



## **Análise qualitativa do processo de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família**

**Liliane Braga Monteiro dos Reis**

[lilianeprofessora@yahoo.com.br](mailto:lilianeprofessora@yahoo.com.br)

Centro Universitário UniEVANGÉLICA

**Lila Louise Moreira Martins Franco**

[lilaprofessora@yahoo.com.br](mailto:lilaprofessora@yahoo.com.br)

Centro Universitário UniEVANGÉLICA

**Maria Goretti Queiroz**

[goretti@odonto.ufg.br](mailto:goretti@odonto.ufg.br)

Universidade Federal de Goiás

**Vânia Cristina Marcelo**

[vaniacmarcelo@yahoo.com.br](mailto:vaniacmarcelo@yahoo.com.br)

Universidade Federal de Goiás

### **Resumo**

A Saúde da Família surgiu inicialmente como um programa de assistência a famílias de baixa renda e, frente ao sucesso de suas intervenções passou a se constituir na principal proposta de mudança de modelo de atenção à saúde no Brasil. As equipes de atenção foram constituídas basicamente por médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar. Percebeu-se, porém, que a saúde bucal era um componente fundamental da saúde e que as ações inerentes a ela demandavam a inclusão de novos profissionais desta área. A proposta deste trabalho foi a de analisar o processo de inclusão da saúde bucal na estratégia Saúde da Família em um município brasileiro de grande porte para se identificar padrões aplicáveis às análises de modelo de atenção e implementação de ações em outras localidades e circunstâncias. Utilizou-se metodologia qualitativa com triangulação entre análise documental, entrevistas e diário de campo. Seis categorias analíticas de processo foram identificadas: atores do processo, processos administrativos e políticos, de comunicação, de capacitação, barreiras e facilitadores e financiamento. Destaca-se a importância do contexto sócio-histórico dos atores, além das políticas públicas indutoras de mudança de modelo, bem como da decisão política local. A categoria com maior relevância foi 'processos administrativos e políticos', com destaque para a forma de gestão.



**Palavras-Chave:** Planejamento; Modelo de atenção à saúde; Atenção primária à saúde.

## Abstract

The Family Health Strategy emerged initially as a program to assist low-income families, and due to the success of its interventions, it turned out to be the main proposal of the government to change model of health care in Brazil. The care teams were constituted mostly by doctors, nurses and support staff. It was felt, however, that oral health was a key component of health and the actions inherent to it demanded the inclusion of new professionals. The purpose of this study was to analyze the process of inclusion of oral health team in the Family Health Strategy in a large Brazilian city to identify the applicable standards of care model analysis and implementation of actions in other locations and circumstances. We used qualitative methodology with triangulation of documental analysis, interviews and field journal. Six analytical categories of process were identified: actors' process, administration, communication, personnel capacitating, barriers and facilitators and financing. It is highlighted the importance of the social and historical actors context, besides the public policies which can induce changes in the models of attention, as well as the local political decision. The most relevant category was 'political and administrative processes', with emphasis on management.

**Keywords:** Planning; Model of health care model; Primary Health Care

## Resumen

La salud de la familia surgió inicialmente como un programa destinado a ayudar a las familias de bajos ingresos, y esperamos el éxito de sus intervenciones empezó a representar el principal modelo de cambio propuesto de la atención de salud en Brasil. Equipos de atención fueron constituidas en su mayoría por médicos, enfermeras y personal de apoyo. Se observó, sin embargo, que la salud oral es un componente clave de la salud y las acciones inherentes a ella exigió la inclusión de nuevos profesionales. El propósito de este estudio fue analizar el proceso de inclusión de la salud oral en la Estrategia Salud de la Familia en una gran ciudad brasileña para identificar patrones aplicables a los análisis de modelo y la implementación de acciones en otros lugares y circunstancias cuidado. Se utilizó la metodología cualitativa con la triangulación entre el análisis de documentos, entrevistas y el diario de campo. Seis categorías fueron identificadas proceso de análisis: los



actores del proceso, administrativas y políticas, comunicación, capacitación, financiamiento y barreras y facilitadores. Destaca la importancia del contexto socio-histórico de los actores y las políticas públicas que inducen cambios en el modelo, así como la decisión política local. La categoría de mayor relevancia fue "política y administrativa", con énfasis en el enfoque de gestión.

**Palabras Clave:** Planificación; La Atención Sanitaria Modelo de Atención Primaria de la Salud.

## Introdução

No Brasil, a Saúde da Família foi assumida como um programa parte de uma política nacional de saúde, no ano de 1994 (Portaria nº 692/1994) com o objetivo maior de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases. Nos dias atuais é considerada uma estratégia que surgiu como uma proposta de ampliar o acesso à atenção básica em saúde aos brasileiros que não têm acesso aos serviços privados de saúde. A equipe de saúde, inicialmente proposta, era composta pelo profissional médico, enfermeira e equipe auxiliar.

Uma pesquisa nacional realizada em 1998 identificou que quase 20% da população brasileira (29,6 milhões de pessoas) declararam nunca ter consultado um cirurgião-dentista (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998). Esses dados impulsionou Ministério da Saúde (MS) na decisão de reorientar as práticas odontológicas através da inclusão da equipe de saúde bucal às equipes de saúde da família (Barros & Bertoldi, 2002; Matos & Tomita 2004). Neste contexto, foi publicada a portaria nº 1.444/GM, de 28/12/2000 estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada por meio da saúde da família.

A proposta deste trabalho foi a de identificar padrões aplicáveis às análises de modelo de atenção e implementação de ações em municípios com diferentes características e circunstâncias. Para tal, analisou-se o processo de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família em um município brasileiro de grande porte.

### 1.1. Metodologia

Pesquisa realizada em município com aproximadamente 1.200.000 habitantes na região Centro-Oeste do Brasil. A proposta de reorganização do sistema local de saúde, a partir da estratégia saúde da família, iniciou-se em 1998 sendo a saúde bucal incluída no ano de 2004.



Na análise dos dados, devido à complexidade do objeto, utilizou-se a **técnica da triangulação** que tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco do estudo (Triviños, 1987).

Como recursos metodológicos foram utilizados um diário de campo, análise documental de relatórios e registros oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e das instituições relacionadas (Quadro 1), além das entrevistas semi-estruturadas (Minayo, 2007). Estas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo mediante a criação de categorias de análise que emergiram dos dados, seguindo as etapas propostas por Bardin (2011): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A coleta de dados ocorreu de junho de 2005 a dezembro do mesmo ano. As entrevistas tiveram uma duração média de 19 minutos, foram realizadas por uma única pesquisadora, previamente agendadas nos horários e locais indicados por 16 entrevistados que participaram do processo de inclusão da saúde bucal na saúde da família a partir de informantes-chave indicados pela coordenação da saúde bucal, entidades representativas da categoria, e seguindo no processo de “snow ball” até atingir o ponto de saturação com repetição das respostas.

Foram realizadas perguntas sobre quais atores participaram do processo; o que desencadeou a inclusão da saúde bucal na saúde da família no município estudado, como foi construído o processo, como foi a seleção dos locais da inclusão das equipes de saúde bucal; como foi a participação da mídia, da população, entidades e políticos no processo; quais os facilitadores e dificuldades na implantação no município e também sobre a capacitação, financiamento e a finalização das questões foi sobre quem o entrevistado indicaria para ampliar o conhecimento sobre o assunto.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, de conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.



**Quadro 1:** Documentos utilizados para análise.

DOCUMENTO	DATA	FONTE
Plano Municipal de saúde	2002	
Projeto municipal de expansão de saúde da família do município	2003	
Relatório de gestão 2001	2001	
Relatório de gestão 2002	2002	Secretaria Municipal de Saúde
Relatório de gestão 2003	2003	
Relatório de gestão 2004	2004	
Relatório final: plano de ação da saúde bucal na estratégia da saúde da família no município	2004	
A otimização das equipas de saúde da família: a inclusão da saúde bucal.	2005	
A saúde bucal no município: relatório de gestão	2004	Revista da Secretaria Municipal de Saúde
Por um sistema de saúde público humano e de qualidade.	2004	



## 1.2. Categorias de análise emergentes à luz da literatura

Foram seis as categorias emergentes após a triangulação dos dados (Quadro 2).

Quadro 2: Categorias e subcategorias identificadas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Atores	Participantes
	Não participantes
2. Processos administrativos e políticos	Forma de ingresso
	Questão salarial
	Locais para implantação das equipas
	Forma de gestão
3. Processos de comunicação	Trabalhadores ligados à odontologia
	Secretaria Municipal de Saúde
	Mídia
	População
4. Barreiras e facilitadores	Pressões
	Recursos financeiros
	Modelo proposto de atenção à saúde
	Estrutura física
	Falta de um protocolo de implantação
	Isonomia salarial
	Vontade política
5. Processos de capacitação	Política nacional
	Momento da inclusão
	Perfil profissional
	Forma de admissão
6. Financiamento	Pré-introdutório
	Introdutório
	Seminário de avaliação
6. Financiamento	Esferas
	Transparência

Fonte: As autoras (2006)



A primeira foi **atores do processo**, incluindo pessoas físicas e instituições, que puderam ser identificados como 'participantes', por exerceram um papel atuante no processo e 'não participantes', por serem atores dos quais se esperava uma participação efetiva, porém esta não aconteceu.

Foram considerados 'participantes': Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Faculdade Federal de Odontologia, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Regional de Odontologia, Sindicato dos Odontologistas, Associação Brasileira de Odontologia, secretário municipal de Saúde e equipe, coordenador da saúde bucal e um deputado estadual. No governo federal, o MS é o grande responsável por formular políticas de saúde no país (Cohn; Westphal & Elias, 2005). A Secretaria Municipal de Saúde aparece como ator em função do processo de municipalização prevista pela atual política de saúde do Brasil (Monnerat, Senna & Souza, 2002). Segundo a análise documental havia um convênio de cooperação e suporte entre a Secretaria e a Faculdade de Odontologia tendo sido citada com ator participante sendo representada por alguns de seus professores. O Conselho Municipal de Saúde como ator confirma que a organização vem exercendo seu papel definido em lei (8.080/90 e 8.142/90). As entidades ligadas à classe dos odontólogos foram citadas como participantes. Em função de sua forma de gestão planejada, colegiada e participativa, comprovado na análise documental. O Secretário Municipal de Saúde e sua equipe foram citados com destaque para o Coordenador da saúde bucal, considerado importante ator também identificado por Baldani, Fadel, Possamai e Queiroz (2005). Como representante político, surgiu o nome de um deputado estadual, que é cirurgião-dentista.

Os 'atores não participantes' apontados como quem deixou de exercer o esperado papel de ator no processo foram a população e profissionais ligados à odontologia. A não participação da população e a desarticulação da classe odontológica como movimento organizado expressam a falta de capacidade crítica da comunidade e da categoria para organizar-se e lutar por seus direitos ou pelos direitos da coletividade. Segundo Córdón (1999) tem-se constatado falta de formação e capacitação política na categoria odontológica. A dificuldade de se reunir a comunidade em torno de discussões foi citada por Santos e Assis (2006) o que evidencia a histórica exclusão das pessoas das arenas de decisão.

Outra categoria identificada foi **processos administrativos e políticos**, agrupados em forma de ingresso, salários, locais de implantação das equipes e forma de gestão. Para se definir a 'forma de ingresso' da equipe de saúde bucal, houve discussão envolvendo departamentos da Secretaria Municipal de Saúde e entidades



representativas, cobrando-se do gestor a realização de concurso público. No Brasil, têm-se identificado diversas modalidades de contratação de profissionais para a estratégia: concurso público; convênio com Organizações não Governamentais ou cooperativas; contrato com empresas, por meio de licitação (terceirização); contrato temporário e cargos em comissão (Machado, 2002). No município estudado, na implantação da saúde da família com a equipe básica a opção inicial foi recrutar profissionais da própria rede, que não demonstraram interesse em participar. Diante da impossibilidade de realização de concurso público, optou-se pela contratação de profissionais por meio de convênio com a Fundação de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal do estado, o que não ocorreu na inclusão da saúde bucal, em que profissionais da rede demonstraram grande interesse em aderir à estratégia. Definiu-se por um processo seletivo interno, realizado em dezembro/2003 e janeiro/2004, conforme análise documental, garantindo-se o estabelecimento do vínculo empregatício, pois qualquer circunstância que o dificulte compromete os princípios da estratégia (Andrade & Ferreira, 2006; Conill, 2002). Para o MS, a contratação da equipe de saúde bucal é de responsabilidade das Secretarias de Saúde (Portaria nº 267 de 06/03/2001).

Relativo à 'salário', um debate envolveu temas sobre valorização dos profissionais da rede e aos encargos financeiros que o município assumiria. Segundo o Ministério a política salarial para a estratégia deve ser única (Brasil, 2001). No município estudado foi oferecida aos profissionais uma gratificação que equiparava seu salário ao dos profissionais, de nível superior, já inseridos na estratégia.

Sobre os 'locais para implantação das equipes', três critérios foram considerados: carência da oferta de serviços, existência prévia de equipes de saúde da família e estrutura física compatível para receber a odontologia. A escolha desses locais é delegada ao município; porém, sugere-se que se faça em locais nos quais há carência da oferta de serviços (Brasil, 2001), o que também ocorreu outras localidades (Alves Sobrinho & Sousa, 2002; Oliveira Filho, 1999). No município estudado, a saúde bucal foi inserida onde havia mais de uma equipe de saúde da família, conforme a proposta inicial (Portaria no 1.444/GM de 28/12/2000). Como a clínica odontológica necessita de um aparato tecnológico específico para garantir atendimento à população a estrutura física também foi critério.

A 'forma de gestão' participativa, conforme identificada na análise documental, também foi apontada como importante processo dentro dessa categoria por permitir a Quanto mais descentralizada a gestão, mais eficiente deve ser o **processos de comunicação**, emergiu como mais uma categoria. Esse processo



ocorreu entre os 'trabalhadores ligados à odontologia' através de publicações da classe. Ocorreu, também, em reuniões do Conselho Municipal de Saúde das quais participavam alguns cirurgiões-dentistas na condição de conselheiros, e em reuniões que discutiram o tema; nas entidades representativas da odontologia com representantes políticos e na Faculdade de Odontologia. Houve, ainda, a denominada comunicação boca-a-boca entre os profissionais da saúde bucal, tal como relatado por Pedrosa e Teles (2001), o que também pode ser comprovado pelo diário de campo, uma vez que as observações ali registradas apontam para uma efetiva comunicação informal entre os trabalhadores da área.

Na 'Secretaria Municipal de Saúde' a comunicação ocorreu nas reuniões de planejamento; da coordenadoria de saúde bucal, dos distritos sanitários e do próprio colegiado gestor. Foram citados também documentos impressos divulgando o processo seletivo, confirmados pela análise documental, demonstrando a preocupação da secretaria em divulgar o processo entre os funcionários, procurando torná-lo competitivo. A participação da 'mídia' como indutora do processo foi registrada em âmbito nacional (Conselho Federal de Odontologia, 2000; Pedrosa & Teles, 2001; Senna & Cohen, 2002); no município deste estudo foi registrada apenas a denúncia sobre a baixa cobertura à saúde bucal na imprensa falada e escrita.

A 'população' teve voz por meio dos representantes dos usuários no conselho municipal de saúde, o que foi importante para a construção da viabilidade social das mudanças. Verificou-se a importância das equipes de saúde da família no processo de comunicação da população, pois as equipes foram porta-vozes da população, registrando sua necessidade à assistência em saúde bucal. Uma das inovações trazidas com a implantação da estratégia refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação e controle social (Conill, 2002; Senna & Cohen, 2002). Ou seja, onde há a saúde da família a população pode ser ouvida.

**Barreiras e facilitadores** foi uma categoria classificada como transversal pelo fato de entremear as demais categorias. Alguns aspectos foram identificados claramente como barreiras, outros como facilitadores, tendo sido difícil, porém, estabelecer um limite em relação ao qual um mesmo fato foi considerado barreira ou facilitador, o que dependeu do entrevistado bem como do momento em que o fato foi analisado.

As 'pressões' exercidas para que a inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família se concretizasse foram consideradas elemento facilitador, mas também



como barreira em função de dificultar o percurso do processo. Dentro das pressões identificadas podemos citar: a comunicação da população com a equipe, facilitadora assim como identificado por Mendonça, Sousa e Santana (2004); os dados epidemiológicos; pressão exercida por entidades odontológicas e pela faculdade federal de odontologia; a baixa cobertura em saúde bucal, que era de conhecimento da Secretaria Municipal, conforme análise documental; a demanda por serviços odontológicos também foi registrada no diário de campo; demanda reprimida vista como pressão facilitadora, mas, devido à proposta de mudança de modelo no qual não seria possível 100% de cobertura, foi vista também como barreira, em função da expectativa da população, voltada para práticas curativas, assim como verificado por Farias e Moura (2003) e Cericato, Gabin e Fernandes (2007); a falta de articulação da classe odontológica como barreira por não atuar como elemento de pressão e a pressão da Coordenação de saúde bucal e do Colegiado Gestor como facilitadora.

Os 'recursos financeiros' foram considerados elemento facilitador em função do incentivo federal (Marques & Mendes, 2002), mas, ao mesmo tempo, também como barreira, por sua insuficiência (Andrade, 2002; Andrade & Ferreira, 2006; Baldani et al., 2005; Bodstein, 2002; Marques & Mendes, 2002, 2003; Senna, 2002; Sousa, 2004).

Tal como em outras localidades (Farias & Moura, 2003; Sousa, 2004; Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002), o 'modelo proposto de atenção à saúde' foi visto por alguns como facilitador, por tornar os serviços de saúde mais resolutivos e a dificuldade de adaptação ao novo modelo foi considerada barreira (Andrade & Ferreira, 2006; Araújo & Dimenstein, 2006).

A 'estrutura física' foi descrita como barreira, pois a saúde bucal depende de tecnologias e necessita de um aparato físico para a prática clínica (Andrade & Ferreira, 2006; Baldani et al., 2005; Santos & Assis, 2006). Registros do diário de campo indicam uma estrutura física com vários problemas como infiltrações, espaço insuficiente, inadequação da planta física pelo fato das edificações serem, em grande número, alugadas para tal uso e não terem sido construídas especificamente para funcionarem como unidades de saúde e, mesmo quando planejadas para tal fim, nem sempre adequadas às atividades da saúde bucal.

Alguns profissionais sentiram 'falta de um protocolo de implantação' que lhes direcionasse os passos. Esse fato aparece como barreira, dificultando as decisões a serem tomadas, mas surgiu também como facilitador, em função de dar ao município a oportunidade de criar e adequar as decisões à sua realidade. Há



quem considere esse fato como barreira (Pedrosa & Teles, 2001; Sousa, 2004), não se podendo, porém, confundir falta de protocolo com ausência de políticas e diretrizes. O MS apresentou diretrizes para a estratégia como um todo, embora não particularmente para a saúde bucal (Brasil, 1997).

Alguns atores consideraram a 'isonomia salarial' como barreira até que essa fosse definida, sendo que, após a definição, foi identificada como facilitador. Apenas alguns municípios possuem isonomia salarial entre os profissionais (Andrade, 2002; Mendonça et al., 2004), mas, de forma geral, não há equiparação (Baldani et al., 2005; Pedrosa & Teles, 2001; Pernambuco é Avis Rara, 2002).

A 'vontade política' foi identificada como facilitador (Farias & Moura, 2003; Mendonça et al., 2004).

A estratégia saúde da família está inserida num contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Souza, Gil, Cerveira & Torres, 2002), assim a 'política nacional' ora aparece como facilitador no sentido de incentivar o município traçando diretrizes e dando incentivos, ora aparece como barreira, no sentido de se tratar de uma decisão política verticalizada, à qual se referiu Sousa (2004), citando críticas à sustentabilidade da estratégia no Brasil.

O 'momento da inclusão' foi visto como barreira por ter sido esta considerada tardia; outros, porém, o consideraram facilitador, por ter permitido ao município tempo para amadurecer a idéia da implantação.

O 'perfil profissional', considerado acrítico e descomprometido com ações coletivas (Albuquerque, Abegg & Rodrigues, 2004; Cericato et al., 2007; Cordón, 1999; Faccin, Sebold & Carcereri, 2010; Farias & Moura, 2003; Moysés, 2004; Paim, 1999; Pedrosa & Teles, 2001; Pernambuco é Avis Rara, 2002), foi identificado como barreira.

O fato de não ter acontecido via concurso público fez com que a 'forma de admissão' tenha sido identificada como barreira, por impedir a ampliação do mercado de trabalho e da oferta de serviços em saúde bucal à população. Após a definição, foi considerada facilitador no sentido de evitar relações precárias de trabalho, tendo sido observada na saúde da família em outras localidades (Araújo & Dimenstein, 2006; Baldani et al., 2005; Machado, 2002; Sousa, 2004; Trad et al., 2002).



Na categoria **processos de capacitação** foi identificada a existência de atividades como cursos 'pré-introdutório' e 'introdutório' e 'seminário de avaliação'. Para o MS, toda equipe de saúde da família deve passar por uma capacitação antes de iniciar as atividades (Brasil, 2001). Em várias localidades no Brasil (Andrade & Ferreira, 2006; Sousa, 2004;), o treinamento introdutório não ocorreu antes do início do trabalho dos profissionais. Neste estudo registrou-se uma capacitação em nível pré-introdutório, que ocorreu paralelamente à implantação das primeiras equipes em março/2004 segundo análise documental e entrevistas. O 'introdutório' ocorreu um mês após a implantação das primeiras equipes de saúde bucal, em conjunto com os demais membros da equipe de saúde, segundo análise documental, do mesmo modo que em outros locais (Oliveira Filho, 1999; Pedrosa & Teles, 2001). No fim do primeiro ano de inclusão da saúde bucal, ocorreu o 'seminário de avaliação', conforme análise documental, cujo objetivo foi possibilitar aos profissionais da saúde bucal ligados à estratégia construir um plano de ação para desenvolver ações de promoção de saúde em suas áreas de abrangência.

Na categoria **financiamento**, identificaram-se as três 'esferas de governo': federal, estadual e municipal e a necessidade de haver maior 'transparência' na disponibilização dos recursos. O financiamento é tema que se encontra entre as dúvidas mais comuns entre os gestores (Silveira Filho, 2002), constituindo-se numa questão problemática e geradora de instabilidade na estratégia (Andrade, 2002; Marques & Mendes, 2003). Na esfera federal, foram identificados o Piso de Atenção Básica, considerado um poderoso mecanismo de indução do governo federal para priorizar a atenção básica. O financiamento federal para a estratégia saúde da família é uma "discriminação positiva", no sentido de aumentar o valor do repasse anual em virtude de maior cobertura populacional (Baldani et al., 2005).

Na esfera estadual, os dados revelaram que, embora seja responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa (Brasil, 1997), no município estudado não ocorreu a participação do estado quanto ao financiamento. No que diz respeito a outros estados, Marques e Mendes (2003) contabilizaram dez Secretarias Estaduais em todo país exercendo o papel de incentivadoras da implantação da estratégia através de repasses de recursos financeiros aos seus municípios.

Nos últimos anos, em consonância com o movimento acontecido na esfera federal, também as Secretarias Estaduais têm propiciado incentivos à instalação da estratégia, ainda que utilizando diferentes critérios de repasse; na maioria das vezes, contudo, esses repasses são destinados somente a municípios pobres e a



pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais da estratégia (Alves Sobrinho & Sousa, 2002).

Foi identificada grande participação da esfera municipal, sendo o município responsável por 70% dos recursos (Marques & Mendes, 2003; Oliveira & Saliba, 2005), fato que foi confirmado pelos relatos.

Foi relatada, ainda, a falta de 'transparência' na origem e na aplicação das verbas federais, refletindo a necessidade de mecanismos mais claros de controle. Existe, por um lado, a cobrança de que os recursos federais não tenham destinação específica a fim de que os municípios tenham liberdade de atuar conforme a realidade local e, por outro, a cobrança de que essa destinação seja mais clara.

### 1.3. Considerações

A abordagem qualitativa favoreceu a identificação e a sistematização de padrões aplicáveis às análises de modelo de atenção e implementação de ações e programas de saúde. Foi possível desvelar categorias inerentes não só na inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família, objeto de análise neste estudo, mas categorias que podem ser observadas na inclusão de qualquer nova ação que permitirá somar à prática ampliada de cuidados à saúde da população.

Na percepção dos atores alguns elementos importantes foram: existência de uma política nacional que se concretiza através de incentivos financeiros; proposta de mudança de modelo de atenção; decisão política local, que adotou esta proposta como diretriz de governo.

Mostrou-se importante a atuação de diferentes atores responsáveis pelos caminhos coletivos, ressaltando-se a necessidade de fortalecer a promoção da saúde.

A categoria que deve ser observada com maior atenção é 'processos administrativos e políticos', com destaque para a forma de gestão.

A forma de ingresso no serviço e isonomia salarial, forma de contratação são fatores determinantes quando se fala em estabelecer vínculo entre profissionais e comunidade.

Ser parte de uma política nacional incentivada pelo financiamento seduz o gestor municipal, que, no entanto, deve estar atento à sua contrapartida.

A falta de um protocolo de implantação, reclamada por alguns atores, reflete



a necessidade de que profissionais e gestores se capacitem para a tomada de decisões baseada nas diretrizes propostas pelo MS e também a importância de se manter um diálogo entre as diferentes instâncias, nacional, regional e local.

Não se pretende, com este estudo, esgotar o assunto, mas apontar caminhos que possam contribuir para a consolidação de um modelo de saúde. O mais importante é que, de forma geral, observa-se um movimento que provoca mudanças organizacionais na estrutura dos serviços de saúde, envolvendo um processo amplo de redefinição da política de saúde no país.

## Referências

- Albuquerque, O. M. R., Abegg, C. & Rodrigues, C. S. (2004). Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), p.789-96.
- Alves Sobrinho, E. J. M. & Sousa, M. F. (2002). O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! In Sousa, M. F. (Org). *Os sinais vermelhos do PSF* (pp. 47-68). São Paulo: Hucitec.
- Andrade, K. L. C. & Ferreira, E. F. (2006). Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), p.123-30.
- Andrade, M. (2002). Quem espera nunca alcança. *Revista ABO Nacional*, 9(6), p.326-328.
- Araújo, Y. P. & Dimenstein, M. (2006). Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), p.219-227.
- Baldani, M. H., Fadel, C. B., Possamai, T. & Queiroz, M. G. S.. (2005). A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), p.1026-1035.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Barros, A. J. D. & Bertoldi, A. D. (2002). Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), p.709-717.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), p.401-412.



- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2001). *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). Portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997. *Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*. Brasília.
- Cericato, G. O., Garbin, D. & Fernandes, A. P. S. (2007). A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*, 12(3), p.18-23.
- Conselho Federal de Odontologia. (2000) Saúde pública, gratuita e de qualidade: Governo anuncia inclusão de cirurgiões-dentistas no Programa Saúde da Família. CFO adverte, no entanto, que Odontologia ainda precisa de mais investimentos e políticas públicas. *Jornal do CFO (Conselho Federal de Odontologia)*, Rio de Janeiro, 2000. ano VIII, v. 40, set. Retirado de: <http://www.cfo.org.br/jornal/n40/default.htm>.
- Cohn, A., Westphal, M. F. & Elias, P. E. (2005). Informação e decisão política em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), p.114-21.
- Conill, E. M. (2002). Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento), p.191-202.
- Cordón, J. (1999). Os recursos humanos em saúde bucal coletiva e o SUS. *Ação Coletiva*, 2(1), p.1-2.
- Faccin, D., Sebold, R. & Carcereri, D. L. (2010). Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (supl. 1), p.1643-1652.
- Farias, M. A. V. & Moura, E. R. F. (2003). Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Revista de Odontologia da UNESP*, 32(2), p.131-137.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1998). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro, Retirado de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>.
- Machado, M. H. (2002). Programa Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In Sousa, M. F. (Org). *Os sinais vermelhos do PSF* (pp. 125-132). São Paulo: Hucitec.



- Marques, R. M. & Mendes, A. (2002). A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde – SUS. In Sousa, M. F. (Org). *Os sinais vermelhos do PSF* (pp. 71-101). São Paulo: Hucitec.
- Marques, R. M. & Mendes, A. (2003). Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), p.403-415.
- Matos, P. E. S. & Tomita, N. E. (2004). A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), p.1538-1544.
- Mendonça, A. V. M., Sousa, M. F. & Santana, P. (Org.) (2004). *Dez anos do PSF em Camaragibe: eis as nossas riquezas*. Rio de Janeiro: CEBES.
- Minayo, M. C. (2007). Construção dos instrumentos e exploração de campo. In Minayo, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (pp.189-199). 10. ed. São Paulo: Hucitec.
- Monnerat, G. L., Senna, M. C. M. & Souza, R. G. (2002). A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), p.509-521.
- Moysés, S. J. (2004). Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Revista da ABENO*, 4(1), p.30-37.
- Oliveira Filho, S. M. (1999). Saúde da família – uma realidade. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí*, 2(1), p.98-102.
- Oliveira, J. L. C. & Saliba, N. A. (2005). Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(suplemento), p.297-302.
- Paim, J. S. (1999). Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde In Rouquayrol M. Z.; Almeida Filho, N. *Epidemiologia e Saúde* (pp. 489-503). 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Pedrosa, J. I. S. & Teles, J. B. M. (2001). Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 35(3), p.303-311.
- Pernambuco é Avis Rara. (2002). *Revista ABO Nacional*, 9(6), p.330-332.
- Santos, A. M. & Assis, M. M. A. (2006). Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*; 11(1), p.53-61.
- Senna, M. C. M. (2002). Equidade e política de saúde: reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento), p.203-211.



- Senna, M. C. M. & Cohen, M. M. (2002). Modelo assistência e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), p.523-535.
- Silveira Filho, A. D. (2002). A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 6, p.36-43.
- Sousa, M. F. (Org). (2004). *A real-idade do PSF: conversando com quem faz*. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.
- Souza, H. M., Gil, C. R. R., Cerveira, M. A. C. & Torres, Z. F. (2002). A implantação de uma nova mentalidade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 6, p.20-27.
- Trad, L. A. B., Bastos, A. C. S., Santana, E. M. & Nunes, M. O. (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), p.581-589.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.