda a idéia de rede de serviços de saúde. Ademais, provavelmente reforça certos elementos culturais da população que, uma vez habituada a receber o atendimento nesse nível de atenção, criará problemas futuros para a reorientação da própria política.

Assim o estudo de Serra (1998) confirma a necessidade de se estabelecer estratégias para a configuração de uma rede de serviços de saúde bucal como facilitadora da implementação da política no município de Niterói. Para tanto, mostrou ser necessário utilizar o poder concedido ao coordenador como estratégia de organização da rede. Determinou, portanto, que hospitais e centros de referência não fossem fazer atenção básica e esta decisão atuou como facilitadora do processo.

Ao abordar os atores institucionais acerca da política de saúde bucal no município de Salvador, os CEOs aparecem como principal ação a ser implementada pelo município. A política nacional propõe inclusive que estes se constituam em *“unidades de referência para a atenção básica e sempre integrada ao planejamento loco – regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica”* (BRASIL, 2004. p. 69).

Nesse sentido, o estudo demonstrou que os CEOs foram incorporados pelos incentivos financeiros ofertados pelo Ministério da Saúde, mencionado inclusive pelos entrevistados que o município se adaptou para não perder a oportunidade, contratando especialistas via empresas terceirizadas já que a rede do município não os possuía. Resultados apontados no estudo de Garcia (2006) confirmam a dependência das instâncias subnacionais das políticas federais adotando-as como mecanismos de adesão através dos incentivos ofertados por elas. Utilizou, inclusive, o exemplo do PSF para ilustrar a lógica da indução contida nas políticas federais.

Proposta semelhante ocorreu com o *Brasil Sorridente*, no que concerne aos CEOs. Nesse particular, o município de Salvador adotou os CEOs a partir dessa lógica, implantando até o final da etapa da produção de dados 4 centros de referência, sendo que, pelos critérios populacionais, Salvador pode ter até 5.

Desta forma o movimento realizado pela SMS de Salvador confirma a lógica apresentada, exigindo esforço do município para acompanhar as políticas federais, quando caberia ao município traduzir as políticas federais para as realidades locais, buscando nelas a consolidação da política municipal preterida e não o inverso.

Diante dos fatos, ao cotejar as questões discutidas no que tange à organização da rede de serviços de Saúde bucal no município de Salvador, conclui-se que há um distanciamento considerável entre o discurso contido nos documentos formais e a prática, expressão concreta da organização do trabalho dos sujeitos individuais e coletivos responsáveis pela implementação da política em estudo. Nesse particular, o que se observa é a atenção básica sem resolutividade, centros de referência atuando como ambulatórios básicos de saúde, reprodução de ações educativas em dissonância com a necessidade da população. Enfim uma reprodução de ações desorganizadas, antagônicas ao modelo proposto, seja no Brasil Sorridente, seja no PMS 2006 – 2009, que resultam no baixo acesso aos serviços de saúde bucal no município já mencionado anteriormente.

Por fim, é importante frisar alguns pontos presentes na política nacional, tais como: a qualificação da atenção básica, expansão das ESB na ESF, garantia da rede à atenção básica articulada com o restante da rede de serviços, utilização da

epidemiologia e as informações do território como subsídio para o planejamento e organização das ações, definição de política de EP para os trabalhadores de saúde bucal, entre outros. Pelos resultados da investigação, tais aspectos não obtiveram a devida importância na agenda dos implementadores da política no município.

Esses pontos parecem ser fundamentais para a reorientação do modelo de atenção no município de Salvador. Baseado nos resultados desse estudo fica a dúvida se é viável a implantação de CEOs em municípios que não haja o mínimo de estruturação da atenção básica, sob pena de comprometer a estruturação de uma rede de serviços de saúde bucal, tal como foi exemplificado por este estudo.

6.6 Ciclo da Política

Por fim, no que concerne ao ciclo da política, apesar deste ser alvo de críticas à medida que se apresenta como um processo seqüencial e claro, quando de fato compreende um processo interativo e dinâmico (KELLY & PALUMBO, 1975), este foi de grande importância para a compreensão dos fatores que se constituíram limites no momento da implementação da Política de Saúde Bucal em Salvador.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município investigado apresentou inúmeros obstáculos para a implementação de uma política de saúde bucal, podendo ser destacados a ausência de autonomia financeira da SMS e o modo como se organizou o trabalho no seu interior, particularmente na COAPS. De acordo com os depoimentos dos entrevistados, foi possível observar que a ausência de autonomia financeira da SMS e as suas relações problemáticas com a Prefeitura Municipal de Salvador e com outras secretarias integrantes do governo dificultaram a implantação da política de saúde bucal do município.

Por outro lado, a falta de autonomia financeira desencadeou uma série de outros problemas para a política em estudo, tais como: falta de regularidade no suprimento

de insumos, na manutenção dos equipamentos odontológicos e no pagamento de pessoal, que dada à dependência do processo de trabalho em saúde bucal, em relação aos meios de trabalho (tecnologias materiais), estes foram grandes obstáculos à implementação.

No que tange à organização do trabalho da SMS, foi possível observar que os interesses coletivos foram subordinados a interesses particulares dos atores responsáveis pela implementação, apontando para o papel dos sujeitos na formulação e implementação de políticas no nível local.

A fragilidade do projeto, aliado à baixa capacidade de governo e à reduzida governabilidade foram entraves à implementação da política de saúde bucal no município de Salvador. Não bastou a capacidade técnica do dirigente reafirmada pelos entrevistados no estudo. A implementação da política de saúde bucal em Salvador demonstrou que a instituição não apresentou capacidade de gestão para desenvolver esta tarefa. Em que pese o esforço do secretário municipal de saúde em implantar colegiados de gestão no sentido de organizar melhor o trabalho no interior da SMS, com vistas a uma gestão participativa e democrática, a organização do trabalho setorial configurou relações de poder que dificultaram a organização dos serviços de saúde bucal do município.

Os resultados desse estudo indicam que a política de saúde bucal no município de Salvador apresenta-se pouco estruturada. E se comparada à proposta da política *Brasil Sorridente*, há grandes divergências, uma vez que a proposição nacional não se limita à implantação de CEOs, tal como foi encontrada no município de Salvador. Portanto, a política municipal de saúde bucal tem-se enfrentado com os seguintes obstáculos ao seu desenvolvimento:

- a) Baixa cobertura da atenção básica;
- b) Baixo acesso aos serviços de saúde bucal;
- c) Ausência de uma rede de serviços que dê conta da integralidade da atenção;

- d) Implantação de centros de especialidade odontológica atuando como ambulatórios básicos de saúde;
- e) Ausência de uma política de educação permanente para CD e pessoal auxiliar;
- f) Falta de planejamento e programação nas ESB, na ESF;
- g) Falta de investimento nas ESB para atuarem consoantes com o modelo da Vigilância da Saúde;
- h) Falta de utilização da epidemiologia como ferramenta para organizar os serviços no nível distrital.

Por fim, o estudo revelou a importância do papel dos atores sociais na fase da implementação das políticas de saúde. Nesse particular, interesses conflitantes mal administrados que perpassam o espaço social podem configurar na principal barreira para a implementação da política de saúde bucal em Salvador.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Rosana. Estratégia de saúde da família. In: **Manual do treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: SESAB, 2001.

ASSIS, Lucilia N. *Políticas de saúde bucal pós-constituente (1999-2004)*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador-Bahia. 2006, 421p.

BERMUDEZ, J. Formulação, implementação e componentes de uma política de medicamentos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: ACESSO À MEDICAMENTOS DIREITO FUNDAMENTAL E PAPEL DO ESTADO. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos/seminar/acesso/apresent/bermude1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2006

BERTONE, Arnaldo A. **As idéias e as práticas**: a construção do SUS. 2002. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.

BOIKO, Tarcisio. **O estudo das organizações**. Santo Antônio da Platina,PR.: Faculdade do Norte Pioneiro - FANORPI, 2006.10p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Equipe de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 267 de 06 de março de 2001**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1997.36p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**: resultados principais. Brasília, DF, 2005.

CHAVES, Sonia Cristina de L; SILVA, Ligia Maria V. *A atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares na Bahia*. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23,n.5,p.1119 –1131, maio, 2007

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL,1.,1986 **Relatório final**, Brasília. DF, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL,2.,1993. **Relatório final**, Brasília. DF, 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL,3.,2004. **Relatório final**. Brasília. DF, 2004.

.COSTA, Humberto. *Por uma política de saúde bucal*. **Revista Espaço Acadêmico**, n 38, jul.2004.

CUNHA, Elenice Machado da. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal**: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias.2001.144f. (Dissertação de Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública,Rio de Janeiro, 2001.

DENIS, J. ; CHAMPANGNE, F. Análise da implantação de programas. In: Hartz Z.M.A. Org. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

ETZIONI, Amitai. **Organizações modernas**. São Paulo: Pioneira,1967,190p. (Serie Fundamentos de Sociologia Moderna).

GAPPI. **Metodologia de análise de políticas públicas**. Campinas,SP: Unicamp, 2002, 17p

GARCIA, Danielle do Valle. **A construção da política nacional de saúde bucal**: percorrendo os bastidores do processo de formulação.2006.,105f. (Dissertação de Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2006.

. GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer& Gaskell . **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap 3, p. 64-89.

HARTZ, Zulmira; SILVA, Ligia M. CHAVES, Sonia C. L. SILVA, Gerluce A. P Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde**. Si.,2005. p. 41-64.

HARTZ, Zulmira; SILVA, Ligia M. CHAVES, Sonia C. L. SILVA, Gerluce A. P. Metodologia para análise de implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde**. Si. , 2005. p. 207-229.

KELLY, R.M. ; PALUMBO, D. **Theories of policy making** . s.n.t. p. 643-655

KERBAUY, Maria Tereza M. Descentralização. formulação e implementação de políticas públicas.. In: ENCONTRO DA ABCP,3.,2002. Niterói, **Anais**. 2002. 17p..

LOPES, M.G.M. **Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania, “Dentescola”**: análise da política de saúde bucal no município do Rio

de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o “Brasil Sorridente”.2007, 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**.2.ed. Brasília: IPEA, 1996

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p.(Cadernos CEFOR)

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 278 p.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2006. 406p.

OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa; SOUZA, Elizabethe Cristina F. A saúde no Brasil: trajetória de uma política assistencial. In: **Odontologia social**: textos selecionados. SI. UFRN, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DE SAÚDE. Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília,DFI, 2006. 70p.

ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. Washington,DC, 25-29 de setembro de 2006.

PAIM. Jairnilson, S. **Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde**. Salvador, 1997. 23p.

PAIM. Jairnilson, S. **Saúde: política e reforma sanitária**, Salvador: CEPES, 2002. 447p

PEDDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 2005 (Tese Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2005.

PERES, M.A.A. **A saúde bucal em um sistema local de saúde**: estudo de caso no município de Ipatinga, MG, Brasil 1989-1994. 1995 (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.São Paulo, 1995.

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental**: o Caso das Organizações Sociais da saúde na Bahia. 2004, 253 f.Tese (Doutorado em Administração). Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PUCCA JR., Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246. 2006

RONCALLI, Ângelo G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (Org). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap.2., p.28-49.

RONCALLI, Ângelo G. **A organização da demanda em serviços públicos de Saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000., 239fls. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual Paulista. Araçatuba, São Paulo, 2000.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como política de saúde análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba**. 1998., 132fls. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Medicina Social UERJ, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, Pedro Luis B.; MELO Marcus André B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Sl. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas –NEPP. 2000. 17p. (Caderno n 48).

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992. 226p.

VIANNA, Maria Izabel P. **Estado e atenção odontológica no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde bucal pós- 74**. 1988. 211f. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia. 1988.

VIANA, Ana Luiza D'ávila. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública** ,Rio de Janeiro ,v.30,n.2, p.5-43,Mar./ abr. ,1996.

VILAS BOAS, Ana Luiza. **Práticas de Planejamento e implementação de políticas**. 2006. 129f.(Tese de Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2006 .

VOLPATO, Luis Evaristo. SCATENA, João Henrique. Análise política de saúde bucal do município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do sistema de informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA – SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde** ,v.15,n.2, p. 47-55, abr./ jun., 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed.. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

WERNECK, Marcos A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: **Guia curricular para a formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Curitiba : Ministério da Saúde, 2000. V. 2. , p. 247-260 .

ZANNETTI, Carlos Henrique G. **As marcas do mal estar no Sistema Nacional de Saúde Tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80**. 1993. 133f. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro – RJ. 1993.

ZANNETTI, Carlos Henrique G. **A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de produção curativo de massa.** Disponível em: www.angeonline.cjb.net. Acessado em: 12.de set.,.2005.

ZANNETTI, Carlos Henrique G.LIMA, Marina U. *Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo. **Divulgação em saúde para debate***, Londrina, n13. p18-35, jul. 1996.

ZANNETTI, Carlos Henrique G. **A inclusão da Saúde Bucal no PACS/ PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS.** Disponível em: www.saudebucalcoletiva.unb.br. Acessado em :15 de jul. , 2005.

ANEXOS

APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO 1 – SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSESSORIA TÉCNICA

1. O Senhor poderia destacar as ações de saúde bucal priorizadas nessa gestão?
2. Dessas ações quais estão sendo implantadas pela Prefeitura Municipal de Salvador?
3. Quais as possíveis facilidades ou obstáculos o Senhor identifica para a implementação das ações de saúde bucal em Salvador?
4. O senhor tem conversado com dirigentes de outras secretarias ou órgãos municipais para fins da implantação da Política de Saúde Bucal? Poderia ilustrar alguns temas ou tópicos dessa conversa? O senhor considera necessária essa articulação? Se não por quê?
5. Existe a possibilidade de que os recursos destinados para a saúde bucal sejam ampliados? Se sim como? Se não por quê?
6. Como o senhor conduz os trabalhos das coordenações? Reúnem-se frequentemente, mantem agenda de despacho? Que outras formas o Senhor gostaria de mencionar?

ROTEIRO 2 – COORDENADORES NÍVEL CENTRAL E DE DISTRITO

1. Descreva com suas palavras os pontos que acha importante destacar da Política Nacional de Saúde Bucal?
2. Você seria capaz de lembrar que ações de saúde bucal estão sendo implantadas nessa gestão? O que a Prefeitura Municipal de Salvador priorizou? E por quê?
3. A saúde bucal tem sido priorizada nessa gestão? Por quê?
4. Em sua opinião quais foram às facilidades e os obstáculos encontrados para a realização das ações de saúde bucal na secretaria municipal de saúde?
5. Você considera que os recursos destinados para a saúde bucal estão sendo suficientes? Por quê?
6. Os projetos apresentados para fins de saúde bucal tem tido apoio do gestor e da equipe técnica? Se sim como, se não por que.
7. Que atividades você desenvolve em seu trabalho para apoiar as ações de saúde bucal?
8. Diga com suas palavras o que você faz no seu dia-a-dia para realizar as suas tarefas relativas às ações de saúde bucal que constam no plano Municipal de Saúde?
9. Como se organiza o trabalho da equipe responsável pela implantação das ações de saúde bucal?
10. As coordenações conversam entre si para implantar as ações de saúde bucal? Reúnem-se com que frequência? Há outras formas de articulação? Se sim qual, se não por que.
11. Quais os principais problemas que você observa para organizar o trabalho (infra-estrutura, recursos humanos, materiais, qualificação, manutenção, dialogo, entre outros)

ROTEIRO 3 –GERENTE DAS UNIDADES DE SAUDE

1. Descreva com suas palavras os pontos que acha importante destacar da Política Nacional de Saúde Bucal?
2. Você seria capaz de lembrar que ações de saúde bucal estão sendo implantadas nessa gestão? O que a Prefeitura Municipal priorizou? E por quê?
3. A saúde bucal tem sido priorizada nessa gestão? Por quê?
4. Em sua opinião quais foram às facilidades e os obstáculos encontrados para a realização das ações de saúde bucal?
5. Você considera que os recursos (físicos, humanos, materiais, financeiros) destinados para a saúde bucal estão sendo suficientes? Se não, Por quê?
6. Os projetos apresentados para fins de saúde bucal tem tido apoio do gestor e da equipe técnica?
7. Que atividades você desenvolve em seu trabalho para apoiar as ações de saúde bucal?
8. Diga com suas palavras o que você faz no seu dia-a-dia para realizar as suas tarefas em saúde bucal?
9. Como se organiza o trabalho das equipes de saúde bucal?
10. Quais os principais problemas que você observa para organizar o trabalho das equipes de saúde bucal (infra-estrutura, recursos humanos, materiais, qualificação, manutenção, dialogo entre outros).

APÊNDICE II – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Observar em reuniões os seguintes aspectos:

1. Principais atividades realizadas;
2. Como o gestor/coordenador as desenvolve;
3. Quem decide;
4. Que informações utiliza para tomar as decisões;
5. Quem geralmente se beneficia com as decisões tomadas;
6. Quem geralmente fica insatisfeito;
7. Com quem interage durante o processo;
8. Como as pessoas se relacionam – nível de conflito;
9. Como, quanto e quem fala nas reuniões;
10. como os outros reagem as suas falas.

2.1 SUGESTÃO DE PLANILHA PARA OBSERVAÇÃO DIRETA

	Nome	Poder Técnico	Poder administrativo	Poder político
Ator 1				
Ator 2				
Ator 3				
Ator 4				
Ator 5				

APÊNDICE 3 – RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS

RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS

1. GESTOR MUNICIPAL
2. ASSESSORIA TECNICA
3. COORDENADORIA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À SAUDE
4. SUBCOORDENADORIA DE ACOMPANHAMENTO E DESENVOLVIMENTO E DISTRITO SANITÁRIO
5. COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL
6. COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS
7. COORDENADORES DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL(2)
8. GERENTE DE CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA (CEO)
9. GERENTES DE PRONTO ATENDIMENTO

10. GERENTE DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

APENDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto de mestrado em saúde comunitária, da autoria de Catharina Leite Matos Soares, sob a orientação do Prof. Jairnilson Silva Paim, tem por objetivo analisar a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em uma organização pública (Secretaria Municipal de Saúde).

Procedimentos: A coleta de dados implicará na realização da análise dos documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, de observação direta e entrevista semi estruturada envolvendo perguntas relacionadas ao objeto de estudo. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. As informações serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. Para fins acadêmicos, os resultados serão apresentados, também sob a forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado. Não há despesas ou compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo o (a) Sr.(a) terá cesso á profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Catharina Leite Matos Soares, que pode ser encontrada no ISC/UFBA ou através do e-mail: clms@ufba.br

DECLARAÇÃO

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa sobre a Implementação de Políticas de Saúde em Organizações Públicas, a secretaria Municipal de Saúde. Discuti com a pesquisadora responsável, Catharina Leite Matos Soares, sobre minha decisão em participar da referida investigação.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em consentir minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

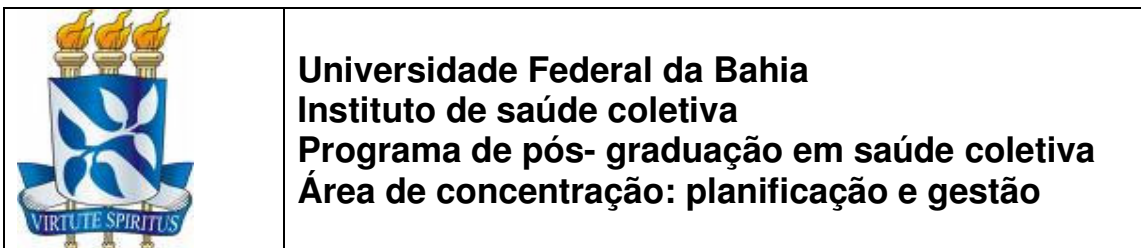
_____, de _____ de _____

Assinatura do informante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para sua participação neste estudo.

Catharina Leite Matos Soares

Pesquisadora responsável



CARTA DE SOLICITAÇÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Salvador, 10 de maio de 2007

EX. Sr
Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
DD Secretário de Saúde do Município de Salvador

Catharina Leite Matos Soares, na qualidade de acadêmica regularmente matriculada no programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, vem comunicar a V. EXa. que é de seu interesse realizar, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Comunitária, pesquisa cujo projeto intitula-se: “ A Política Nacional de Saúde Bucal no Âmbito Municipal”, sob a orientação do Prof. Jairnilson Silva Paim.

A escolha do tema justifica-se dada a importância que a saúde bucal tem conseguido no cenário das políticas públicas, e ao estudar a referida política na Secretaria Municipal de Saúde no município de Salvador, o estudo poderá contribuir na reorganização dos serviços de saúde bucal ou no reordenamento dos processos de trabalho no interior da organização.

Sendo assim, venho mui respeitosamente solicitar a V. Ex. a permissão para a coleta de dados da referida investigação.

Nos termos,

Pede deferimento,

Catharina Leite Matos Soares
RG – 0425654648
catharinamatos@yahoo.com.br

Apêndice IV : Análise dos documentos Estaduais			
Número do documento	QUESTÃO	DOCUMENTO	CONTEÚDO
03	Que ações estão sendo propostas para a saúde bucal na Bahia?	Plano estadual de Saúde (2004-2007)	<p>1 - Sua elaboração teve como marco referencial a agenda Estadual de Saúde/2004, as bases legais do SUS, os objetivos, diretrizes e metas definidas no plano nacional de Saúde e os relatórios da XII Conferencia Nacional de Saúde, I conferência de medicamentos e assistência farmacêutica e III Conferencia Estadual de Saúde Bucal.</p> <p>2- Habilitação do Estado em Gestão plena do Sistema Estadual exigindo fortalecimento da sua capacidade de gestão e da gestão descentralizada municipal, destacando-se a efetivação do acordo de empréstimo do projeto saúde Bahia que aporta resultados significativos para o fortalecimento da gestão estadual e qualificação da atenção básica- como também a revisão de toda a sua estrutura administrativa.;</p> <p>3- Dentre os problemas apontados no plano Estadual de Saúde destaca-se no que tange a saúde bucal a baixa cobertura de ações especializadas de odontologia;</p> <p>4- O plano propõe ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal por meio de cooperação técnica para implantação do programa de saúde bucal nos 417 municípios do Estado da Bahia, cooperação técnica para implantação das equipes de saúde bucal na equipe de saúde da família, implantação das ações de saúde bucal de acordo com PDR, monitoramento e desenvolvimento de ações de apoio na adoção de medidas preventivas de saúde bucal por parte dos municípios;</p> <p>5- Como indicador de acompanhamento e avaliação na área de saúde bucal determinou-se a cobertura da primeira consulta odontológica na população do Estado.</p>
02	Que ações estão sendo implementados para a saúde bucal no Estado da Bahia? Que apoio o Estado está dando aos municípios para implantar as ações de saúde Bucal?	Relatório de Gestão 2004	<p>1- Organização da III conferencia Estadual de Saúde Bucal;</p> <p>2- Incremento na implantação de ESB no PSF onde foram implantadas em 2004, 225 novas equipes passando de 444 em 2003 para 669 em 2004;</p> <p>3- Investimento de estratégia para habilitação de 05 centros de referencia em Saúde Bucal (CEO): Salvador, Vitória da Conquista, Eunápolis, Juazeiro e Itabuna oferecendo procedimentos do tipo I (ortodontia, endodontia, cirurgia e prótese) e do tipo II de acordo com demandas locais;</p> <p>4- Prestação de assessoria técnica aos 417 municípios para fluoretação da água de abastecimento público, e monitoração do teor de flúor em 153 municípios;</p> <p>5- Elaboração de um programa de capacitação para prevenção e controle do câncer de boca;</p> <p>6- Capacitação de odontólogos no programa acima em diversas micro regiões do Estado</p>
03		Relatório de Gestão	1-Foi acompanhado 267 municípios dos 371 que integram o PSF, com 902 equipes de

		2005	<p>saúde bucal, indicando um aumento de 223 equipes em 2005;</p> <p>2-Foi realizado seminário sobre experiência de acreditação e certificação;</p> <p>3- Foi elaborado o programa de prevenção e controle do câncer de boca realizado em parceria com o CICAN e Faculdade de odontologia da UFBA. Para atender ao programa foram capacitados 51 cirurgiões dentistas das 32 micro regiões da saúde em diagnóstico de câncer bucal;</p> <p>4- Foi promovido um curso de facilitadores em educação permanente de Saúde bucal em DST/AIDS para 37 profissionais, sendo 27 da Bahia e 12 de Sergipe, em parceria com MS e o ISC/UFBA;</p> <p>5- Investimento para viabilização a habilitação dos CEOS, e conta com 36 CEOs em 34 municípios;</p> <p>6- dentro dessa estratégia os laboratórios regionais de prótese dental, senda aprovados 15 e credenciados 3: Salvador, São Felix e Vitória da Conquista.; ofertando próteses totais e parciais às suas populações;</p> <p>7- Destaca-se o incremento na implantação de ESB no PSF.</p>
04		Relatório de Gestão 2006	<p>1- Em 2006 houve implantação de 322 novas equipes de Saude Bucal nas ESF;</p> <p>2- Foi implantado o programa de prevenção e controle do câncer de boca realizado em parceria com o CICAN e Faculdade de odontologia da UFBA. Para atender ao programa foram capacitados 51 cirurgiões dentistas das 32 micro regiões da saúde em diagnóstico de câncer bucal;</p>

Apêndice V: Análise dos documentos Municipais			
Número do documento	QUESTÃO	DOCUMENTO	CONTEÚDO
05	Quais os problemas apontados pelo plano em relação à saúde bucal?	Plano estadual de Saúde (2004-2007)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para efeito de elaboração deste plano se considerou o CPOD de 1,52 aos 12 anos, coletado no DataSUS, 2002; 2. Idem para o câncer de boca por 100.000 habitante foi de 12,84 para o sexo masculino e 3.36 para o sexo feminino; 3. Em relação aos problemas de saúde por ordem crescente a saúde bucal aparece em 16 lugar (cárie, doença periodontal e câncer bucal); 4. Em relação aos serviços de Saúde a SMS apresenta reduzida rede própria de serviços em SB – 310 equipes odontológicas: 157 estão nas universidades, 96 municipais e 16 no setor privado; 5. Nas unidades da SMS são ofertados apenas serviços de odontologia restauradora; 6. A SMS a partir de 200 inicia a implantação do PSF, porém o plano não menciona a implantação das equipes de Saúde bucal no PSF;
05	Que problemas apresenta a SMS que dificulta a implantação das ações de Saúde Bucal?		<ol style="list-style-type: none"> 1. Salvador passa de Gestão parcial para gestão plena da AB, implicando em aumento da oferta de serviços sob sua responsabilidade; 2. Salvador apresenta um grau incipiente de reorientação do modelo de atenção, que se expressa na incipiência das ações básica, em especial as ações de promoção da saúde; 3. A SMS herdou o sistema que reproduz o modelo assistencial médico privatista; 4. A SMS apresenta baixa capacidade gerencial e organizativa derivada da insuficiência de pessoal qualificado para exercer tarefas demandadas pela mudança induzida pela municipalização; 5. A SMS apresenta deficit de RH em quantidade e distribuição; 6. <u>Infra estrutura</u> - Insuficiente capacitação Técnica e Baixa estrutura física e estrutura de insumos e material permanente; 7. <u>Político – Gerenciais</u> - atendimento desordenado à demanda espontânea; ausência de PSF; falta de planejamento e programação local; falta de normas e rotinas de atendimento; desarticulação dos gerentes da US com os CLS; Falta de informação e comunicação dos usuários; número insuficiente de unidades de saúde; porte insuficiente de muitas unidades de saúde existentes; má distribuição territorial;

			<p>desorganização do sistema de referencia e contra referencia;</p> <p>8. <u>Inexistência de integralidade das ações de saúde</u> - falta de sistema de referencia e contra referencia para média e alta complexidade; desarticulação da rede complementar; desarticulação das três esferas de governo; falta de articulação intersetorial; inexistência de ações educativas de prevenção e promoção da saúde; ideologia profissional centrada no modelo médico privatista;</p> <p>9. <u>Baixa Capacidade Operacional/ produção de serviços</u> – Carência de RH, sub-registro dos serviços produzidos; Falta de monitoramento das informações sobre a produção dos serviços, falta de remuneração por produtividade; insuficiente capacitação e humanização dos profissionais de atendimento publicam;</p> <p>10. <u>Ritmo lento de ampliação do PSF</u> - financiamento insuficiente; indefinição da forma de contratação dos profissionais para o PSF;</p>
05	Que ações estão sendo propostas para a saúde bucal em Salvador?		<p>1. <u>Reorientação do modelo assistencial e descentralização</u> –aumento da cobertura do PSF com a implantação de 174 equipes;</p> <p>2. <u>Desenvolvimento de ações de AB-</u> com o objetivo de reduzir a incidência de doenças bucais em crianças de 5 a 14 anos propõe: ampliação das ações de odontologia sanitária para as equipes de PSF e garantia de assistência curativa básica para a população com pelo menos 0,5 UTO/ habitante; Não há referencia quanto a implantação de ESB no PSF;</p> <p>3. <u>Desenvolvimento de RH</u> – Apresenta a meta de contratar 45 odontólogos; Nhá referencia quanto a capacitação de pessoal.</p>
06	Que ações estão sendo implementadas no município de Salvador para a saúde Bucal?	Relatório de Gestão 2004	<p>1. Aumento de UBS passando de 17 para 81 neste ano;</p> <p>2. Redução dos prestadores da rede complementar;</p> <p>3. Incremento da produção ambulatorial de odontologia de 10,07% de 2003 para 2004 (925.655 para 1.018.853) e a rede privada apresentou uma redução de- 7,45%;</p> <p>4. A produção de ações básica em odontologia sofreu um crescimento de 57,9% se comparado a 2003, este crescimento é atribuído ao aumento de ESB (69 equipes) no PSF e do programa de saúde na escola;’</p> <p>5. Ocorre uma oscilação da produção ao se analisar a série histórica no período de 2000 a 2004 com destaque especial para 2002 atribuído a parceria entre SMS e a FDC/Campus III(Faculdade Baiana de Medicina)</p>

			<p>e a parceria com a secretaria de educação com projeto saúde na escola;</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Destaca-se neste ano atividades de prevenção que envolve: exame epidemiológico, atividades educativas, atividades com Flúor e HBS – priorizadas para crianças de 5 a 14 anos; 7. O indicador acima foi monitorado pela PPI, sendo alcançados 0,49 procedimentos criança ano, ultrapassando a meta pactuada que é de 0,06 procedimento/ criança/ ano; 8. Na produção dos procedimentos especializados destaca-se um aumento das restaurações com Ionômero de vidro decorrente da ampliação da oferta deste procedimento nessas unidades municipais; 9. Ocorreu a capacitação de ESF em treinamento introdutório com recursos do PROESF; 10. Número de ESF passou de 44 para 91; 11. Implantação de forma alternativa para gerenciar as unidades de saúde do município – Comissão gerencial representado pelo gerenciamento participativo; 12. Foi realizado a 1º Conferencia Municipal de Saúde Bucal, cujo tema foi “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”discutiui a formulação e implementação da política municipal de saúde bucal; 13. Ressalta-se a implantação de duas iniciativas inovadoras: 1)criação dos serviços de urgência 24 horas inclusive finais de semana e feriados, 2) Criação dos CREO – Centro de referencia de especialidades odontológicas; 14. No CREO, houve a aquisição de 10 equipamentos portáteis para atendimento em domicilio de pacientes com necessidades especiais com dificuldade de locomoção; 15. SMS passou a integrar o programa Brasil Sorridente; 16. Em 2004 a SMS possui a seguinte rede de serviços odontológicos: 119 Gabinetes odontológicos distribuídos em 81 unidades de saúde- 57 oferecem serviços básicos curativo, restaurador e preventivo, 28 são USF e contam com 69 ESB, 05 funcionam em regime de plantão 24 horas, 01 centro de referencia e 10 equipamentos portáteis; 17. O programa de saúde na escola oferece aos alunos da rede municipal de saúde atendimento odontológico preventivo, curativo e restaurador em unidades móveis em cada escola;
--	--	--	---

			<p>18. Houve um levantamento epidemiológico em todos os DS que obteve os seguintes resultados: redução significativa da prevalência de cárie nas últimas duas décadas podendo estar relacionado a componentes ambientais, acesso a dentrífcio fluoretado e água fluoretada e ações dos serviços de saúde (aumento dos procedimentos cceletivos)</p>
07	Que ações estão sendo implementadas no município de Salvador para a saúde Bucal?	Relatório de Gestão 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1. Houve expansão da cobertura do PSF em 2005 de 14 para 16% (81 equipes janeiro/2005 para 114 em dezembro de 2005); 2. Inaugurou-se dois CEOS; 3. Houve a recuperação de 7 das 16 unidades móveis que se encontram paralisadas; 4. Atuação do programa de saúde na escola em 04 escolas municipais – atendendo cerca de 2.500 pessoas na faixa etária de 06 a 15 anos; 5. Foram adquiridos 25 equipamentos odontológicos resultando na ampliação de 37% e recuperados cerca de 80; 6. Houve a qualificação de 9856 profissionais de áreas estratégicas, inclusive da saúde bucal; 7. Avanços no controle social com a inclusão de entidades populares e de profissionais de saúde como o CRO, para fortalecer as redes de interlocução; 8. Redução do número de procedimentos básicos em odontologia em (2004 / 1.105.226 – 2005/ 964.206); 9. Redução da produção ambulatorial em 10,06%; 10. Incremento dos procedimentos de necropulpectomia decíduos e permanentes, sutura de ferida da mucosa bucal e face e restauração com Ionômero de vidro; 11. Realizaram-se 12 oficinas em PPLS nos 12 distritos sanitários, com participação de lideranças da comunidade, profissionais de saúde, gerentes e coordenadores de cinco eixos temáticos: Saúde da criança, do adolescente, da mulher, adulto, idoso, mental, bucal, vigilância em saúde e saúde da população negra, participação social e organização dos serviços; 12. Foi realizada auditoria na red própria inclusive no CEO para avaliação da organização e funcionamento da unidades para adoção de medidas imediatas para correção das não conformidades;

			<p>13. Conta-se com 114 ESF e 81 ESB distribuídos em 34 USF em 10 distritos sanitários: subúrbio ferroviário, Itapagipe, Brotas, Barra- Rio Vermelho, Cajazeiras, Liberdade, Itapuã, São Caetano – Valéria, Pau da Lima e Cabula – Beiru;</p> <p>14. No ano anterior havia 81 ESF e 77 ESB em 10 distritos sanitários;</p> <p>15. Apenas subúrbio ferroviário apresenta cobertura próxima de 50%, sendo ainda uma cobertura inexpressiva para haverem mudanças expressivas em alguns indicadores.</p>
08		Plano Municipal de Saúde 2006-2009	
	Quais os problemas apontados pelo plano em relação à saúde bucal?		<ol style="list-style-type: none"> 1. A cárie e as doenças periodontais são apontada no plano em todos os grupos populacionais exceto homens adultos e idosos (crianças, adolescentes e mulheres adultas e gestantes); 2. Aparece na população geral problemas de saúde bucal: cárie, doença periodontal, edentulismo e problemas estéticos; 3. De modo geral um dos principais problemas da população são a carie e doença periodontal; 4. Ocorre que a oferta é insuficiente na AB e urgências em SB; 5. Idem para média e alta complexidade; 6. Quanto ao RX odontológico a oferta é maior que a necessidade
	Que problemas apresenta a SMS que dificulta a implantação das ações de Saúde Bucal?		<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Infra- estrutura</u> – Falta de unidades de saúde para atender a demanda, Insuficiência de consultórios e unidades para atender a demanda, espaço físico insuficiente para atender a demanda, falta de estrutura física e funcional das unidades, dificuldade de acesso em odontologia, falta de insumos, falta de centros de referencia para a saúde bucal, baixa qualificação de pessoal, falta de capacitação de pessoal, de supervisão e sensibilização dos RH, falta de capacitação dos profissionais de saúde bucal, diminuição do aproveitamento do THD, existência de duas ESF para uma ESB; 2. <u>Gestão</u> – Irregularidade no fluxo de insumos e burocracia no processo de aquisição, Falta de análise dos dados, indicadores em saúde bucal, falta de planejamento adequado para as ações e reformas estruturais nas unidades de saúde bucal, centralização das informações e decisões, problemas de comunicação e informação entre unidades e usuários, perfil inadequado dos gerentes para trabalhar com a

			<p>comunidade organizada, Falta de intercambio, integração e educação permanente para os profissionais, falta de implementação de políticas públicas e avaliação de programas sociais, falta de uma política de saúde bucal para os distritos, ênfase na produtividade em detrimento da qualidade, baixa visibilidade das práticas e políticas de saúde, falta de valorização da saúde bucal, falta de informação dos usuários acerca dos serviços oferecidos pelo SUS, falta de manutenção dos equipamentos, desinformação dos usuários sobre a oferta dos serviços, desabastecimento das unidades.</p> <p>3. <u>Modelo de Atenção</u> – Baixa resolutividade das unidades básicas de saúde, Falta dos protocolos para os serviços oferecidos e para pacientes especiais em saúde bucal inclusive portadores de doenças sistêmicas, falta de atividades culturais e educativas em saúde bucal, deficiência na prevenção em saúde bucal, grande demanda para o serviço de saúde bucal, deficit de cobertura em saúde bucal;</p> <p>4. <u>Organização dos serviços</u> – Ausência de unidades de referencia em saúde bucal;</p> <p>5. <u>Financiamento</u> – não foi identificado problemas nesse âmbito;</p> <p>6. <u>Problemas da população e ambiente</u> – medo de dentista.</p>
	Que ações estão sendo propostas para a saúde bucal em Salvador?		<p>1. Incorporação definitiva do atendimento odontológico à rede básica de serviços de saúde do município (diretriz do PDDU);</p> <p>2. Que o modelo de atenção na perspectiva da VISAU, deve estabelecer diálogo com outras combinações tecnológicas inclusive a saúde bucal;</p> <p>3. O PMS propõe para a saúde bucal - organizar a rede assistencial em saúde bucal (OBJ12) em três ações: 1) melhoria do acesso da população ao tratamento odontológico nas UBS e nas unidades de atendimento odontológico de urgência, 2) Implementação do programa Brasil Sorridente, 3) Implantação dos centros de especialidades odontológicas.</p>
09		Relatório de Gestão 2006	<p>1. Houve a implantação de mais um CEO;</p> <p>2. Houve a implantação de semana de Saúde – consiste no atendimento odontológico nos bairros onde não há unidade fixa, se executa atendimento odontológico preventivo e curativo, HBS, aplicação de flúor, ações educativas sobre vários temas;</p> <p>3. Foi implantado projeto com o objetivo de desenvolver ações preventiva e educativas nas creches municipais;</p>

			<ol style="list-style-type: none">4. Foram reformados equipamentos odontológicos já existentes, adquiridos materiais e instrumentais, aumentando em 50% o número de equipamentos;5. As ações básicas realizadas correspondem a 23% da meta estabelecida.6. As ações especializadas a meta 145%.
--	--	--	---

Apêndice VI : documentos municipais

PMS X RELATORIO DE GESTÃO

Quais as ações propostas para a saúde bucal (2002 a 2005)?	Quais as ações realizadas em saúde bucal?	Observações
<p>4. Reorientação do modelo assistencial e descentralização – aumento da cobertura do PSF com a implantação de 174 equipes;</p> <p>5. Desenvolvimento de ações de AB- com o objetivo de reduzir a incidência de doenças bucais em crianças de 5 a 14 anos propõe: ampliação das ações de odontologia sanitária para as equipes de PSF e garantia de assistência curativa básica para a população com pelo menos 0,5 UTO/ habitante; Não há referencia quanto a implantação de ESB no PSF;</p> <p>6. Desenvolvimento de RH – Apresenta a meta de contratar 45 odontólogos; Não há referencia quanto à capacitação de pessoal</p>	<p style="text-align: center;">(2004)</p> <p>19. Aumento de UBS passando de 17 para 81 neste ano;</p> <p>20. Redução dos prestadores da rede complementar;</p> <p>21. Incremento da produção ambulatorial de odontologia de 10,07% de 2003 para 2004 (925.655 para 1.018.853) e a rede privada apresentou uma redução de- 7,45%;</p> <p>22. A produção de ações básica em odontologia sofreu um crescimento de 57,9% se comparado a 2003, este crescimento é atribuído ao aumento de ESB (69 equipes) no PSF e do programa de saúde na escola;</p> <p>23. Ocorre uma oscilação da produção ao se analisar a série histórica no período de 2000 a 2004 com destaque especial para 2002 atribuído a parceria entre SMS e a FDC/Campus III(Faculdade Baiana de Medicina) e a parceria com a secretaria de educação com projeto saúde na escola;</p> <p>24. Destaca-se neste ano atividades de prevenção que envolve: exame epidemiológico, atividades educativas, atividades com Flúor e HBS – priorizadas para crianças de 5 a 14 anos;</p> <p>25. O indicador acima foi monitorado pela PPI, sendo alcançados 0,49 procedimentos criança ano, ultrapassando a meta pactuada que é de 0,06 procedimento/ criança/ ano;</p>	

	<ol style="list-style-type: none">26. Na produção dos procedimentos especializados destaca-se um aumento das restaurações com lonômero de vidro decorrente da ampliação da oferta deste procedimento nessas unidades municipais;27. Ocorreu a capacitação de ESF em treinamento introdutório com recursos do PROESF;28. Número de ESF passou de 44 para 91;29. Implantação de forma alternativa para gerenciar as unidades de saúde do município – Comissão gerencial representado pelo gerenciamento participativo;30. Foi realizado a 1º Conferência Municipal de Saúde Bucal, cujo tema foi “Acesso e qualidade, superando a exclusão social” discutiu a formulação e implementação da política municipal de saúde bucal;31. Ressalta-se a implantação de duas iniciativas inovadoras: 1) criação dos serviços de urgência 24 horas inclusive finais de semana e feriados, 2) Criação dos CREO – Centro de referencia de especialidades odontológicas;32. No CREO, houve a aquisição de 10 equipamentos portáteis para atendimento em domicilio de pacientes com necessidades especiais com dificuldade de locomoção;33. SMS passou a integrar o programa Brasil Sorridente;34. Em 2004 a SMS possui a seguinte rede de serviços odontológicos: 119 Gabinetes odontológicos distribuídos em 81 unidades de saúde- 57 oferecem serviços básicos curativo, restaurador e preventivo, 28 são USF e contam com 69 ESB, 05 funcionam em regime de plantão 24 horas, 01 centro de referencia e 10	
--	--	--

	<p>equipamentos portáteis;</p> <p>35. O programa de saúde na escola oferece aos alunos da rede municipal de saúde atendimento odontológico preventivo, curativo e restaurador em unidades móveis em cada escola;</p> <p>36. Houve um levantamento epidemiológico em todos os DS que obteve os seguintes resultados: redução significativa da prevalência de cárie nas últimas duas décadas podendo estar relacionado a componentes ambientais, acesso a dentrífcio fluoretado e água fluoretada e ações dos serviços de saúde (aumento dos procedimentos coletivos)</p>	
	<p style="text-align: center;">(2005)</p> <p>16. Houve expansão da cobertura do PSF em 2005 de 14 para 16% (81 equipes janeiro/2005 para 114 em dezembro de 2005);</p> <p>17. Inauguraram-se dois CEOS;</p> <p>18. Houve a recuperação de sete das 16 unidades móveis que se encontram paralisadas;</p> <p>19. Atuação do programa de saúde na escola em 04 escolas municipais – atendendo cerca de 2.500 pessoas na faixa etária de 06 a 15 anos;</p> <p>20. Foram adquiridos 25 equipamentos odontológicos resultando na ampliação de 37% e recuperados cerca de 80;</p> <p>21. Houve a qualificação de 9856 profissionais de áreas estratégicas, inclusive da saúde bucal;</p> <p>22. Avanços no controle social com a inclusão de entidades populares e de profissionais de saúde como o CRO, para fortalecer as redes de interlocução;</p> <p>23. Redução do número de procedimentos básicos em</p>	

	<p>odontologia em (2004 / 1.105.226 – 2005/ 964.206);</p> <p>24. Redução da produção ambulatorial em 10,06%;</p> <p>25. Incremento dos procedimentos de necropulpectomia decíduos e permanentes, sutura de ferida da mucosa bucal e face e restauração com Ionômero de vidro;</p> <p>26. Realizaram-se 12 oficinas em PPLS nos 12 distritos sanitários, com participação de lideranças da comunidade, profissionais de saúde, gerentes e coordenadores de cinco eixos temáticos: Saúde da criança, do adolescente, da mulher, adulto, idoso, mental, bucal, vigilância em saúde e saúde da população negra, participação social e organização dos serviços;</p> <p>27. Foi realizada auditoria na rede própria inclusive no CEO para avaliação da organização e funcionamento das unidades para adoção de medidas imediatas para correção das não conformidades;</p> <p>28. Conta-se com 114 ESF e 81 ESB distribuídos em 34 USF em 10 distritos sanitários: subúrbio ferroviário, Itapagipe, Brotas, Barra- Rio Vermelho, Cajazeiras, Liberdade, Itapuã, São Caetano – Valéria, Pau da Lima e Cabula – Beiru;</p> <p>29. No ano anterior havia 81 ESF e 77 ESB em 10 distritos sanitários; Apenas subúrbio ferroviário apresenta cobertura próxima de 50%, sendo ainda uma cobertura inexpressiva para haverem mudanças expressivas em alguns indicadores.</p>	
(2006 a 2009) - Quais as ações propostas para a saúde bucal?	Quais as ações realizadas em saúde bucal?	
<p>4. Incorporação definitiva do atendimento odontológico à rede básica de serviços de saúde do município (diretriz do PDDU);</p> <p>5. Que o modelo de atenção na perspectiva da</p>	<p>(2006)</p> <p>7. Houve a implantação de mais um CEO;</p> <p>8. Houve a implantação de semana de Saúde – consiste no atendimento odontológico nos bairros</p>	

<p>VISAU, deve estabelecer diálogo com outras combinações tecnológicas inclusive a saúde bucal;</p> <p>6. O PMS propõe para a saúde bucal - organizar a rede assistencial em saúde bucal (OBJ12) em três ações:1) melhoria do acesso da população ao tratamento odontológico nas UBS e nas unidades de atendimento odontológico de urgência,2) Implementação do programa Brasil Sorridente,3)Implantação dos centros de especialidades odontológicas.</p>	<p>onde não há unidade fixa, se executa atendimento odontológico preventivo e curativo, HBS, aplicação de flúor, ações educativas sobre vários temas;</p> <p>9. Foi implantado projeto com o objetivo de desenvolver ações preventivas e educativas nas creches municipais;</p> <p>10. Foram reformados equipamentos odontológicos já existentes, adquiridos materiais e instrumentais, aumentando em 50% o número de equipamentos;</p> <p>11. As ações básicas realizadas correspondem a 23% da meta estabelecida.</p> <p>12. As ações especializadas a meta 145%.</p>	
---	---	--

Apêndice VI : Recomendações para referência e contra referência

Conteúdo	<p>Compreende a organização dos fluxos de gerenciamento do Sistema de Saúde bucal, para referência e contra referência da AB para atenção especializada.</p> <p>Critérios:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Definir critérios de priorização de encaminhamento pactuando sistema municipal de saúde com a comunidade e conselhos locais de saúde;2) Encaminhar preferencialmente pacientes em tratamento nas UBS do PSF ou referenciados de outros centros de especialidades ou hospitais;3) O usuário deve ser encaminhado com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal), terapia periodontal básica, remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie;4) Os casos de urgência devem ser selecionados nas unidades básicas ou no pronto atendimento;5) O agendamento deve ser realizado respeitando os critérios de cada município e da gerência do CEO;6) O encaminhamento deve ser feito através de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias;7) Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamentos realizados;8) As necessidades encaminhadas que incluam duas ou mais especialidades para sua resolução devem ser resolvidas através de inter – consultas no CEO.9) Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem ser primeiramente estabilizados na UBS para posterior encaminhamento.
-----------------	--

REQUISITOS BÁSICOS PARA REFERÊNCIA: Diagnóstico das lesões de boca e câncer bucal.

Todo CEO deve realizar no mínimo serviços de estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal;

1. As necessidades de avaliação estomatológicas deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contra-referência, onde conste o motivo do encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão;
2. O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignação ou com suspeita de malignidade na boca, deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para o seu comparecimento aos locais, desde a suspeita da lesão, comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento;
3. Os tratamentos de alta complexidade devem ser formalizados por documentos de referência e acompanhados pelos profissionais do CEP;
4. A execução de biópsia no CEO é incluído no código SIA - SUS
5. O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignação, ou de outros agravos estomalógico (de etiologia diversa) nos CEOS não deve inviabilizar as realizações desses procedimentos, nas UBS.

***Critérios de Inclusão**

1. Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado, ou seja desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia), ou solicitação de outros exames complementares adicionais;
2. Pacientes com área da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentam-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que estejam acima de 40 anos de idade;
3. Lesões ósseas de naturezas diversas, localizadas no maxilar ou na mandíbula;

4. Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar;

Obs: Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento;

Pacientes portadores de lesões brancas, vermelhas ou negras (exceto as variações da normalidade); hipertrofias; nódulos, vesículas, bolhas e aumento de volume na mucosa; pacientes acima de 40 anos, sexo masculino, tabagismo crônico; desnutrido e imunodeprimidos; presença de lesões de leucoplasias, quelite actínea ou líquen plano do tipo erosivo/ulcerado.

2. REQUISITOS BÁSICOS PARA REFERÊNCIA: Endodontia

- Encaminhado para o CEO a partir das UBS e USF;
- Os usuários originados das UAO devem se dirigir a UBA
- Usuários em tratamento nas UBS para serem encaminhados deverão receber minimamente ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal, remoção de restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de H.O., profilaxia e raspagem supra gengival);
- Priorizar tratamento em vês do retratamento e dentes permanentes em relação ao
- Avaliar previamente ao encaminhamento a origem da dor: periodontal ou endodôntica;
- Avaliar antes da exodontia a viabilidade do isolamento relativo quando o absoluto não for possível;
- Dentes com envolvimento de furca grau 1 e 2 solicitar avaliação do periodontista;
- Dentes com polpa vital e rizogênese incompleta deverão ser submetidos a tec. de pulpolomia para favorecer a especificação.

*Critérios de inclusão:

Tratamento:

1. Estar em tratamento nas UBS;
2. Preferencialmente dentes permanentes;
3. Endo de 3º molar só se o usuário apresentar muitos elementos faltantes; houver necessidade de sua manutenção e com

diagnóstico favorável;

4. Antes de encaminhar o dente deve ser preparado: remoção de tec. Cariado, penetração desinfetante, curativo de demorar e restauração provisória.

Retratamento

- Aqueles com sintomatologia dolorosa;
- Os assintomáticos, fazer acompanhamento radiográfico. No surgimento de lesões ou aumento de.....existentes encaminhar para o retratamento;
- Priorizar dentes anteriores e pilares de PPR com diagnóstico favorável;

*Critérios de exclusão

- Dentes com envolvimento de furca grau 3 ou com doença periodontal severa;
- Dentes com perda de inserção que impossibilite sua manutenção na arcada;
- Não devem ser encaminhados usuários com necessidade de pulpotomia, devem ser realizadas nas UBS;
- Terceiros molares si antagonistas e com acesso restrito.

REQUISITOS BÁSICOS PARA REFERÊNCIA: Periodontia

1. Encaminhar os pacientes com tratamento mínimo;
2. Avaliar grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento;
3. Tratamento de urgências periodontais atenderem preferencialmente nas UBS e UAO;
4. A manutenção do tratamento realizado no CEO deve ser feito na UBS.

*Critério de Inclusão

1. Necessidade de tratamento não cirúrgico em bolsas acima de 6 mm;
2. Necessidade de cirurgia periodontal com acesso;
3. Necessidade de cirurgia pré – protética;

4. Pacientes com periodontite refratária;
5. Pacientes com doença periodontal severa e sinais de agravamento sistêmico
6. Lesão de endo-perio, seqüelas de gunga; fibrose e hiperplasia gengival.

*Critério de Exclusão:

Tratar na UBS

1. Pacientes com bolsas periodontais de até 4 mm.
2. dentes com acentuada mobilidade vertical
3. dentes com severa destruição coronária (raízes residuais)

REQUISITOS BÁSICOS PARA REFERÊNCIA: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial

- Nesses casos o encaminhamento fica por conta CD generalista

Prioridades: apicectomia e obturação retrógrada, , cirurgia de dentes inclusos e semi inclusos, frenectomia lingual, ulectomias, osteotomia corretiva, cirurgia de tecidos duros e moles, cirurgia pré protética.

Critérios de exclusão:

Tratar na UBS:

- 1) Pacientes com bolsas periodontais de até 4 mm
- 2) Dentes com acentuada mobilidade vertical;
- 3) Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).

REQUISITOS BÁSICOS PARA REFERÊNCIA: Portadores de Necessidades Especiais

- A porta de entrada é sempre a UBS;
- Encaminhar os pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo para o CEO que avaliará a necessidade ou

não do atendimento hospitalar sob anestesia geral;

- Após avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral do paciente;
- Atender sempre que possível na UBS e quando necessário o encaminhamento mandar com relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional.

Critérios de Inclusão

- 1) Pacientes que foram avaliados nas UBS e não permitiram o atendimento clínico convencional;
- 2) Incluem-se nesse grupo: pacientes com movimentos involuntários; portadores de sofrimento mental que apresentam dificuldades de atendimento na UBS após duas tentativas frustradas; com deficiência mental, deficientes sensoriais e físicos quando associadas aos distúrbios de comportamento; pessoas com patologias sistêmicas crônicas;metabólicas; alterações genéticas e outras; deficientes neurológicos “grave”; doenças degenerativas do SNC; paciente autista; crianças de 0 a 02 anos com cárie aguda ou crônica generalizada entre outros.

Apêndice VI : Protocolo de Assistência em Saúde bucal nas Unidades de Urgência

Conteúdo

- Demanda crescente por serviços de urgência devido a ineficaz referência e contra-referência e a insuficiente estruturação da rede básica;
- Necessidade de ordenar o atendimento as urgências garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para estas, estabilização e referência adequada dos pacientes dentro do Sistema de Saúde;
- Há uma preocupação com escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na A.B. aonde esses serviços oferecem atendimento de pequena resolutividade, o que implica em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”;
- Aberto nas 24 horas / dia estes serviços acabam por funcionar como “porta de entrada do SS”;
- Ocorre uma lotação nas unidades de urgência, onde misturam-se pacientes de urgência propriamente dito, pacientes desgarrados da AB e especializada e as urgências sociais e comprometem a qualidade da assistência;
- A superlotação é agravada por problemas organizacionais deste serviço como falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso;
- O protocolo tem o objetivo de proporcionar uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas para promover universalidade do acesso, a equidade e integralidade na atenção prestada;
- Ao chegar a rede o usuário é avaliado e encaminhado conforme tratamento;
- Os tratamentos básicos de urgência podem ocorrer nas UAO, UBS e USF;
- Nos casos de necessitar de atendimento especializado (exodontias cirúrgica, endodontia, pacientes portadores de necessidades especiais, oncologia / estomatologia, periodontia, dentística, odontopediatria) com preenchimento pelo CO da ficha de referência, com diagnóstico, procedimentos necessários, especialidade e unidades dentárias disseminadas.

DAS UAO:

- 1) Consulta – estabelecer a necessidade de tratamento;
- 2) Administração de medicamento - prescrito pelo CO e administrada pelo Auxiliar de Enfermagem;
- 3) Pressão arterial;
- 4) Excisão com sutura simples de pequenas lesões de pele / mucosa;
- 5) Incisão e drenagem de abscesso – quando houver ponto de flutuação;
- 6) Selamento da cavidade com cimento provisório;
- 7) Capeamento direto – fazer o capeamento e referenciar sua restauração;

	<p>8) Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório: quando se tratar de pré – molar, pois estas unidades tem referência de TE no CEO;</p> <p>9) Exodontia de decíduos;</p> <p>10) Exodontia de dentes permanentes: se o dente apresentar cárie com comprometimento pulpar, onde esta unidade não há referência de tratamento endodôntico no CEO (molares ou o paciente não tem condições de tratá-lo em outro local).</p> <p>11) Pericoronarite;</p> <p>12) Remoção de resto radicular: se há sintomatologia indica- se a exodontia. Se é antigo, referenciá-lo na rede básica;</p> <p>13) Alveolite;</p> <p>14) Hemorragia;</p> <p>15) Sutura de ferida da mucosa bucal e da face;</p> <p>16) Tratamento periodontal em situação de urgência;</p> <p>17) Remoção de corpo estranho da região buco – maxilo - facial: remoção de projétil arma de fogo ou outro corpo estranho na região realizar e suturar quando necessário e estiver ao alcance das condições de infra – estrutura e técnico – profissionais no momento;</p> <p>18) Tratamento cirúrgico de fistula extra oral e intra oral;</p> <p>19) Contenção (esplintagem);</p> <p>20) Rx periapical e interproximal : quando necessário para auxiliar o diagnóstico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se a realização de dentística restauradora nas unidades de urgência dada a dificuldade de acesso em saúde bucal ; • Os procedimentos não inseridos nas UAO devem ser encaminhados para as UBS ou CEO
--	---

Apêndice VII : Protocolo de Assistência em Saúde bucal no PSF de Salvador

Conteúdo

- Observa-se ausência de normatização do processo de trabalho das ESB no PSF, tanto nas atividades coletivas como individuais.
- **Atividade** – ações clínicas ambulatoriais
- Há várias formas de priorizar as demandas – entre elas realização de inquéritos epidemiológicos;
- Inicialmente 60% das vagas para livre demanda
40% distribuídas das micro áreas para atenção as famílias de forma longitudinal priorizando os indivíduos de acordo com os critérios.

- 1) ALTA PRIORIDADE – soma 3 ou mais condições sugeridas abaixo;
- 2) MÉDIA PRIORIDADE – soma 2 das condições sugeridas abaixo;
- 3) BAIXA PRIORIDADE – possui só 1 das condições.

Condições sugeridas

- A) Família considerada de risco social pela equipe (ficha A): baixa escolaridade, desemprego, condições de moradia)
 - B) Atividade de cárie alta na família
 - C) Molares permanentes com cárie
 - D) Outros dentes permanentes com cárie
 - E) Problema periodontal.
- Ressalta-se a importância do registro dos procedimentos ambulatoriais no SIA – SUS, o registro da 1ª consulta odontológica deve ser feito uma única vez por indivíduo, exceto na consulta de urgência / emergência e outro código;
 - Os procedimentos ambulatoriais realizados fora do consultório odontológico devem ser registrados corretamente no SIS (ex: ambiente familiar);

- Observar o protocolo de fluxo de atendimento odontológico da rede assistencial dos SUS de Salvador para ter clareza dos procedimentos realizados nas UBS, USF e UAO.

Atividade 2: Visita domiciliar com supervisão do ACS na micro área;

- Para controle de danos (pacientes acamados, seqüelas de AVC, pacientes especiais), e para controle de riscos.
- Verificar – acesso e estado dos produtos de higiene oral da família (creme dental, escova e outros)
ESCOVA: tamanho, dureza das cerdas e desgastes das mesmas
Fatores de risco à SB – fumo, uso de bebidas alcoólicas e presença de patologias bucais com alterações periodontais, cárie dentária etc.
- Para realização de exames de caráter epidemiológico e procedimentos ambulatoriais como: tartarectomia supra gengival, restauração atraumática, controle de placa e outros procedimentos desde que devidamente planejados com a família e o ACS.

Atividade 3 – Procedimentos coletivos entre escolares

- Realização de atividades junto as escolas creches públicas e privadas da área
- O CO tem o papel de mobiliar a escola na realização de atividades educativas, e definição dos indivíduos de risco através do protocolo;
- “Monitoramento da atenção em saúde bucal em escolares”.
- O envolvimento do ACS e ACD’s é fundamental para que eles assumam gradativamente a escovação supervisionada conforme protocolo 8 “acompanhamento da escovação supervisionada por escola”.

Atividade 4 – Capacitação de ACS

- Treinar os ACS para diagnóstico de doenças bucais cárie, doença periodontal, má oclusão.
- Os ACS devem possuir um kit de saúde bucal contendo: evidenciador de placa, espelho facial, escovas e pasta dental além do protocolo de “Diagnóstico e acompanhamento domiciliar de saúde bucal;
- Recomenda-se que cada ACS possua o “Acompanhamento de escovação supervisionada por micro área / grupo”.
- Recomenda-se que sejam realizadas escovações, com flúor gel em indivíduos com atividade de cárie nas micro- áreas, supervisionadas pelos odontólogos.
- As visitas em cada micro área devem ser mensais no que se refere ao “olhar” mais sistemático de saúde bucal.
- Pastas e escova dental devem ser providas às famílias de alto risco social, através da comprovação de escova comunitária.

Atividade 5 – Atividade junto a grupos específicos da unidade ou formação deles.

- Deve buscar a integração junto aos profissionais da ESF estimulando a formação de grupos de gestantes, puericultura, diabéticos, hipertensos e adolescentes a depender da programação da equipe.
- Sugere-se que esta atividade desenvolva-se dentro dos grupos já existentes nas USF, formadas a partir das necessidades identificadas nas micro-áreas, o odontólogo pode trabalhar os conteúdos de saúde bucal durante 3 a 4 sessões, sugerindo a realização de escovação supervisionada, aplicação de flúor e revelação de placa bacteriana para motivar e informar os grupos quanto ao tema.
- Registrar as atividades como: “Atividade educativa em grupo” ou “procedimento coletivo” a depender da natureza da mesma.

Atividade 6 – Sala de espera.

	<ul style="list-style-type: none">• Atividades educativas lúdicas 10 a 15 minutos utilizando o espaço da sala de espera enquanto o usuário aguarda atendimento.• Momento importante para acolhimento dos usuários e para aproximação com os profissionais da USF.• Deve-se abordar temas não específicos do setor saúde como cidadania, educação, violência, demanda da comunidade.• Sugere-se uso de fantoches, teatro, cartazes e fitas com discussão.• As salas de espera devem ser definidas na reunião de planejamento. Uma escala no planejamento mensal com os responsáveis por cada uma das atividades para avaliação do cumprimento das metas.
--	---