



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



VIVIANNE COELHO NORONHA DIÓGENES

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À PESSOA IDOSA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRATO

2016

VIVIANNE COELHO NORONHA DIÓGENES

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À PESSOA IDOSA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri.

Orientadora: Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do cuidado em saúde.

CRATO

2016

Diógenes, Vivianne Coelho Noronha.
D591a Avaliação da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na
estratégia saúde da família/ Vivianne Coelho Noronha Diógenes. –
Crato-CE, 2016
118p.; il.

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca
defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade
Regional do Cariri – URCA

Orientadora: Prof^ª. Dra. Célida Juliana de Oliveira.

2. Avaliação de Serviços de Saúde; 2. Saúde do idoso; 3. Saúde
bucal; 4. Estratégia Saúde da Família; I. Título.

CDD: 613.0434

VIVIANNE COELHO NORONHA DIÓGENES

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À PESSOA IDOSA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

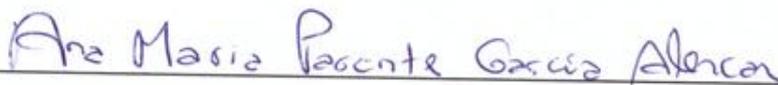
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Célida Juliana de Oliveira - URCA

(Orientadora)



Profª. Drª. Ana Maria Parente Garcia Alencar - URCA

(Membro Externo à Instituição)



Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto - URCA

(Membro Interno)

Crato, 21 de setembro de 2016.

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”

Cora Coralina

Dedico esse trabalho ao meu avô Edmilson Coelho e a minha avó Corina Sobreira, que ao longo dessa trajetória foram chamados por Deus à sua presença. Seus ensinamentos me colocaram no caminho que hoje sigo. Com bondade e gentileza me fizeram sentir sempre uma pessoa muito especial...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que por seu amor incondicional, me encheu de bênçãos, fé, ânimo e muita determinação para que este trabalho fosse concluído.

Ao meu esposo amado, Joelmy Diógenes Saldanha e ao meu filho querido, Antônio Carlos Noronha Neto, que compreenderam minha dedicação à busca desse ideal me ausentando tantas vezes do convívio cotidiano. Irradiaram alegria nessa jornada permitindo-me a conquista desse grande sonho. Muito obrigada!

Aos meus amados pais, Antônio Carlos e Maria da Glória e irmãos Emmanuelle, Alessandra e Tony, que apostaram em mim, dando-me a imensa responsabilidade de não decepcioná-los.

À Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira, orientadora querida, que me acolheu com todo carinho, tornou-se grande amiga, conselheira e companheira de todas as horas. Sinto enorme orgulho por ter seu nome marcado em meu trajeto acadêmico. Meu verdadeiro agradecimento.

À Profa. Dra. Ana Maria Parente Garcia Alencar e ao Prof. Dr. Germane Alves Pinto, que compuseram a banca e sempre me atenderam prontamente, trazendo-me contribuições valiosas ao estudo.

À Profa. Dra. Maria de Fátima Antero, por todas as contribuições pertinentes no desenvolvimento deste estudo, por parar muitas vezes seus afazeres e me aconselhar, pelo carinho e incentivo de sempre.

Aos docentes e colegas de mestrado, à Emanuela Freire de Oliveira e Evilene Vasconcelos de Lima Abreu, funcionárias da URCA e agora amigas, que muitas vezes me ajudaram e me elucidaram em matérias diversas, além estarem sempre presente com uma palavra amiga nas horas difíceis.

Aos colegas da Estratégia Saúde da Família de Juazeiro do Norte - Ceará, pelo apoio e contribuição ao estudo.

À RENASF e à URCA, por trazerem aos profissionais do interior do Ceará oportunidade de adquirir tantos conhecimentos.

À equipe gestora e funcionários da Secretaria Municipal de Juazeiro do Norte.

A todos e a todas que, nesta ocasião deixo de citar, de um modo ou de outro, tornaram possível este trabalho.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População total, segundo grandes grupos etários no Brasil de 1940 a 2050	20	p.
Gráfico 2 – Modalidade de Pós-Graduação em Saúde Pública/Saúde da Família cursada pelos cirurgiões-dentistas	52	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Portarias relacionadas à saúde bucal de 2006 a 2013. Juazeiro do Norte, 2015	33	p.
Quadro 2 – Dados populacionais do município de Juazeiro do Norte-CE	41	
Quadro 3 – Matriz para a avaliação da dimensão estrutura do serviço de Saúde Bucal na atenção ao idoso	47	
Quadro 4 – Matriz para avaliação da dimensão processo do serviço de Saúde Bucal na atenção ao idoso	48	
Quadro 5 – Variáveis do material de consumo das unidades	57	
Quadro 6 – Ações de recuperação à saúde bucal do idoso	61	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos cirurgiões-dentistas entrevistados. Juazeiro do Norte, 2016	52
Tabela 2 – Variáveis das características da estrutura física das unidades. Juazeiro do Norte, 2016.	57
Tabela 3 – Caracterização do serviço de referência das unidades de saúde. Juazeiro do Norte, 2016	58
Tabela 4 – Realização de ações de promoção de saúde com idosos pela ESB. Juazeiro do Norte, 2016	60
Tabela 5 – Realização de educação e prevenção em saúde bucal com idosos, Juazeiro do Norte, 2016	60
Tabela 6 – Realização de ações voltadas para prevenção e controle do câncer bucal. Juazeiro do Norte, 2016	63
Tabela 7 – Realização de ações de ampliação do acesso e acolhimento. Juazeiro do Norte, 2016	64

RESUMO

DIÓGENES, Vivianne Coelho Noronha. **Avaliação da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Regional do Cariri. 2016. 118f.

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente. A maior parcela desta população apresenta baixos níveis socioeconômico e educacional com alta prevalência de distúrbios crônicos e geradores de incapacidades, exigindo do sistema de saúde uma abordagem e cuidados diferenciais. O desenvolvimento de estudos que avaliem ações dos profissionais que cuidam dessa população faz-se necessário em função do aumento de demandas no setor, que possui recursos limitados e custos cada vez mais elevados. Objetivou-se avaliar normativamente os componentes estrutura e processo da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família, com base no referencial teórico-metodológico de avaliação de serviços de saúde proposto por Donabedian. Participaram do estudo 34 cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes inclusas na Estratégia Saúde da Família no município de Juazeiro do Norte-CE. Os dados foram coletados por entrevista e observação direta nas unidades de saúde e o estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Identificou-se um processo de trabalho fragmentado com dificuldade em produzir um cuidado integral junto à população idosa. Destacam-se ainda, problemas na dimensão estrutural, observados pelo fornecimento insuficiente de insumos e materiais, como fatores limitadores para uma atenção plena e resolutiva. No tocante à promoção e educação em saúde, as ações são interventivas; ações reabilitadoras são pontuais e não significativas. Concluiu-se que as práticas assistenciais de saúde bucal implementadas não implicam na efetivação do cuidado em saúde ao idoso, sendo necessário o comprometimento dos vários atores envolvidos no processo, alicerçando tais práticas em pilares como equidade, integralidade e participação social, produzindo autonomia no usuário e ampliação do cuidado. O cenário apresentado exhibe a necessidade de capacitação dos recursos humanos em uma lógica acolhedora e humanizada.

Descritores: Avaliação de Serviços de Saúde; Saúde do idoso; Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

DIÓGENES, Vivianne Coelho Noronha. **Evaluation of oral healthcare to the elderly people in the family health strategy.** 2016. Dissertation (Professional Master in Family Health). Northeast Network for Training in Family Health. Regional University of Cariri. 2016. 118f.

The aging population is a growing phenomenon. The largest portion of this population presents socioeconomic and educational levels with high prevalence of chronic disorders and disabilities generators, requiring a health system approach and differential care. The development of studies that assess actions of professionals who take care of this population it is necessary in the light of the increasing demands on the sector, which has limited resources and ever-higher costs. The aim of this work was to assess normatively the components, structure and process of oral healthcare to the elderly people in the Family Health Strategy, based on the theoretical-methodological evaluation of health services proposed by Donabedian. 34 dentists working in teams included in the family health strategy in the municipality of Juazeiro do Norte-CE participated in this study. The data were collected by interview and direct observation in the health units and the study was approved by Research Ethics Committee. It was identified a fragmented work process with difficulty in producing a full care for the elderly population. It is also highlighted problems in the structural dimension, observed by the insufficient supply of input and materials, as limiting factors to mindfulness and resolute attention. With regard to promotion and education in health, actions are interventive; rehab actions are punctual and non-significant. It is concluded that the assistance of oral health practices implemented do not imply in the effectuation of health care to the elderly, requiring the commitment of the various actors involved in the process, building on such practices in pillars as fairness, completeness and social participation, producing user autonomy and expansion of care, being necessary the commitment of various actors involved in the process, building on such practices in pillars as fairness, completeness and social participation, producing user autonomy and expansion of care. The scenario shows the need for training of human resources in a logical and humane.

Descriptors: Evaluation of Health services; Health of the elderly; Oral health; The Family Health Strategy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Envelhecimento populacional.....	19
3.2 Desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso.....	24
3.3 Histórico das políticas de saúde bucal	29
3.4 Avaliação em saúde	34
3.4.1 Tipos de avaliação.....	37
3.4.2 Abordagens da avaliação	38
4 PERCURSO METODOLÓGICO	40
4.1 Tipo de estudo.....	40
4.2 Local da pesquisa	40
4.3 População do estudo e período de referência.....	42
4.4 Variáveis do estudo	43
4.4.1 Variáveis sociodemográficas, de formação e atuação na ESF.....	43
4.4.2 Variáveis relacionadas ao componente estrutura das unidades básicas de saúde destinada ao atendimento e acompanhamento dos idosos	43
4.4.3 Variáveis relacionadas ao componente processo na atenção ao idoso.....	44
4.5 Instrumentos e procedimentos para coleta.....	45
4.6 Organização e análise dos dados	46
4.7 Aspectos éticos da pesquisa	50
5 RESULTADOS	51
5.1 Características dos cirurgiões-dentistas segundo variáveis sócio-demográficas	51
5.2 Componente Estrutura	53
5.2.1 Recursos humanos.....	53
5.2.2 Estrutura física e ambiência.....	53
5.2.3 Características estruturais	54
5.2.4 Recursos materiais e insumos.....	55
5.2.5 Sistema de referência.....	58

5.3	Componente Processo	59
5.3.1	<i>Ações de promoção e proteção à saúde do idoso</i>	59
5.3.2	<i>Ações de ampliação e qualificação da Atenção Básica</i>	62
5.3.3	<i>Ações de Reabilitação</i>	63
5.3.4	<i>Ações para ampliação do acesso e acolhimento</i>	64
5.4	Dificuldades enfrentadas pelos CD no cuidado ao idoso	65
5.4.1	<i>Dificuldades relacionadas à estrutura física/ambiente</i>	65
5.4.2	<i>Dificuldades relacionadas a equipamentos/insumos</i>	65
5.4.3	<i>Dificuldades relacionadas aos usuários</i>	66
5.4.4	<i>Dificuldades relacionadas aos profissionais/gestão</i>	66
6	DISCUSSÃO	68
6.1	Caracterização dos cirurgiões-dentistas	68
6.2	Componente Estrutura	70
6.2.1	<i>Recursos humanos</i>	70
6.2.2	<i>Estrutura física e ambiência</i>	70
6.2.3	<i>Características estruturais</i>	71
6.2.4	<i>Recursos materiais e insumos</i>	72
6.2.5	<i>Sistema de referência</i>	74
6.3	Componente Processo	76
6.3.1	<i>Ações de promoção e proteção à saúde do idoso</i>	76
6.3.2	<i>Ações de ampliação e qualificação da Atenção Básica</i>	80
6.3.3	<i>Ações de Reabilitação</i>	82
6.3.4	<i>Ações para ampliação do acesso e acolhimento</i>	83
6.4	Dificuldades enfrentadas pelo cirurgião-dentista no cuidado ao idoso	84
6.4.1	<i>Dificuldades relacionadas à estrutura física/ambiente</i>	84
6.4.2	<i>Dificuldades relacionadas a equipamentos/insumos</i>	85
6.4.3	<i>Dificuldades relacionadas aos usuários</i>	86
6.4.4	<i>Dificuldades relacionadas aos profissionais/gestão</i>	87
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	91
8	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	108

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	115
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	116

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, o mundo passa atualmente por um crescimento populacional elevado, onde aproximadamente 78 milhões de pessoas nascem a cada ano. No Brasil essa realidade não é diferente, onde se observa um crescimento de 12,3% na população na última década (SILVA, 2013).

Esse aumento da expectativa resulta da melhoria das condições de vida explicado pelos avanços da tecnologia e evolução da medicina melhorando os padrões de saúde da população, que resulta no aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais provocando o fenômeno do envelhecimento populacional (MARTINS et al., 2008).

Entretanto, o processo de envelhecimento, por mais que aconteça globalmente, vem se configurando de forma heterogênea no cenário demográfico, onde podem ser observadas essas diferenças entre nações, ou mesmo cidades e também entre regiões de uma mesma cidade (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2008). O que se observa, é que em países desenvolvidos esse fenômeno vem ocorrendo de modo gradativo durante o tempo, enquanto que em países em desenvolvimento, como o Brasil, está ocorrendo de maneira rápida e abrupta (ARAUJO et al., 2006) .

No Brasil, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o contingente de pessoas com mais de 60 anos chegará a 32 milhões em 2025, colocando o país na sexta posição mundial em número de idosos (SILVA, 2013).

O fenômeno do envelhecimento populacional e suas principais implicações foram de início divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU), ao realizarem a análise do impacto estimado nos países ainda em estágio de desenvolvimento, a fim de que esses países pudessem a vir a adotar providências para esta nova realidade (OMS, 2005).

Bezerra, Almeida e Nóbrega-Therrien (2012) ressaltam que tal fenômeno, ao promover mudanças na estrutura das sociedades, passa a requerer transformações de relações e hábitos, além de forte preparo em vários setores, em especial o de saúde, para novos desafios impostos no que se refere ao atendimento às necessidades desse grupo. No caso do Brasil, a maior parcela desta população

se apresenta em baixos níveis socioeconômico e educacional e alta prevalência de distúrbios crônicos e geradores de incapacidades.

Dado este quadro de crescente aumento da população idosa, a demanda por profissionais capacitados a lidar com essa faixa etária também é maior. Por possuírem modificações morfo-funcionais específicas, há exigência de uma abordagem e cuidados diferenciais. Assim, a saúde bucal deve ser vista com grande atenção, pois este grupo populacional possui altos níveis de edentulismo, doenças periodontais, ósseas e musculares, xerostomia, perda da capacidade gustativa, dificuldades de higienização por déficit motor como também o problema do uso inadequado de próteses e o aumento do índice de câncer bucal (FERNANDES-COSTA, 2013; REICHART, 2000).

Dados epidemiológicos mostram que o Brasil é caracterizado como um país de desdentados, fator que mantém relação com o tipo de assistência odontológica recebida durante a vida, aliado à deficiência de programas de saúde bucal voltados para os idosos, visto que eles não representavam prioridade nos serviços públicos (JONES, 2003).

Segundo Moreira, Nico e Tomita (2008), estudos descritivos do quadro epidemiológico das condições de saúde bucal são poucos no âmbito nacional, priorizando-se as populações mais jovens, como os escolares, por exemplo, sem concentrar-se nas pessoas com 60 anos ou mais. Assim, a história da Odontologia no país mostra grande escassez de atenção a grupo de não escolares, resultando na necessidade de formulação de políticas públicas para a promoção de saúde bucal a pessoas idosas, garantindo-lhes maior qualidade de vida.

No tocante às políticas públicas de saúde, a Atenção Básica (AB) funciona como porta de entrada dos serviços de saúde, para onde se encaminha inicialmente boa parte da população. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi desenvolvida como uma estratégia de organização da AB, tendo como prioridade a vigilância à saúde por meio de ações individuais e coletivas (JESUS; LIMA, 2010).

Contudo, a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF é mais recente, ocorrendo apenas em 6 de março de 2001, por meio da edição da Portaria Nº 267 (BRASIL, 2001). No entanto, somente em 2004, ocorreu a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que trouxe diretrizes normativas que determinam que as ações de saúde bucal devem seguir a lógica do perfil

epidemiológico local e se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde para guiar a mudança do modelo assistencial baseado na demanda espontânea para um modelo de atenção integral à saúde que incorpore as ações de promoção e proteção às de recuperação (BRASIL, 2004).

Cabe aqui uma ressalva na PNSB, que já traz em seu escopo a necessidade de a atenção ao idoso ocorrer de maneira particularizada, visto que esse grupo é tido como um grupo possuidor de enormes vulnerabilidades (BRASIL, 2004).

Dentre as atribuições das equipes de Saúde Bucal, encontra-se a necessidade de se estimular medidas de educação e prevenção da saúde, além da sensibilização da comunidade para a verdadeira relevância da saúde bucal na conservação da saúde geral e execução de visitas domiciliares. Merece destaque também que a Saúde Bucal deve atuar dentro do modelo de linhas de cuidado (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), criando fluxos (referência e contra referência) que acarretem ações resolutivas (BRASIL, 2004; COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Já em relação às políticas públicas de saúde específicas na atenção de idosos, em 10 de dezembro de 1999 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) pela Portaria GM/MS Nº 1395/ (BRASIL,1999), que juntamente com o Pacto pela Vida promulgado no ano de 2008 pela Portaria GM/MS Nº 325 de 21 de fevereiro, responsável pela inclusão como prioridade de pactuação da atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2008a), representaram um grande avanço para a garantia dos direitos do grupo, buscando implementar novas práticas de assistência aos mesmos e assegurar-lhes a atenção integral por meio do SUS.

Entretanto, apesar da instituição de várias políticas públicas que visem garantir saúde a população e a grupos vulneráveis, um dos maiores desafios do sistema de saúde brasileiro constitui-se em assegurar a qualidade da atenção. O processo de mudança em modelos assistenciais está na dependência, principalmente, do contexto político em que está inserido, da maneira como se organiza o serviço e do grau de envolvimento da equipe.

Nesse contexto, a avaliação em saúde se mostra como uma ferramenta que permite a implementação de princípios como o da universalidade e equidade dos serviços de saúde, especialmente quando se realiza com a participação social no controle das ações governamentais (TANAKA; TAMAKI, 2012). Assim, avaliar

programas e serviços de saúde objetiva melhorar a execução desses, por meio do incremento da sua efetividade e sua eficiência, e/ou oferecer elementos que possibilite se decidir se este deve ser mantido ou possa ser reproduzido. Outro benefício da avaliação é a capacidade de gerar informações que permitam distribuir melhor os recursos disponíveis entre as atividades já em execução, ou entre as quais se pretende executar (SISSON et al., 2011).

Dessa forma, fica clara a necessidade de aprimorar os meios de acompanhamento e avaliação de ações, contribuindo para uma significativa melhora na qualidade das práticas de assistência à saúde, tornando-os instrumentos eficazes para subsidiar o planejamento e definir estratégias para organizar o processo de trabalho (NAKAGAWA, 2011).

Nessa perspectiva, avaliar o processo de trabalho na Atenção Básica torna-se um desafio crescente, uma vez que esses serviços devem adequar-se às necessidades da população, oferecendo serviços de atenção integral para maximizar a saúde e o bem estar, tendo como pilar o contexto ampliado de saúde e seus determinantes, além de trabalhar com os diversos atores e setores (NOGUEIRA et al., 2011).

No Brasil, estudos mostram que a avaliação em saúde ainda se encontra incipiente, sendo pouco inserida nas práticas e assumindo traços mais prescritivos, associados à burocracia e punição, do que subsidiário do planejamento e da gestão. Ademais, os instrumentos existentes ainda não se configuram como ferramentas de suporte aos processos de decisão, nem de formação das pessoas neles envolvidas (FELISBERTO, 2006). Contudo, apesar de visualizadas de forma pontuais, várias iniciativas de avaliação em saúde vêm sendo implementadas de maneira progressiva no país, sob a justificativa que o ato de avaliar só gera algum valor, quando o conhecimento produzido e o uso de informações geradas promovam o aprimoramento institucional e profissional.

Dessa forma, compreendendo a relevância da Política Nacional de Saúde Bucal, da Política Nacional de Saúde do Idoso como orientadora de ações de assistência à saúde do grupo e a importância de conhecer e avaliar a estrutura e os processos de trabalho na atuação da saúde bucal, tem-se a relevância dessa pesquisa baseada:

- Na importância da realização de estudos avaliativos e sua incipiência no Brasil em relação às ações em Saúde Bucal na esfera municipal, para

embasar a tomada de decisões, em particular, para o município de Juazeiro do Norte/Ceará;

- Em possibilitar um processo reflexivo, tanto por parte dos profissionais envolvidos, como por parte dos gestores, com o objetivo de reorganizar ou mesmo aprimorar as ações em Saúde Bucal desenvolvidas na Atenção Básica;
- Na viabilidade de contribuição com os serviços de saúde e com novas pesquisas embasando a criação de tecnologias, como protocolos clínicos de atendimento local que se subsidiariam dessas informações, pois mesmo admitindo que a avaliação é uma responsabilidade que se estabelece essencialmente na esfera municipal, a universidade como geradora de conhecimento se organiza em uma dupla trajetória, já que por um lado, produz informações para as ações de planejamento e avaliação e por outro, pode (e deve) promover empoderamento dos serviços por meio da incorporação de tais práticas às suas rotinas e normas de gestão.

Como justificativa para a realização deste estudo tem-se ainda, a inquietação pessoal da pesquisadora que, trabalhando há nove anos como cirurgiã dentista de uma equipe de Saúde Bucal da ESF do município de Juazeiro do Norte-CE, tem convivido com idosos e seus familiares assistidos pelo serviço. Sempre participante na dinâmica das relações desse segmento de pacientes, enquanto profissional, compartilham-se as situações de saúde e doença dos indivíduos, como também seus sentimentos, percepções, facilidades e dificuldades de vida. Ao buscar vivenciar o atendimento integralizado e holístico ao ser humano, tais vivências levaram a indagar se as ações odontológicas chegam em sua plenitude quantitativa e qualitativa a esses pacientes.

Diante o panorama exposto, fica o seguinte questionamento de pesquisa: Dentro da atual conjuntura da saúde pública desse grupo no Brasil, como está ocorrendo a atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família em Juazeiro do Norte?

A intenção deste trabalho é, portanto, gerar contribuições não somente para uma reflexão que focalize fundamentos da intervenção da saúde bucal em idosos, mas, principalmente, para questões relativas à promoção de saúde e qualidade de vida desse grupo etário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar normativamente os componentes estrutura e processo da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas.
- Descrever a estrutura das unidades básicas de saúde, no tocante aos recursos humanos, infraestrutura, materiais e insumos destinados ao atendimento e acompanhamento de idosos.
- Caracterizar o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas no atendimento ao idoso.
- Identificar as principais dificuldades para a realização das ações de cuidado ao idoso no tocante a recursos físicos, materiais e humanos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Envelhecimento populacional

Envelhecimento populacional é conceituado como um conjunto de alterações ocorridas na estrutura etária da população, elevando o peso relativo de grupos pessoais com idade acima de uma preestabelecida, considerada como marco inicial do estágio de velhice. No caso brasileiro, de acordo com sua legislação vigente, é considerada idosa a pessoa que possui 60 anos ou mais (BRASIL, 2006a).

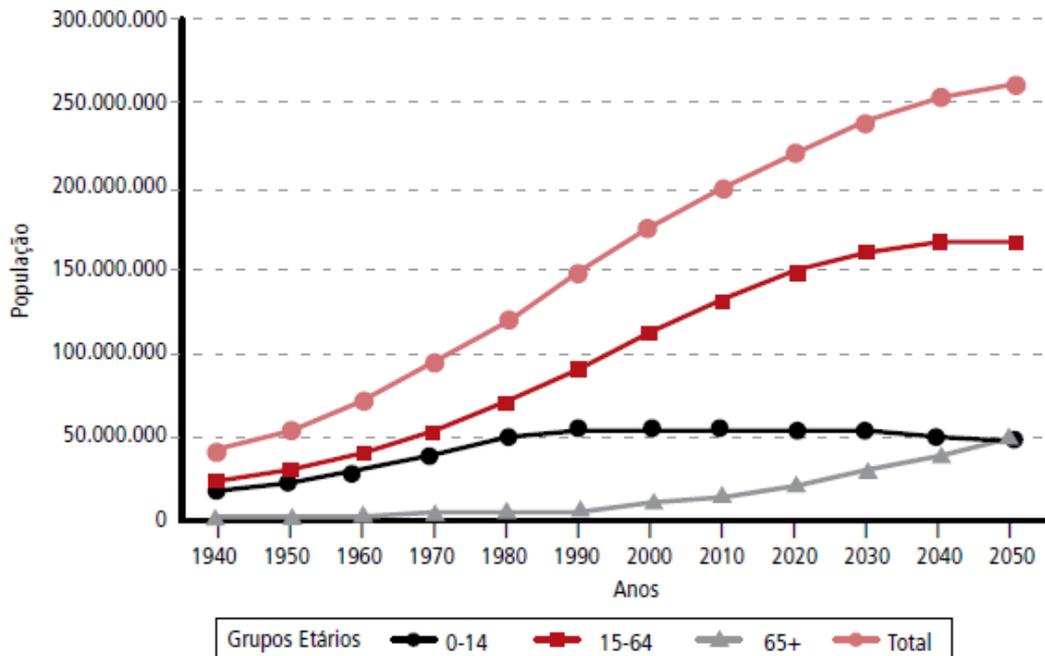
O aumento da população idosa no mundo é um fenômeno global e tem sido experimentado há mais de um século por quase todas as regiões do planeta, sendo dessa forma, extensivamente pesquisado e debatido.

Segundo projeções das Nações Unidas, uma em cada nove pessoas em todo o planeta possui 60 anos ou mais e, espera-se que haja um crescimento para 1 em cada 5 até 2050, estimando-se que em 2050, pela primeira vez, o número de idosos superará o de crianças menores de 15 anos. Em 2012, havia 810 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, compondo 11,5% da população global, dobrando para 22% da população mundial em 2015, ou seja, 2 bilhões de pessoas idosas no mundo (BRASIL, 2015a).

Em relação ao Brasil, dados estatísticos revelam que a população brasileira atual está em um total de 190.755.199 milhões de pessoas, na qual 51% (97 milhões) são mulheres e 49% (93 milhões) são homens. Neste total, 10,8% da população (aproximadamente 20.590.599 milhões) pertence ao grupo dos idosos, onde desses, 55,5 % (11.434.487) são do sexo feminino e 44,5% (9.156.112) são do sexo masculino (IBGE, 2011).

Projeções apontam que em 2025, o número de idosos se aproxime de 33.000.000, passando a constituir 15% da população brasileira total, devendo atingir 19% em 2050 (DIAS, 2009; MENDES, 2011), como aponta o gráfico 1.

GRÁFICO 1 - População total, segundo grandes grupos etários no Brasil de 1940 a 2050. Juazeiro do Norte, 2015.



Fonte: BRITO (2007).

Na velocidade em que acontece esse processo de transição demográfica e também epidemiológica nas últimas décadas, atrai-se a atenção para questões cruciais entre gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde (públicos e privados), inclusive no Brasil, repercutindo em toda a sociedade (DIAS, 2009).

Entretanto, é importante se estabelecer o que se entende por transição demográfica ou transição vital, que se configura como uma das principais transformações que vem sofrendo as sociedades modernas. Tem como principal característica a mudança de um regime com elevadas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro, onde tais taxas situam-se em patamares inferiores, associado a um aumento na expectativa de vida (ARAÚJO et al., 2006).

Este aumento da expectativa de vida, juntamente com fatores como a melhoria relativa no acesso da população aos serviços de saúde, as campanhas de imunização, as melhoras da tecnologia médica, melhores atendimentos clínicos à gestante e ao recém-nascido, melhores níveis educacionais, maiores investimentos em saneamento básico e mudança da percepção das pessoas em relação ao seu

processo saúde-doença, aliados ao aumento da esperança de vida ao nascer em conjunto com queda do nível geral da fecundidade, leva a uma elevação absoluta e relativa do número de pessoas idosas (BRASIL, 2006a).

Conforme o exposto, este processo além de modificar as taxas de crescimento, ocasiona também uma significativa variação da estrutura etária populacional, relacionada à alteração da participação percentual de indivíduos com idades diversas, ou seja, redistribui a proporção de crianças, adultos e idosos na população (BORGES; CAMPOS; SILVA. 2015).

Apesar de ter como característica a universalidade, a transição demográfica, foi altamente condicionada pelas condições históricas vividas nos diversos países (BRITO, 2008). Ressalta-se que nos países desenvolvidos, onde se deu o fenômeno inicialmente, isto levou um longo tempo para acontecer, ao contrário do que vem acontecendo nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que ocorre de maneira bem acelerada, com mudanças abruptas em um período de tempo relativamente curto (ARAÚJO et al., 2006).

Assim, essas diversidades entre o processo de envelhecimento populacional de países desenvolvidos e os que são considerados ainda em desenvolvimento, nos quais tal processo vem acontecendo rapidamente, acentuam a problemática de que também não há tempo ou planejamento de uma reorganização da sociedade e dos sistemas de saúde, para se adequarem às demandas que emergem (BRASIL, 2006a).

Entretanto, algumas populações de países tidos como desenvolvidos, estariam por atravessar a chamada segunda transição demográfica:

Essa transição se caracterizaria pelo declínio persistente dos níveis de fecundidade, abaixo do nível de reposição, além de ganhos extras de longevidade. Diferentemente de haver uma força que levaria a população a um novo estado de equilíbrio e a uma estabilização dos níveis de mortalidade e fecundidade, como parece implícito no arcabouço tradicional da transição, as componentes demográficas seguiriam variando, acompanhando transformações observadas na sociedade (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015, p. 138).

Contudo, essa segunda transição não é aceita por todos os autores. Oliveira (2012) argumenta que esta não passa apenas da continuação do processo

que desencadeou a primeira, não havendo uma ruptura nesse processo que permitiria o desenvolvimento de uma nova transição. Como ponto destacado pela autora, tem-se o fato de que a teoria da segunda transição demográfica se embasa na persistência no tempo da fecundidade em níveis muito abaixo da reposição, sendo refutado pela mesma, com apoio dos seguintes elementos:

(...) mesmo que a postergação da procriação explique parte da fecundidade muito baixa, esta não se recupera nas idades mais avançadas, fazendo com que fecundidade abaixo do nível de reposição passe a ser norma; da mesma forma, a contracepção se generaliza, em uma situação em que ter filhos torna-se matéria de decisão. Outros elementos referem-se à nupcialidade: cresce a proporção de coabitação, isto é, de uniões sem casamento, aumentando também os nascimentos fora do casamento, supostamente em razão de diferentes fatores ideacionais, especialmente novas motivações para o controle dos nascimentos (OLIVEIRA, 2012, p. 142).

Sob a perspectiva de gênero, os dados da atual transição demográfica brasileira apontam para um processo onde se pode observar uma feminização da velhice, ou seja, à medida que acontece o envelhecimento populacional, eleva-se o número de mulheres presentes nela. Atualmente, 55,5% da população idosa é constituída por mulheres e, no que diz respeito à população acima da faixa etária de 80 anos esse percentual chega a 61% (IBGE, 2011).

Tal fato decorre do aumento da expectativa de vida feminina, que, em média, superam em 8 anos a mais de vida que os homens. Existem alguns outros fatores que também explicam esse fenômeno, como no caso em que ocorrem mortes violentas (assassinatos, acidentes), cujas vítimas, em 90 % dos casos são do sexo masculino (jovens e adultos) e ainda, a questão relacionada aos cuidados com a saúde com acompanhamento médico regular, sendo realizados com maior frequência por mulheres do que por homens no decorrer da vida (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

Como o processo de envelhecimento brasileiro ocorreu de forma muito veloz, não permitindo a adequação das políticas a este novo cenário e dentro de um contexto preenchido por acentuadas desigualdades sociais, altos níveis de pobreza e instituições deveras fragilizadas, a forma como se deu esse processo de transição

demográfica, impôs uma série de desafios a serem enfrentados pelos sistemas de saúde, que necessitam fornecer a seus idosos uma infraestrutura adequada a satisfazer, de maneira integralizada, todas as suas necessidades (VERAS, 2009).

Diante desse quadro, é exigido do Brasil, enquanto um país ainda não desenvolvido totalmente, o lidar com uma população idosa tendo a maior parte diversos tipos de doenças crônicas e variadas limitações funcionais. Mendes (2011) relata que o país tem vivenciado uma mudança em sua epidemiologia, com alterações no perfil de adoecimento e morte, encontrando-se diante um cenário possuidor de uma tripla carga de doenças. Nesse processo pode-se observar uma forte diminuição, mas não eliminação, da mortalidade por doenças transmissíveis e a elevação doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer, que se somam, ainda, às mortes por causas externas, como, por exemplo, os acidentes de trânsito.

Dados originados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) no ano de em 2003, observam que 77,6% dos brasileiros com idade de 65 ou acima disso se declararam como tendo uma doença crônica, nos quais um terço desses declarou possuir mais de uma (IBGE, 2003). Já em relação à pesquisa realizada pelo PNAD em 2008, os dados mostram que 71,9% dos brasileiros com idade de 65 ou acima disso consideram ter pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2010).

Dessa forma, o Brasil muda seu cenário, em um curto período, de um panorama de mortalidade característico de uma população de jovens, para um repleto de enfermidades múltiplas e bem mais complexas, dotadas de cronicidade, que tem uma duração muito maior e exigem cuidados contínuos, ampla gama de medicação de uso prolongado e exames com grande periodicidade (VERAS, 2009).

Por outro lado, Barreto e Carmo (2007) expõem o problema das estruturas ambientais do país que se encontram extremamente fragilizadas, deixando as populações vulneráveis a uma série de doenças aparentemente superadas como a cólera e a dengue. Agrega-se ainda, a questão dos problemas nutricionais (crescimento da obesidade e anemia) e doenças endêmicas e o aparecimento de novas doenças, por meio de cepas patogênicas, que tornam-se mais severas e o uso indiscriminado de antimicrobianos, que deixam as cepas cada vez mais resistentes.

Diante o exposto, fica claro que todas essas mudanças ocorridas nos modos de vida produziram um novo arcabouço de doenças que requerem o entendimento de um processo mais amplo, a fim de realmente, promover saúde e evitar mortes. Essa dinâmica culminou em um aumento de idosos dependentes dos sistemas assistenciais de saúde, o que exige um pensamento político com enfoque nos cuidados para idosos, fundamentado em qualidade de vida e na manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

3.2 Desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento aconteceu na cidade de Viena, na Áustria no ano de 1982. Nela foram traçadas diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, que desejava promover a sensibilização de governantes e sociedades de todo o planeta para a importância de se direcionar políticas públicas às pessoas idosas, bem como estimular nas nações estudos voltados para aspectos do envelhecimento (RODRIGUES et al., 2007).

Já na legislação brasileira, a preocupação com a pessoa idosa na esfera de políticas públicas é considerada recente, sendo a Constituição Federal de 1988 o grande marco histórico das garantias e direitos civis e políticos dos idosos:

“A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos” (BRASIL, 2012a, p.130).

Antes da Constituição de 1988, as ações governamentais na saúde possuíam enfoque puramente curativista e de proteção, onde merece menção a criação de benefícios como as aposentadorias destinadas aos trabalhadores do meio rural, nos anos 70 (FERNANDES; SOARES, 2012).

Outras conquistas sociais importantes que a Carta Magna brasileira trouxe em seu arcabouço legal, se referem também a uma catalogação e diferenciação da população idosa, em relação aos outros grupos etários, ao lhe conferir direitos peculiares fundamentados em requisitos de ordem inteiramente

cronológica. A Lei Maior do país estabeleceu o estágio da velhice como objeto de gestão pública que deve ser planejada e orientada científica e politicamente (ROZENDO; JUSTO, 2012).

Posteriormente, em 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842, que traz uma série de estratégias e ações sociais e de saúde de apoio aos idosos, que, juntamente com o Decreto 1848/96 que a regulamentou, forma a Política Nacional do Idoso (PNI). A política veio com o propósito de garantir direitos sociais ao idoso, que assegurem autonomia, integração e sua participação real na sociedade, fomentando cidadania. É este diploma legal que estabelece idade de 60 anos ou mais, para uma pessoa ser tida como idosa (BRASIL, 1994).

A PNI garante ao idoso sua cidadania, participação na comunidade, dignidade, bem estar e o direito à vida, assegurados pela família, sociedade e estado, veda discriminação de qualquer forma ao idoso, o coloca como foco principal das transformações a serem efetivadas através da política, além de observar as diferenças econômicas, sociais, regionais e contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil pelos poderes públicos e sociedade em geral.

No contexto nacional geral, em 1994 surge então a Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominada Programa de Saúde da Família, como modelo de reorganização da atenção básica indicado pelo Ministério de Saúde (MS), na tentativa de operacionalizar um modelo pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde. O MS trouxe a ESF como forma de reorganização da produção de cuidados de saúde, objetivando a reorientação da prática assistencial em direção a uma assistência focada na família, ou seja, abrangendo desde a criança até o idoso (ERMEL, 2006).

Tomando como base a Política Nacional do Idoso, o Ministério da Saúde, promulga em 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), por meio da Portaria 1.395/99. Esta norma tem como objetivo primordial a certificação de um processo de envelhecimento saudável à população por meio da manutenção da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, com a finalidade de assegurar aos idosos sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de modo independente (GORDILHO et al., 2000).

Alicerçado nesse pensamento, a PNSI estabelece diretrizes dignas de destaque: a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos

idosos, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

Retornando a um contexto político mais amplo, somente após 20 anos da realização da Assembleia de Viena, realizou-se em abril de 2002, em Madri, por intermédio da Organização das Nações Unidas, a II Assembleia Mundial do Envelhecimento, que culminou na aprovação do segundo Plano Internacional sobre o Envelhecimento. Um ponto que merece destaque é que em ambos os planos de esfera internacional foi dada grande ênfase a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a necessidade de se incluir a população idosa na vida social, cultural, econômica e política das sociedades (BRASIL, 2006a).

Ainda em relação ao Plano Internacional sobre o Envelhecimento 2002, visualiza-se em seu conteúdo pontos importantes como os relacionados à proteção social e a saúde dos idosos, ressaltando cuidados preventivos e reabilitadores e ao uso de conhecimentos e tecnologias para considerar as consequências do processo de envelhecimento, sobretudo em países em desenvolvimento (ONU, 2003).

Logo após a Assembleia de Madri, no ano de 2003 é aprovado no Brasil o Estatuto do Idoso pela Lei federal nº 10741, que dispõe sobre os direitos fundamentais do idoso, enfatizando dentre eles o direito à vida, à liberdade, à dignidade, ao respeito, aos alimentos, à convivência familiar e comunitária e à saúde. Tais direitos seriam de competência das várias instituições, como o Estado, comunidade, sociedade e família (BRASIL, 2003).

Rodrigues et al. (2007) apontam que a promulgação do Estatuto significou um avanço da legislação brasileira em relação à sua adequação aos preceitos estabelecidos no Plano de Madri.

Já em fevereiro de 2006, através da Portaria/ GM nº 399, foi instituído o Pacto pela Saúde, o qual agrega três eixos: Pacto em Defesa do SUS, Pacto em Defesa da Vida e Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida normatiza como uma das seis prioridades da atenção à saúde, a saúde do idoso, pactuadas entre os três entes federativos. Este documento promoveu o desencadeamento de uma série de ações que serviram de base para se implementar diretrizes norteadoras para uma posterior reformulação da PNSI (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida (BRASIL, 2006c) em relação à saúde do idoso, traz que o trabalho nessa área precisa seguir as diretrizes listadas a seguir:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O Pacto pela Vida traz, ainda em relação à saúde do idoso, as seguintes ações estratégicas: caderneta de saúde da pessoa idosa, manual de atenção básica à saúde da pessoa idosa, programa de educação permanente à distância - voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, acolhimento, assistência farmacêutica, atenção diferenciada na internação e atenção domiciliar (BRASIL, 2006c).

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528, pelo então Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, levando em conta a grande necessidade do setor saúde em se ter uma política contemporânea relacionada à saúde do idoso (BRASIL, 2006d).

Esta Portaria enfatiza a indispensabilidade de se incluir a condição funcional na formulação de políticas para a saúde dos idosos, observando a existência de um grupo variado na população idosa onde uma parte tem independência e outra parte se constitui em uma população mais frágil. As ações precisam ser orientadas com base nas especificidades de cada esfera de governo.

Ademais, traz como diretrizes a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, em conformidade com as orientações da Organização das Nações Unidas, em 2002 (BRASIL, 2006c).

Ao se analisarem todos esses pontos, compreende-se a importância de propiciar intervenções assegurando aos idosos um envelhecimento saudável com manutenção de sua capacidade funcional. Para atingir esse fim, faz-se necessário a substituição de modelos assistenciais pautados na fragmentação da atenção para modelos que promovam uma reorientação dos serviços de saúde, elegendo principalmente a Atenção Básica como eixo de estratégias preventivas e de promoção à saúde. Tal modelo deve considerar a atuação da família e da comunidade como fonte de apoio ao idoso, e assim estimular o fortalecimento das relações familiares a fim de se diminuir angústias e problemas vividos por esses (CAMACHO; COELHO, 2010).

Nesse contexto, a família passa a ser vista como um local de construção de relações internas e externas a essa e onde se busca sempre melhorias das condições de vida. Essa visão do conceito de família possibilita um olhar amplo do processo saúde/doença e com isso percebe-se a necessidade de realização de intervenções geradoras de fortes impactos e significação social (BRASIL, 1997).

Ter na família o foco principal, de suas ações, promoveu a ampliação do conceito de integralidade de práticas, onde de um indivíduo isolado chega-se a um grupo social, com ações não mais puramente curativistas e sim com maior amplitude, organizando-se práticas preventivas coletivas e de promoção de saúde (PUPULIN et al., 2003).

Com isso, pode-se concluir que a ESF se constitui em uma política pública de cunho operacional que reorienta ações para o sistema familiar, espaço onde se inserem os idosos. Nesse âmbito, devem-se considerar as relações dos núcleos familiares e seus arranjos os quais determinam o processo saúde/doença para melhor conhecer a realidade de saúde dos idosos no Brasil (FARINASSO, 2005).

Fernandes e Soares (2012) observam uma inespecificidade no cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde, que geram grande impacto no seu bem estar. Para corrigir essa deficiência é necessária uma mudança de atitude dos profissionais, tirando o foco da doença e o concentrando na funcionalidade. Para os idosos, saúde não reduz somente ao controle e à prevenção de agravos de doenças

crônicas e, sim, em uma perfeita interação entre vários contextos, dentre eles adequado suporte social, saúde física e mental e independência financeira.

Assim para os supracitados autores, a normatização que cuida da atenção aos idosos no Brasil teoricamente é bem evoluída. Mas quando se passa a verificar como esses cuidados ocorrem na prática, essa se mostra incipiente. A ampliação do modelo assistencial focado na Estratégia Saúde da Família tornou pública a existência de idosos em núcleos familiares fragilizados, em situações que os deixam em intensa vulnerabilidade e que mostra claramente a imprescindibilidade de se readequar a PNSPI (FERNANDES; SOARES, 2012).

3.3 Histórico das políticas de saúde bucal

Ao ser divulgado em mídia nacional o resultado de estudo sobre dados epidemiológicos sobre a utilização de serviços de saúde bucal pela população brasileira em 1998, percebeu-se uma repercussão em toda a sociedade. O estudo promovido pelo IBGE em conjunto com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelou que aproximadamente 29,6 milhões de pessoas no país nunca tiveram nenhum tipo de assistência odontológica, ou seja, 19% da população brasileira nunca visitou um dentista. Como resposta a essa situação alarmante, o Ministério da Saúde, publica em dezembro de 2000, a Portaria N° 1.444, promovendo a introdução de incentivos financeiros para reorganização municipal da atenção à saúde bucal por meio do Programa de Saúde da Família (SOARES et al., 2011).

Com a divulgação dessa portaria de incentivos, em apenas dois anos, segundo dados do Ministério da Saúde, o número de municípios com equipes de Saúde Bucal no país passou a ser de 1.526, onde antes da citada portaria, só existiam 76 casos de incorporação do CD nas equipes de Saúde da Família pelo Brasil (MATTOS, 2014; CALADO, 2002).

Posteriormente, ocorreu a incorporação de um número cada vez maior de equipes de Saúde Bucal no Brasil, onde se verificou, no período de dezembro do ano 2002 até agosto do ano 2009, o crescimento do número de equipes de saúde bucal, passando de 4.261 equipes para 18.482, consistindo assim em um aumento de 334% (MATTOS, 2014). Desta forma, em abril de 2015, o país já contava com um

total de 21.212 equipes implantadas na modalidade I e 2.226 na modalidade II, em 4.902 municípios brasileiros (BRASIL, 2015b).

Voltando às políticas públicas, em março de 2001, o MS edita a Portaria 267 que, considerando a necessidade de regulamentar a Portaria 1.444/GM e ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluiu as ações de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, a fim de reorganizar esta área ao estabelecer o chamado Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária. Esta mesma portaria, estabeleceu que cada equipe do PSF teria como população de área de atuação de cada Equipe um total de 6.900 habitantes e uma equipe de Saúde Bucal poderia ser implantada para cada duas equipes de Saúde da Família em atuação.

Somente em 2003, por intermédio da Portaria 673, essa proporção foi alterada, estabelecendo daí por diante, a proporção de uma equipe de Saúde Bucal para uma equipe de Saúde da Família. A norma também trouxe a descrição dos procedimentos elencados nesse nível de atenção, como ainda, os tipos de equipe: Modalidade I, sendo formada por cirurgião dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD), hoje renomeado para auxiliar de saúde bucal (ASB); Modalidade II, formada por CD, ASB e técnico de higiene dentária (THD), hoje renomeado técnico de saúde bucal (TSB) (MATTOS, 2014).

No ano seguinte, em 2004, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Saúde Bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, que constitui-se em uma série de medidas para reorganizar as práticas e a qualificação das ações e serviços ofertados, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito no SUS. As linhas de ação mais importantes da política são a reorientação da atenção básica em saúde bucal (dando ênfase a implantação das equipes de Saúde Bucal na ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada, destacando-se com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), além do incentivo à fluoretação das águas nas estações de tratamento de abastecimento público (BRASIL, 2004).

Em relação aos LRPD, esses ficaram responsáveis pela elaboração de no mínimo próteses dentárias totais ou parciais removíveis para a população, enquanto os CEO seriam responsáveis em ofertar aos usuários serviços especializados como diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Os CEO

são classificados em tipo I (três consultórios odontológicos completos), CEO tipo II (quatro a seis consultórios odontológicos completos) e tipo III (sete ou mais consultórios odontológicos completos) (BRASIL, 2006e).

Um ponto que deve ser realçado na Política Nacional de Saúde Bucal é o processo de ampliação e qualificação da Atenção Básica. Ao considerar os problemas que demandam à rede de atenção básica em sua grande complexidade e a contínua necessidade de buscar maneiras de ampliação da oferta e qualidade dos serviços ofertados, traz como recomendação e desenvolvimento de ações que promovam a ampliação do acesso por linhas de cuidado. Dessa forma, ações de saúde bucal devem estar inseridas em documentos específicos que definam políticas para a intervenção governamental conforme as linhas de cuidado. Dentre os grupos destacados nessas linhas de cuidado, tem-se o grupo dos idosos (BRASIL, 2004).

Ao referirem-se aos idosos, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, trazem a saúde bucal como um fator fundamental para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Assim, para garantir o acesso, o serviço deve organizar grupos de idosos nas unidades básicas de saúde a fim de desenvolver ações educativas e preventivas. Deve da mesma maneira promover o atendimento clínico individual ao idoso, procurando evitar filas e trâmites burocráticos que possam vir a dificultar o acesso, reservando horários e dias próprios para o atendimento. Como elemento estratégico para ampliação deste acesso, tem-se a utilização de tecnologias inovadoras, como o tratamento restaurador atraumático (ART) e os procedimentos periodontais de menor complexidade, possibilitando maior impacto e cobertura (BRASIL, 2004).

Em 2006, publica-se a Portaria nº 648/GM, de 28 de março, que surge regulamentando as competências dos trabalhadores da equipe de Saúde Bucal que venham a atuar na atenção básica através da Estratégia Saúde da Família. Dentre as competências do cirurgião dentista, têm-se:

- Realização de diagnósticos com o intuito de obter o perfil epidemiológico para realizar o planejamento local e a programação em saúde bucal;
- Realização de práticas clínicas da Atenção Básica em saúde bucal, inclusive o atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realização da atenção integral em saúde bucal individual e coletiva;

- Encaminhamentos e orientação dos usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento.
- Coordenação e participação em ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- Contribuição e participação das atividades de Educação Permanente do THD, ACD, além de supervisão técnica de suas ações;
- Participação do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Ainda em 2006, Ministério da Saúde lança o Caderno de Saúde Bucal Nº 17. Este documento traz referências sobre o processo evolutivo das políticas de saúde bucal no Brasil e dos principais modelos de atenção. Apresenta noções sobre a realização de planejamento local, enfatiza a importância do emprego da epidemiologia e da construção de um sistema de informação, como ferramentas para se conhecer e enfrentar os principais agravos à saúde da população e se destina também a trazer um processo de trabalho que aconteça de maneira integrada (BRASIL, 2006h).

Desde então, várias outras portarias, regulamentando a saúde bucal e seus recursos financeiros, vêm sendo editadas pelo governo federal. No quadro 1, seguem-se algumas que merecem destaque:

QUADRO 1 – Portarias relacionadas à saúde bucal de 2006 a 2013. Juazeiro do Norte, 2015.

2006	Portaria Nº822/GM de 17 de abril de 2006 - Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.
2006	Portaria Nº750/GM de 10 de outubro de 2006 - Normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal - ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.
2008	Portaria Nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 - Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família.

2009	Portaria Nº 154, de 15 de maio de 2009 - Inclui na tabela de Tipo de Equipes do SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, os tipos de equipes EACSSB_M1 e EACSSB_M2.
2009	Portaria Nº 2.372/GM de 7 de outubro de 2009 - Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
2011	Portaria Nº 122/GM, de 25 de janeiro de 2011 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
2011	Portaria Nº 576/SAS, de 19 de setembro de 2011 - Estabelece novas regras para a carga horária semanal dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista; e normas para o cadastramento, no SCNES, das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ.
2011	Portaria Nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011- Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (esf) e o programa de agentes comunitários de saúde. Revogando a portaria 648/GM de 2006.
2012	Portaria Nº 123/GM, de 25 de janeiro de 2012 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
2012	Portaria Nº 366/GM, de 5 de março de 2012 - Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
2012	Portaria Nº 978/GM, de 16 de maio de 2012 - Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
2012	Portaria Nº 3.022/GM, de 26 de dezembro de 2012 - Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
2012	Portaria Nº 3.012/GM, de 26 de dezembro de 2012 - Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
2013	Portaria Nº 17/SAS, de 15 de janeiro de 2013 - Inclui na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES, Equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de saúde bucal e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado 101 Estratégia de Saúde de Família.
2013	Portaria Nº 1.301/GM, de 28 de junho de 2013 - Define os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Fonte: BRASIL (2015c).

Ainda dentre as políticas listadas no quadro 1, deve-se enfatizar as portarias Nº 154 de 2009 e Nº 3.012 de 2012 (BRASIL, 2015c).

A primeira traz definições sobre os tipos de equipes de saúde onde há a inserção da saúde bucal: equipe de saúde da família com saúde bucal - modalidade I (ESFSB_M1); equipe de saúde da família com saúde bucal - modalidade II (ESFSB_M2); equipe de agentes comunitários de saúde com saúde bucal - modalidade I (EACSSB_M1); equipe de agentes comunitários de saúde com saúde bucal - modalidade II (EACSSB_M2) (BRASIL, 2009).

Com respeito à Portaria Nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012, essa redefiniu a composição das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A norma estabeleceu que os profissionais de Saúde Bucal das Equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades: I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB). Trazendo ainda que tanto os profissionais das modalidades I quanto os das modalidades II, podem exercer parte de suas ações em Unidade Odontológica Móvel (UOM) (BRASIL, 2012b).

Perante o exposto, diante de tantas possibilidades e oportunidades para a mudança do modelo de atenção à Saúde Bucal com alicerce na sua inclusão na ESF, torna-se de extrema importância avaliar se estas mudanças estão acontecendo no modelo das práticas em nível local.

3.4 Avaliação em saúde

O conceito de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde, segundo documento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQESF), centra-se no sentido de avaliação como instrumento formador de opinião e julgamentos, emitindo juízo de valor sobre um assunto determinado (BRASIL, 2006f).

Silva (2005) traz avaliação relacionada ao processo de se determinar esforço, mérito ou valor de alguma coisa ou de seu produto obtido por intermédio desse processo. A autora ressalta a importância da avaliação, por essa poder se associar à possibilidade e necessidade de intervenções que podem promover

modificações em quadros sanitários, levando em consideração as barreiras enfrentadas por essas intervenções na alteração dos indicadores epidemiológicos de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias.

Assim, a avaliação das ações dos serviços de saúde pode propiciar um atendimento de melhor qualidade aos usuários por ser capaz de proporcionar uma melhoria contínua da atenção. Nesse contexto, avaliar essas ações se torna essencial a fim de averiguar sua atuação, comportamento e real eficácia nos serviços, inclusive os de saúde bucal e, com o resultado, produzir um certo referencial que leve a atender às necessidades das políticas públicas de promoção de saúde na Atenção Primária (COLUSSI; CALVO, 2012).

Normalmente, observa-se a associação da avaliação a aspectos negativos, por exemplo, como meio para punições, classificações e eliminações dos indivíduos que não atingiram um resultado específico. Contudo, vem-se tentado superar este paradigma marcado por precedentes históricos e culturais, passando-se a utilizar a avaliação como ferramenta de orientação para tomada de decisões pelos gestores (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, tem se constatado a grande importância que a cultura avaliativa vem assumindo nas políticas do Ministério da Saúde, na tentativa de uma verdadeira institucionalização da avaliação na Atenção Básica, sendo a formação profissional um dos seus grandes entraves de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004).

A dificuldade que as equipes de saúde em se apropriar de processos de avaliação ocorre por desconhecerem suas abordagens e por estarem sobrecarregadas de tarefas oriundas dos diversos programas, em especial as referentes às coletas de dados. Em grande parte das situações, estes dados não são processados pelas pessoas responsáveis por sua coleta e não geram resultados de análises em tempo hábil a permitir a reflexão das práticas e conseqüentemente as mudanças necessárias (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

Contudo, a institucionalização do processo avaliativo em saúde no Brasil tem como referência o desenvolvimento da Coordenação de Investigação da Atenção Básica no ano de 2000, quando ocorreu um processo de reorganização interna no Ministério da Saúde. Nesse mesmo período, foi criado o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde vinculado a Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2005).

Três anos depois, diante o gradativo aumento da implantação de equipes da ESF no país, o Ministério da Saúde, altera a missão e a finalidade da citada Coordenação de Investigação da Atenção Básica, a qual passa a ser denominada de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, passando a ter como missão monitorar e avaliar a AB a fim de permitir a instrumentalização da gestão e promover a consolidação de uma cultura de avaliação nas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2005).

Desta forma, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica foram constituídos como os principais instrumentos de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2008b). Além desses, o Ministério da Saúde em 2005, instaurou a proposta de autoavaliação das equipes de Saúde da Família através da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), objetivando uma requalificação deste nível de atenção, assim como outras ferramentas para o planejamento, como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Termo de Ajuste de Metas (TAM) (SAVASSI, 2012).

Na direção de melhorar cada vez mais o processo avaliativo, em 2011 foi implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de estimular a instituição de processos que aumentem a capacidade de gestão das três instâncias de governo, além das equipes da AB, gerando contínuos estímulos a um processo cíclico sistematizado baseado nos resultados obtidos pelos integrantes do programa (BRASIL, 2011a).

No que se refere à avaliação no âmbito das práticas de saúde bucal Giudice, Pezzato e Botazzo (2013) trazem como viés presente na maior parte dos serviços de saúde, sejam privados ou públicos, as práticas hegemônicas, tecnicistas e biologicistas dos profissionais, além de inexistir qualquer forma de planejamento estratégico e de trabalho nas equipes interdisciplinares e multiprofissionais, deficiência na atenção individualizada conduzida pela “queixa-conduta” sem a realização de adequada avaliação, classificação de riscos e acolhimento das necessidades dos pacientes e de recursos disponíveis.

Nickel, Caetano e Calvo (2009) apontam que no campo da saúde bucal, estudos avaliativos vêm sendo desenvolvidos em alguns municípios do país. Resultando em alguns programas exitosos e outros não, esses estudos, de toda forma serviram de base para um aumento na melhoria do serviço avaliado, demonstrando o grande interesse no desenvolvimento de modelos avaliativos para

o SUS, em um cenário que reflita objetos mais amplos que práticas ou experiências exitosas e relatos de casos.

Já Pereira et al. (2012) verificaram que os estudos avaliativos da ESF no tocante à saúde bucal, são menos frequentes, considerando que a produção de evidências sobre o efeito das ações de saúde bucal na ESF é muito escassa e que poucos deles referem-se diretamente ao impacto nos indicadores epidemiológicos ou de serviços.

3.4.1 Tipos de avaliação

Uma intervenção, seja de que tipo for, pode ser submetida a dois tipos de avaliação. No instante em que se busca estudar os diversos componentes da atividade interventiva por meio da aplicação de critérios e de normas, institui-se um tipo de avaliação denominada de normativa. Ao passo que, ao se realizar um exame, por intermédio de um procedimento científico, das relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção, tem-se então a avaliação denominada de pesquisa avaliativa (HARTZ, 1997).

Contandrioupoulos et al. (1997) ampliaram a dimensão do conhecimento, inserindo a avaliação normativa em um procedimento de apreciação dos componentes da intervenção comparando com critérios e normas preexistentes, os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos.

Já a pesquisa avaliativa pode ser entendida como um procedimento que se traduz na realização de um julgamento pós-intervenção por meio do uso de métodos científicos. Esse tipo de avaliação procura realizar a investigação da pertinência, dos fundamentos teóricos, da produtividade, dos efeitos, do rendimento de uma determinada intervenção, bem como as relações entre ela e o contexto no qual se insere, por meio de uma série de análises, visando não apenas medir o que se produz durante a intervenção, este processo busca realizar análise e compreensão das relações existentes entre os diversos componentes da intervenção (CONTANDRIOUPOULOS et al., 1997).

3.4.2 Abordagens da avaliação

Após a escolha do tipo de avaliação há que selecionar a abordagem para a mesma. No tocante a essa escolha existe uma variedade de possibilidades, que foram estudadas e sistematizadas por Avedis Donabedian, numa tríade que se tornou bastante conhecida: estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1988).

Estrutura diz respeito à configuração dos atributos em que acontecem os cuidados em saúde. Dentre esses atributos incluem-se os recursos de cunho material (estrutura física, equipamentos e verbas), recursos relacionados a aspectos humanos (quantidade de profissionais suficiente e qualificação dos mesmos) e estrutura organizacional (DONABEDIAN, 1988). Contudo, as avaliações baseadas exclusivamente no componente estrutura têm sido pouco valorizadas por este autor.

Segundo Reis et al. (1990), o estudo do componente estrutura, de acordo com Donabedian, busca avaliar as características dos recursos que se utilizam na atenção e leva em consideração as medidas relacionadas ao processo organizacional administrativo da atenção, a especificação das características das instalações, do corpo profissional à disposição, da relação à sua adequação às normas em vigor e observação das características profissionais empregadas, seu tipo e experiência.

A apreciação da estrutura se constitui em se identificar em qual medida os recursos são utilizados de maneira adequada com o propósito de atingir os resultados esperados, fazendo-se então, uma comparação dos recursos da intervenção, bem como de sua organização, com critérios e normas correspondentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Em se tratando da apreciação do processo objetiva-se em saber a medida na qual os serviços são adequados para atingir a finalidade esperada. Logo, o oferecimento de serviços para uma clientela se apresenta em três dimensões nas quais esses podem ser decompostos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997):

- Dimensão técnica: onde se verifica a adequação dos serviços às necessidades da população, incluindo a observação da qualidade dos serviços;
- Dimensão das relações interpessoais: trata da interação psicológica e social existente entre os usuários e quem produz cuidados;

- Dimensão organizacional: inclui a acessibilidade aos serviços, realidade de cobertura dos serviços ofertados pela intervenção em consideração, globalidade e continuidade dos mesmos.

Por fim a vertente de avaliação do resultado descreve o quadro de saúde a nível individual ou populacional como resultante da integração ou não com os serviços de saúde. Estabelecendo-se a medida e avaliação dos resultados como o que há de mais próximo de uma avaliação de cuidado total, visto que, em se tratando de saúde os resultados geralmente advêm de um conjunto de fatores (REIS et al., 1990).

De acordo com Silva (2009), os resultados se constituíram no caso da vigilância em saúde na diminuição dos riscos e na promoção de saúde da população, e no caso da assistência seriam toda e qualquer modificação no estado de saúde individual.

Para Donabedian (2003), a forma mais direta para se avaliar o cuidado se apresenta na análise dos processos que constituem esse cuidado, estabelecendo que a análise das abordagens de estrutura e resultados seriam maneiras indiretas para realização de tal avaliação.

Entretanto, Silva (2009) destaca que os resultados, mesmo sendo importantes, não devem ser tidos medida direta da avaliação de qualidade, pois podem não resultar daquela da intervenção realizada e avaliada. Recomenda-se que haja uma articulação entre a abordagem de resultados com a de processos, a fim de se propiciar um maior poder de explicação do desenho da avaliação.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo do tipo avaliativo normativo, de delineamento transversal e abordagem prioritariamente quantitativa.

O delineamento transversal caracteriza-se por ser uma pesquisa na qual um determinado caso é examinado em uma população específica, em dado momento, retratando como as variáveis estão relacionadas em determinado momento (GIL, 2008). Para Hulley et al. (2008), um ponto forte dos estudos transversais é que nesses não é necessário esperar pelo acontecimento do desfecho, tornando o estudo rápidos e de baixo custo, além de evitar perdas no seguimento.

Em relação à abordagem da pesquisa, esta se caracteriza pela quantificação tanto no momento da coleta de dados como no tratamento destes. Na coleta de dados quantitativa, pode-se checar a ocorrências de consequências (ou não) e então a aceitação ou não das hipóteses. Geralmente, faz-se a coleta de dados por meio de questionários e entrevistas com variáveis diversas e relevantes para o estudo (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

O estudo teve como base o referencial teórico-metodológico de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1980) referente à avaliação de serviços de saúde, com foco nas vertentes de estrutura e processo. Destacaram-se as dimensões técnica e organizacional, para o qual uma matriz de avaliação foi desenvolvida com base nos aspectos a serem avaliados, apresentando as dimensões de análise, fonte de coleta e os parâmetros que foram utilizados para avaliação, tanto para a análise das dimensões de estrutura e processo.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Juazeiro do Norte, que possui uma área de 248.832 km² e encontra-se localizado no sul do estado do Ceará, na região do Cariri. Apresenta atualmente uma população de 263.704 habitantes, de

acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo 240.121 na área urbana e 9.815 pessoas pertencentes às áreas rurais (IBGE, 2010).

Os dados referentes à população municipal de Juazeiro do Norte, encontram-se no quadro 2, conforme informações do Censo Demográfico de 2010.

QUADRO 2 – Dados populacionais do município de Juazeiro do Norte-CE. Juazeiro do Norte, 2015.

POPULAÇÃO	HOMENS	MULHERES
Residente	118.395	131.541
Entre 0-59 anos	107.765	115.815
Entre 60-64 anos	3.131	4.291
Entre 65-69 anos	2.534	3.498
Entre 70-74 anos	2.039	2.988
Entre 75-79 anos	1.364	2.166
Entre 80-84 anos	838	1.524
Entre 85-89 anos	465	824
Entre 90-94 anos	189	320
Entre 95-99 anos	57	125
Acima de 100 anos	13	26

Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2010).

Assim, observa-se a presença de uma população de 26.392 habitantes com idade superior a 60 anos no município. Esta realidade se assemelha ao encontrado no estado do Ceará e no restante do país, como pode ser observado na figura 1, que mostra as pirâmides etárias de cada local.

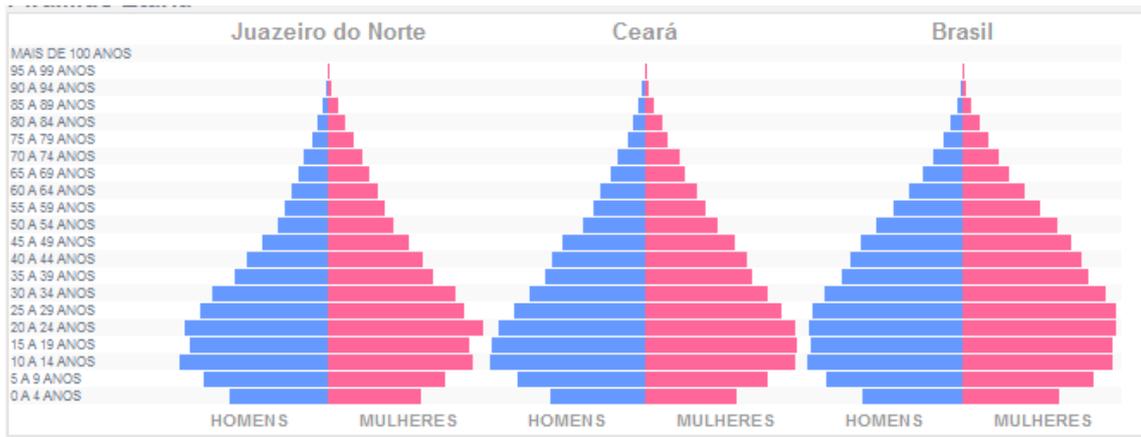


FIGURA 1 – Pirâmides etárias (IBGE, 2010). Juazeiro do Norte, 2015.

No tocante à saúde, de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/02), combinada à Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002 e Portarias Complementares (PT 384, 385 e 397), o município habilita-se na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) (JUAZEIRO DO NORTE, 2014).

Em 2006, o município aderiu ao Pacto pela Saúde e em sua rede ambulatorial básica tem-se como principal porta de entrada a Estratégia Saúde da Família, que conta com 65 equipes, com 224.250 habitantes cobertos, o que representa 87,82% de sua população. Nestas equipes da ESF, somente 37 contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB), todas na modalidade I, as quais apresentam um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal em cada equipe (BRASIL, 2015b).

As unidades de saúde incluídas no presente estudo possuem serviço odontológico ativo, sob a gestão municipal, inseridos no contexto do SUS responsáveis pelo atendimento na Atenção Básica à população idosa residente no município.

Em referência à média complexidade em Saúde Bucal, o serviço possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II próprio do município e um CEO Regional tipo III. Dentro do atual Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado, o município se configura como Polo de Referência de saúde do Estado do Ceará (JUAZEIRO DO NORTE, 2014).

4.3 População do estudo e período de referência

A população do estudo foi constituída por profissionais de nível superior de Saúde Bucal (cirurgião-dentista) que atuam nas equipes inclusas na Estratégia Saúde da Família no ano de 2015, no município de Juazeiro do Norte-CE. Foi adotado como critério de exclusão o cirurgião-dentista que estivesse ausente das unidades por motivo de férias ou licença no período da entrevista e a pesquisadora também foi excluída a fim de evitar conflito de interesse. Do total de 37 cirurgiões-dentistas, participaram 34 profissionais, pois um estava de férias e um se recusou.

Os profissionais foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a participar, manifestando seu aceite mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Para garantir o anonimato dos participantes desse estudo, utilizou-se um código numérico, de acordo com a ordem de aplicação do instrumento de coleta.

4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Variáveis sociodemográficas, de formação e atuação na ESF

- Idade: de acordo com a data de nascimento, em anos completos.
- Sexo: masculino ou feminino.
- Formação: foi considerado tempo de formação na graduação, em anos completos.
- Capacitação para atendimento ao idoso: cursos realizados na graduação e/ou pós-graduação específicos para atendimento ao idoso; Instituição promotora do curso; Ano de realização.
- Atuação na ESF: tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família em anos.

4.4.2 Variáveis relacionadas ao componente estrutura das unidades básicas de saúde destinada ao atendimento e acompanhamento dos idosos

- Recursos humanos: foi considerada a composição da equipe com cirurgião-dentista, ASB e TSB.

- Estrutura física e ambiência: foram considerados os espaços físicos mínimos obrigatórios, e a ambiência das unidades básicas de saúde destinadas ao atendimento ao idoso de acordo com Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (MEFUBS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006g) e Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2011a).
- Recursos materiais e insumos: materiais permanentes e insumos necessários ao atendimento ao idoso de acordo com Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (MEFUBS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006g) e Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2011a).
- Referência para atenção especializada: existência de fluxos de referência à atenção odontológica especializada e a outros tipos de núcleos de apoios especializados.

4.4.3 Variáveis relacionadas ao componente processo na atenção ao idoso.

Para compor a dimensão “processo”, as variáveis utilizadas para avaliar as ações, embasaram-se nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal sendo estabelecidas em duas subdimensões: Ações de promoção e proteção em saúde bucal e ampliação e qualificação da Atenção Básica.

- Ações de promoção de saúde: foram consideradas ações de abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção para doenças da cavidade bucal, como políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.
- Ações de educação e prevenção em saúde bucal: foram consideradas ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, tanto em nível individual como familiar ou em grupos de idosos, bem como a realização de levantamentos epidemiológicos, de escovação dental supervisionada e entrega de escova e dentífrico fluoretado.
- Ações de Recuperação (ações assistenciais): foram consideradas ações de intervenções clínicas curativas, de cunho individual.

- Ações de Reabilitação: foram consideradas ações recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença.
- Prevenção e controle do câncer bucal: foram consideradas ações que permitam realizar exames de detecção precoce do câncer bucal, ações de busca ativa de lesões seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (vacinação de idosos) e ainda ações de acompanhamento de casos suspeitos e confirmados.
- Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento: foi considerado se existe atendimento às urgências, se ações voltadas para atendimento obedecem a alguma classificação de risco e se é garantido o retorno para a continuidade ao tratamento.
- Inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica: foram considerados se acontecem procedimentos de maior complexidade como restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico.
- Inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica: foi considerada a ocorrência da fase clínica de instalação de próteses dentárias elementares.
- Ampliação do acesso aos idosos e acolhimento: foi considerado se ocorre reserva de horários e dias específicos para o atendimento ao idoso, como se dá a organização da demanda, bem como o acolhimento desses na unidade.

4.5 Instrumentos e procedimentos para coleta

Inicialmente, os profissionais das equipes de saúde bucal foram incentivados a colaborar com a pesquisa. Foram feitas visitas às unidades de saúde municipais, para apresentação da pesquisa e seu intento.

Após anuência dos participantes, realizaram-se procedimentos para a coleta dos dados da pesquisa, conforme detalhamento a seguir:

Referente à obtenção de dados inerentes as variáveis sociodemográficas, de formação e atuação na ESF, dos cirurgiões dentistas e às variáveis relacionadas ao relacionadas ao componente estrutura, foi utilizado um instrumento tipo formulário (APÊNDICE B – Parte I), mediante duas fontes de evidências: entrevista e

observação direta realizadas nas Unidades Básicas de Saúde.

No tocante ao componente estrutura, o formulário seguiu parâmetros de acordo com os sugeridos no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006g) e Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

Referente à obtenção das variáveis relacionadas ao componente processo, utilizou-se a entrevista. Para tanto o formulário (APÊNDICE B – Parte II) foi construído com embasamento na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e no Caderno de Saúde Bucal nº 17, todos do Ministério da Saúde do Brasil.

Para se avaliar principais dificuldades para a realização das ações de cuidado ao idoso no tocante a recursos físicos, materiais e humanos foi questionado aos participantes de forma aberta (APÊNDICE B – Parte III).

O pré-teste do formulário foi realizado com profissionais do município do Crato-CE junto a uma amostra aleatória, para avaliação e adequação do instrumento, que não sofreu alterações significativas.

4.6 Organização e análise dos dados

O registro dos dados em banco de dados foi realizado usando-se a planilha eletrônica Excel 2010 *for Windows* e as informações quantitativas foram analisadas estatisticamente, tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, sendo apresentados em quadros, tabelas e/ou gráficos. Já os dados qualitativos, foram organizados em categorias temáticas de acordo com o referencial de Minayo (2010). A discussão de todos os dados deu-se a partir de literatura atual pertinente ao tema.

A análise da estrutura e do processo das ações da saúde bucal da atenção básica no cuidado ao idoso seguiu-se por parâmetros dos documentos normatizadores do Ministério da Saúde, a partir dos quais foram construídas as matrizes de análise para avaliação com base nos aspectos a serem avaliados. O quadro 3 e 4 apresentam as dimensões de análise, fonte de coleta e os parâmetros que serão utilizados para avaliação dos componentes estrutura e processo.

QUADRO 3 – Matriz para a avaliação da dimensão estrutura do serviço de Saúde Bucal na atenção ao idoso. Juazeiro do Norte, 2015.

Item avaliado	Fonte de coleta	Parâmetros de avaliação
Estrutura física e ambiência		
Áreas de acesso adequado	Observação/ Entrevista	MEFUBS
Sala de espera adequada		
Sanitários adequados		
Sala para acolhimento		
Sala para atividades educativas		
Acesso a telefone	Observação/ Entrevista	PMAQ
Acesso à internet		
Sala para consultório odontológico	Observação/ Entrevista	MEFUBS
Espaço para escovário		
Área para compressor e bomba à vácuo		
Boa ventilação/climatização		
Boa iluminação		
Ambiente com pisos, paredes com superfícies laváveis		
Condições de privacidade		
Banheiros nos consultórios		
Recursos materiais e insumos		
Amalgamador	Observação/ Entrevista	MEFUBS, PMAQ
Aparelho para RX		
Ar-condicionado		
Autoclave		
Avental de chumbo		
Cadeira Odontológica		
Cuspideira		
Sugador		
Refletor		
Mocho		
Unidade auxiliar		
Caneta de alta rotação		
Caneta de baixa rotação		
Compressor de ar com válvula de segurança		
Fotopolimerizador		
Jato de Bicarbonato		
Macro modelo da arcada dentária e macro escova dental		
Ultrassom odontológico		
Caixa de revelação		
Estufa		
Negatoscópio		
Armário vitrine		
Mesa de escritório		
Duas cadeiras		
Balde porta-detrítos com pedal		

Instrumental para exame		
Instrumental para dentística		
Instrumental para periodontia		
Instrumental para cirurgia básica		
Instrumental para urgência		
Instrumental para prótese		
EPI básicos		
Material odontológico para consumo (selante, resina fotopolimerizável, ionômero, fio de sutura, material para moldagem, agulhas, anestésico, gaze, rolos de algodão, flúor em gel, restauradores provisórios)	Observação/ Entrevista	PMAQ
Material educativo para a população (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para a saúde bucal voltado para o idoso		
Impressos (receituários, prontuários com odontograma, mapa para registros de atendimento diário e mensal)		
Recursos Humanos		
Membros que constituem a equipe	Observação/ Entrevista	PMAQ
Referência para atenção especializada		
Apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar o atendimento ao idoso	Observação/ Entrevista	PMAQ
Referência para cirurgia oral/ traumatologia buco-maxilo-facial, periodontia, estomatologia, radiologia, endodontia, implantodontia, pacientes especiais, próteses (reabilitação), odontogeriatria, serviço especializado em diagnóstico das lesões e câncer bucal	Observação/ Entrevista	PMAQ, PNSI

QUADRO 4 – Matriz para avaliação da dimensão processo do serviço de Saúde Bucal na atenção ao idoso. Juazeiro do Norte, 2015.

Ações avaliadas	Fonte de coleta	Parâmetros de avaliação
AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE		
Ações de promoção de saúde		
Promoção para estímulo de alimentação saudável	Entrevista	DPNSB, PNSI
Promoção do autocuidado com a higiene corporal e bucal		
Promoção de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.		
Outra(s)		
Ações de educação e prevenção em saúde bucal		
Ações educativas em nível individual	Entrevista	Caderno 17
Ações educativas em grupos de idosos		
Ações educativas durante visitas domiciliares	Entrevista	DPNSB

Levantamentos epidemiológicos	Entrevista	Caderno 17
Escovação dental supervisionada		
Entrega de escova e dentífrico fluoretado.		
Ações de recuperação em idosos		
Consulta Odontológica	Entrevista	PMAQ
Adequação do meio bucal		
Drenagem de abscesso		
Sutura de ferimentos por trauma		
Remoção de restos radiculares		
Frenectomia		
Biópsia de lesões		
Acesso à polpa dentária		
Capeamento pulpar		
Aplicação tópica de flúor		
Exodontia de dente permanente		
Restauração de amálgama		
Restauração de resina composta		
Raspagem, alisamento e polimento supragengivais	Entrevista	Caderno 17
Remoção ou tratamento de fatores retentivos de placa	Entrevista	PMAQ
Ulotomia/Ulectomia	Entrevista	DPNSB
Ações assistenciais durante visita domiciliar	Entrevista	PMAQ
Tratamento concluído	Entrevista	PMAQ
Outro(s)		
Ações de Reabilitação		
Ações recuperação parcial ou total de capacidades perdidas	Entrevista	DPNSB, PNSI
AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA		
Prevenção e controle do câncer bucal		
Busca ativa de lesões em visitas domiciliares	Entrevista	DPNSB
Busca ativa de lesões em momentos de campanhas específicas (vacinação de idosos)		
Acompanhamento de casos suspeitos e confirmados.		
Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento		
Atendimento às urgências	Entrevista	DPNSB
Ações para atendimento às urgências obedecem a alguma classificação de risco		
Garantia de retorno para a continuidade ao tratamento		
Inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica		
Restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias	Entrevista	DPNSB
Tratamento periodontal subgengival ou outro mais complexo que não requeira procedimento cirúrgico.		
Inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica		
Atendimento correspondente às fases clínicas de instalação de próteses dentárias elementares	Entrevista	DPNSB
Ampliação do acesso e acolhimento		
Reserva de horários e dias específicos para o atendimento ao idoso	Entrevista	DPNSB, PNSI

Acesso por lista de espera com classificação de necessidades		
Atendimento a demanda espontânea	Entrevista	Caderno 17
Demanda programada para instituições		
Acolhimento na unidade durante todo o percurso do usuário	Entrevista	Caderno 17, PNSI
Escuta no acolhimento	Entrevista	PMAQ

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri sob o parecer de N° 1.396.309 (ANEXO A).

Os princípios de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência foram observados em todas as fases de desenvolvimento da pesquisa, assegurando-se aos participantes o sigilo de suas identidades e garantindo que eles poderiam se retirar do estudo a qualquer momento. Foi garantido ainda que a participação era voluntária, não interferindo com a execução de suas atividades na instituição. Além disso, não se acarretou ônus financeiro e/ou material ou prejuízo a todos os participantes, realizando a coleta de dados na unidade em que o profissional trabalhava, em dia e horário determinado por ele mesmo.

Para sua realização nas dependências das unidades de saúde foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde do Juazeiro do Norte-CE (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Os resultados estão organizados da seguinte forma: De forma quantitativa apresenta-se a caracterização dos participantes, o componente estrutura, sendo identificação da equipe, recursos humanos e estrutura física e ambiência e o componente processo com duas subdimensões: Ações de promoção e proteção em saúde bucal e ampliação e qualificação da Atenção Básica.

Sobre os dados qualitativos, apresentam-se as dificuldades enfrentadas pelos CD no cuidado ao idoso, estruturadas em torno de quatro temas centrais: Dificuldades relacionadas à estrutura física/ambiente; Dificuldades relacionadas a equipamentos/insumos; Dificuldades relacionadas aos usuários; Dificuldades relacionadas aos profissionais/gestão.

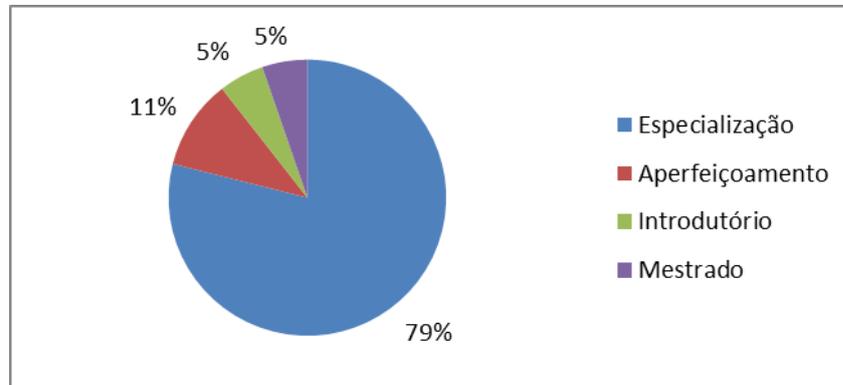
5.1 Características dos cirurgiões-dentistas segundo variáveis sócio-demográficas

Ao se caracterizar o perfil dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Juazeiro do Norte, identificou-se distribuição equivalente entre o sexo masculino e feminino. A idade média desses profissionais foi de 42,5 anos, com desvio-padrão (DP) de 9,19, com o mínimo da idade de 26 e o máximo de 64 anos e sendo 36 anos a idade de maior frequência.

Em relação ao tempo de graduação, os entrevistados apresentam em média um período de 18,2 anos de formado, com DP de 8,64 anos. Quanto ao tempo de atuação na ESF, 30 profissionais possuem oito anos ou mais de tempo de serviço, com uma média de 11,4 anos, sendo que nove relatam trabalhar a mais de 15 anos. Em contrapartida, 18 (52,9%) possuem pós-graduação em Saúde Pública/Saúde da Família e 26 (76,4%) possuem pós-graduação em outras áreas da Odontologia.

A proporção entre modalidade de pós-graduação realizada na área de Saúde Pública/Saúde da Família vem mostrada no gráfico 2:

GRÁFICO 2 – Modalidade de Pós-Graduação em Saúde Pública/Saúde da Família cursada pelos cirurgiões-dentistas. Juazeiro do Norte, 2016.



Dentre as especialidades odontológicas realizadas, a Ortodontia se sobressai com um total de sete especialistas, seguida por Implantodontia e Prótese dentária que aparecem com quatro profissionais em cada área.

A tabela 1 retrata o perfil dos cirurgiões-dentistas com a instrumentalização dos profissionais para o atendimento ao idoso na ESF, tanto na graduação e durante o período de trabalho na ESF.

TABELA 1 – Perfil dos cirurgiões-dentistas entrevistados. Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS		F	%
Sexo			
	Feminino	17	50
	Masculino	17	50
Especialização em Saúde da Família			
	Sim	18	52,9
	Não	16	47,1
Outra especialização			
	Sim	26	76,5
	Não	8	23,5
Capacitação na graduação para atendimento ao idoso			
	Sim	3	8,8
	Não	31	
Capacitação pela ESF para atendimento ao idoso			
	Sim	4	12,1
	Não	30	
VARIÁVEIS (anos)	MÉDIA	DP	AMPLITUDE
Idade	42,5	9,19	26 - 64
Tempo de formação	18,2	8,64	5 - 38
Tempo de ESF	11,4	4,08	3 - 20

Destaca-se que 31(91,1%) dos profissionais não receberam nenhum tipo de capacitação para atuação junto à população idosa, durante a faculdade e 29 (85,2%) relataram não ter recebido essa capacitação no tempo que estão atuando na ESF.

5.2 Componente Estrutura

Quanto ao componente estrutura será descrita a identificação das ESB, bem como a apresentação dos recursos humanos e estrutura física e ambiência abordando as áreas físicas, características estruturais, recursos materiais e insumos e existência de referência para atenção especializada.

Na identificação das equipes de saúde bucal constatou-se que 28 dessas se localizam em zona urbana do município e seis na zona rural. Das 34 equipes avaliadas, 22 estão ligadas a uma ESF e 12 estão ligadas a duas ESF, sendo que a média de pessoas sob a responsabilidade da equipe ficou em 4.962 pessoas. Ressalta-se que 11 profissionais informam não saber a sua população adscrita e sete equipes estão com uma população sob sua responsabilidade de 6.000 ou mais de pessoas.

5.2.1 Recursos humanos

A totalidade das equipes possuem cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal dentário como membros integrantes, não havendo nenhum técnico de saúde bucal como membro integrante das ESB. Contudo, foi observado que 17 auxiliares possuem ou estão realizando curso de TSB.

5.2.2 Estrutura física e ambiência

Nas unidades básicas de saúde de Juazeiro do Norte/CE, foi verificado que as áreas de apoio possuem boas condições de limpeza (90,9%) em sua maioria, mas apenas pouco mais da metade possuem lugares suficientes para os usuários

aguardarem e 69,7% apresenta sala para atividades educativas. Contudo, somente 12,1% possuem sala para acolhimento.

Todos os consultórios odontológicos possuem boas condições de uso e limpeza, entretanto apenas 23 (69,7%) apresentam banheiros no seu interior.

Apenas uma unidade tem área específica para o desenvolvimento de práticas de escovação dental supervisionada (escovódromo) e 72,7% das unidades possuem espaço específico para compressor e bomba a vácuo.

5.2.3 Características estruturais

As características estruturais das unidades de saúde estão dispostas na tabela 2. Um ponto a ser notado é que 67,6% das unidades possuem algum revestimento em suas paredes e, das unidades que possuem sinalização, 100% dessa são visuais, não existindo sinalização tátil (caracteres/figuras em relevo ou Braille) ou sonoros/auditivos.

TABELA 2 – Variáveis das características da estrutura física das unidades. Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS	F	%
Banheiro adaptado para idosos		
Sim	12	36,4
Não	22	63,6
Banheiro adaptado para idosos com deficiência		
Sim	4	11,8
Não	30	88,2
Corredor com largura mínima de 120cm		
Sim	31	91,2
Não	3	8,8
Presença de barras de apoio		
Sim	-	-
Não	34	100
Presença de Corrimão		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Rampa com dimensões e inclinação adequada		
Sim	20	58,8
Não	14	41,2
Porta com largura para passagem de qualquer pessoa		
Sim	29	85,3
Não	5	14,7
Piso externo antiderrapante, regular, firme e estável		

	Sim	7	20,6
	Não	27	79,4
Ventilação adequada			
	Sim	20	58,8
	Não	14	41,2
Iluminação adequada			
	Sim	25	73,5
	Não	9	26,6
Parede completamente revestida			
	Sim	1	2,9
	Não	33	97,1
Parede parcialmente revestida			
	Sim	22	64,7
	Não	12	35,3
Teto revestido com material lavável e superfície lisa			
	Sim	3	8,8
	Não	31	91,2
Piso revestido com material lavável e superfície lisa			
	Sim	28	82,4
	Não	6	17,2
Porta revestido com material lavável			
	Sim	3	8,8
	Não	31	91,2
Janelas seguras e oferecem privacidade			
	Sim	13	38,2
	Não	21	61,8
Sinalização de algum tipo			
	Sim	31	91,2
	Não	3	8,8
TOTAL		34	100

Em se tratando das condições de ambiência do consultório odontológico: 60,6% possuem boa ventilação ou climatização; 63,6% tem iluminação adequada; pisos e paredes em 84,8% não são totalmente laváveis e 87,9% oferecem ao usuário privacidade em seu atendimento.

5.2.4 Recursos materiais e insumos

Nessa seção avaliou-se, em um primeiro momento, a existência de equipamentos duráveis, se esses estavam em condições de uso naquele instante e se eram compartilhados com outra ESB. Os equipamentos observados foram: amalgamador, aparelho de raios X (RX) odontológico, ar-condicionado, autoclave, estufa, cadeira odontológica, cuspeira, sugador, refletor, mocho, unidade auxiliar,

caneta de alta rotação, caneta de baixa rotação, compressor de ar com válvula de segurança, fotopolimerizador, jato de bicarbonato, macro modelo da arcada dentária e escova dental, negatoscópio, caixa de revelação (câmara escura), avental de chumbo, armário vitrine e balde porta-detrimentos com pedal.

Desses, merece destaque o dado encontrado relacionado aos equipamentos utilizados na esterilização, em que somente 14 unidades existiam autoclaves em condições de uso e sobre as estufas, esse número foi ainda menor, só existindo oito em condições de uso.

Nenhuma das unidades possuía jato de bicarbonato ou ultrassom, equipamentos de uso para remoção de cálculos e placa dental. Somente duas unidades possuem duas cadeiras odontológicas, o que permitiria o trabalho com o técnico de saúde bucal. O aparelho de ar-condicionado foi encontrado em 31 unidades, mas dois sem condições de uso e foi registrado que em uma unidade o atendimento odontológico geral não ocorria a cerca de um ano por ausência desse equipamento, o que tornava o ambiente de trabalho impossível de ser utilizado.

Observação importante refere-se aos equipamentos relacionados à realização de RX odontológico nas ESF: Somente duas unidades possuem aparelho de RX e avental para proteção contra radiação e apenas uma ESB possui câmara escura e negatoscópio. A respeito do compartilhamento com outra equipe, constatou-se que 94,1% não compartilham esse material.

Em um segundo momento, avaliou-se a existência de instrumental necessário para realização de práticas clínicas, considerando a quantidade recomendada pelo Ministério da Saúde. Percebeu-se que para exame clínico, cerca de 47% das unidades de saúde possuíam o número adequado; 29,4% para dentística; 8,8% para periodontia e para urgências; 11,7% para cirurgia e nenhuma unidade possuía instrumental para prótese.

Outro ponto dessa seção trouxe a disposição de materiais de consumo odontológico e ainda se estariam sendo ofertados em quantidade suficiente para as práticas realizadas por período de um mês. Os resultados estão no quadro 5.

QUADRO 5 – Variáveis do material de consumo das unidades. Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS		F	VARIÁVEIS		F
Selante			Amálgama		
	Sim	11		Sim	28
	Não	21		Não	5
	Insuficiente	2		Insuficiente	1
Resina			Ionômero de vidro		
	Sim	32		Sim	17
	Não	1		Não	12
	Insuficiente	1		Insuficiente	5
Fio de sutura			Algum material para moldagem		
	Sim	31		Sim	-
	Não	2		Não	34
	Insuficiente	1		Insuficiente	-
Agulhas			Anestésico		
	Sim	33		Sim	30
	Não	-		Não	2
	Insuficiente	1		Insuficiente	2
Gaze			Algodão em rolos		
	Sim	29		Sim	32
	Não	2		Não	1
	Insuficiente	3		Insuficiente	1
Flúor			Receituário		
	Sim	21		Sim	25
	Não	13		Não	3
	Insuficiente	-		Insuficiente	6
EPIs			Prontuário		
	Sim	22		Sim	24
	Não	2		Não	3
	Insuficiente	10		Insuficiente	7
Material educativo para idosos			Fichas e-SUS diária		
	Sim	-		Sim	24
	Não	34		Não	3
	Insuficiente	-		Insuficiente	7

F= frequência

Por fim, têm-se os dados relacionados ao acompanhamento de idosos com uso da Caderneta de Saúde do idoso, onde foi apurado que dos 34 participantes apenas um tinha esse instrumento sempre disponível no consultório odontológico para entrega ao idoso e sempre acompanhava os pacientes fazendo uso do mesmo.

5.2.5 Sistema de referência

Quanto à existência de referência para atenção especializada, têm-se os resultados mostrados na tabela 3, a seguir:

TABELA 3 – Caracterização do serviço de referência das unidades de saúde. Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS	F	%
Rede de apoio		
Sim	11	32,4
Não	23	67,6
Atenção especializada		
Sim	26	76,5
Não	8	23,5
Cirurgia		
Sim	28	82,4
Não	6	17,6
Periodontia		
Sim	29	85,3
Não	5	14,4
Estomatologia		
Sim	28	82,4
Não	6	17,6
Radioterapia		
Sim	29	85,3
Não	5	14,4
Endodontia		
Sim	29	85,3
Não	5	14,4
Implantodontia		
Sim	-	-
Não	34	100
Pacientes com necessidades especiais		
Sim	27	79,4
Não	7	20,6
Prótese		
Sim	29	85,3
Não	5	14,4
Odontogeriatría		
Sim	-	-
Não	34	100
Diagnóstico de lesões e câncer bucal		
Sim	27	79,4
Não	7	20,6
TOTAL	34	100

Apenas 32,4% dos participantes narram que recebem apoio de outros núcleos profissionais especializados para auxílio ao atendimento ao idoso entre eles, NASF, grupo comunitário e CEO. Em relação à atenção odontológica especializada 26 (76,5%) alegam ter por parte da rede de saúde oferta de consultas especializadas para atender as necessidades dessa população. No entanto, a rede não disponibiliza ao profissional da ESF nenhuma referência para Odontogeriatría.

Ao serem indagados a respeito da existência de protocolo de encaminhamento dos idosos para outros níveis de atenção, somente 15,2% tinham conhecimento sobre tal protocolo. Já quanto ao tempo médio de agendamento que espera o idoso, para consultas nos serviços especializados, 85,2% dos participantes afirmaram que o idoso espera mais de um mês, um cirurgião-dentista afirmou que o tempo de espera é de cerca de um mês e um afirma que é de apenas um dia, demonstrando contradição nas respostas.

5.3 Componente Processo

Em referência ao componente processo, o estudo descreve a realização de ações de promoção e proteção à saúde do idoso, sendo ações de promoção em saúde, ações de educação e prevenção, ações de recuperação à saúde do idoso e ações de reabilitação; ações voltadas a ampliação e qualificação da atenção básica, onde tem-se ações de: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão da reabilitação protética na atenção básica e ampliação do acesso e acolhimento.

5.3.1 Ações de promoção e proteção à saúde do idoso

O estudo identificou os dados no conjunto de ações de promoção de saúde conforme tabela a seguir.

TABELA 4 – Realização de ações de promoção de saúde com idosos pela ESB.
Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS	F	%
Ações de estímulo à alimentação saudável		
Sim	5	14,7
Não	29	85,3
Ações de autocuidado com higiene bucal e corporal		
Sim	10	30,3
Não	24	69,7
Ações eliminação tabagismo e redução de acidentes		
Sim	8	24,2
Não	26	75,8
Outras ações de promoção de saúde		
Sim	5	14,7
Não	29	85,3
TOTAL	34	100

No tocante ao estímulo a alimentação saudável visando reduzir o consumo de açúcares, promoção do autocuidado com a higiene corporal e bucal, eliminação do tabagismo e de redução de acidentes e, ainda, em relação à realização de algum outro tipo de ação de promoção de saúde com idosos.

Ao se pesquisarem as ações de educação e prevenção em saúde bucal com idosos os resultados se deram conforme a tabela 5:

TABELA 5 – Realização de educação e prevenção em saúde bucal com idosos.
Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS	F	%
Realização de levantamentos epidemiológicos		
Sim	-	-
Não	34	100
Escovação dental supervisionada		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Entrega de escova e dentifrícios		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Ações de educação em saúde		
Sim	25	73,5
Não	9	26,5
TOTAL	34	100

Com respeito à ocorrência das ações de educação e prevenção em saúde, de acordo com os dados trazidos na tabela 5, se visualiza que esse tipo de ação quase não é implementada junto ao grupo, restringindo-se quase que somente à ações de educação em saúde, feitas por 93,9% em forma de abordagens individuais durante a primeira consulta do tratamento.

Ainda no tocante às atividades educativas, contemplou-se que somente um cirurgião-dentista utiliza algum meio de comunicação para realiza-las e que nenhum utiliza meios de abordagens alternativos como teatro ou dramatização. Destaca-se que esses meios de abordagens alternativos foram relatados como utilizados, entretanto apenas para grupos com crianças e não junto a idosos.

As ações de recuperação à saúde estão apresentadas no quadro 6, a seguir:

QUADRO 6 – Ações de recuperação à saúde bucal do idoso. Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS		F	VARIÁVEIS		F
Consulta odontológica			Adequação do meio bucal		
	Sim	34		Sim	29
	Não	0		Não	5
Drenagem de abscesso			Sutura de ferimentos por trauma		
	Sim	21		Sim	20
	Não	13		Não	14
Remoção de restos radiculares			Frenectomia		
	Sim	32		Sim	3
	Não	2		Não	31
Biópsia de lesões			Acesso à polpa dentária		
	Sim	-		Sim	19
	Não	34		Não	15
Capeamento pulpar			Aplicação tópica de flúor		
	Sim	27		Sim	23
	Não	7		Não	11
Exodontia			Restauração de amálgama		
	Sim	31		Sim	31
	Não	3		Não	3
Restauração de resina composta			Raspagem supragengival		
	Sim	31		Sim	31
	Não	3		Não	3
Remoção fatores retentivos de placa			Tratamento de alveolite		
	Sim	30		Sim	22
	Não	4		Não	12
Ulotomia/ Ulectomia			Tratamento concluído		

	Sim	6		Sim	33
	Não	28		Não	1

F= frequência

Observa-se que todos os dentistas realizam com o grupo ação de primeira consulta odontológica. Nesta se faz além do exame clínico com anamnese do paciente, abordagem individual em educação em saúde bucal.

As demais ações foram referidas pelos dentistas como sendo realizadas na UBASF, entretanto quando se tratavam de idosos especificamente, muitos não faziam ou por nunca terem precisado fazer e nesse caso dizem que se for necessário farão, ou por não disporem de insumos adequados.

Contudo, os profissionais em quase sua totalidade relatam concluírem o tratamento clínico de pacientes idosos concluindo que tais ações não realizadas realmente não caberiam ao cuidado do paciente, dado que se relaciona ao grande edentulismo na população dispensando uma série de ações de recuperação ligadas a estrutura dental.

As ações de recuperação à saúde realizadas por meio de visitas domiciliares aos idosos à parte, só foram identificadas em 12,1% dos participantes do estudo.

Sobre a investigação da realização de ações voltadas à reabilitação dos pacientes, onde se questionou se eram desenvolvidas ações para a recuperação parcial ou total de capacidades perdidas pelo usuário idoso. Encontrou-se mais uma vez um número reduzido de profissionais que as praticavam (12,1%), sendo que eles responderam sim por considerar ações de recuperação como ações reabilitadoras.

5.3.2 Ações de ampliação e qualificação da Atenção Básica

Este momento do estudo deu-se início com a investigação de ações voltadas para prevenção e controle do câncer bucal que estão escritas na tabela 6.

TABELA 6 – Realização de ações voltadas para prevenção e controle do câncer bucal. Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS	F	%
Realiza busca ativa de lesões em visitas domiciliares?		
Sim	4	11,8
Não	30	88,2
Realiza busca ativa de lesões em momentos de campanhas específicas (vacinação de idosos)?		
Sim	4	11,8
Não	30	88,2
Realiza a identificação de casos suspeitos?		
Sim	26	76,5
Não	8	23,5
Realiza o acompanhamento de casos suspeitos e confirmados?		
Sim	13	38,2
Não	21	61,8
TOTAL	34	100

Novamente, uma ação que envolva visita domiciliar é pouco realizada, bem como a busca ativa de lesões em campanhas de vacinação de idosos. Em relação esse último, os participantes dizem que esses momentos não são compartilhados com a ESB, sendo restrito apenas ao setor médico e de enfermagem.

No que diz respeito à identificação de casos suspeitos na UBASF, os que o fazem (76,5%) afirmam que realizam no momento em que se realiza o exame clínico no paciente, entretanto, após o encaminhamento para a referência, apenas 38,2% fazem o acompanhamento do caso.

Outra ação adota como estratégica no processo de ampliação e qualificação da Atenção Básica é a implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento. Na ESF do cenário em estudo, foi detectado que em se tratando de urgência ao idoso estas práticas ocorrem em 88,2% porém apenas 35,3% obedecem critérios de classificação de risco, de maneira a organizar o processo de trabalho segundo as necessidades do usuário.

5.3.3 Ações de Reabilitação

Ao se indagar sobre a realização de algum tipo de ação voltada para a recuperação parcial ou total de capacidades perdidas pelo usuário idoso apenas 12,1% dos CD responderam que fazem sim. Destes, todos se referiram a ações de cunho exclusivamente técnico-odontológico, como encaminhamento para o nível de atenção secundária e preparação do meio bucal.

5.3.4 Ações para ampliação do acesso e acolhimento

As ações relacionadas ao acesso e acolhimento de idosos na Atenção Básica são apresentadas na tabela 7. Dentre as práticas elencadas, as únicas onde mais da metade assume realização refere-se à garantia de agendamento promovendo a continuidade da assistência e escuta do paciente.

TABELA 7 – Realização de ações de ampliação do acesso e acolhimento. Juazeiro do Norte, 2016.

VARIÁVEIS	F	%
Existem dias específicos para o atendimento ao idoso?		
Sim	5	14,7
Não	29	85,3
Existe reserva de horários para o atendimento ao idoso?		
Sim	6	17,6
Não	28	82,4
Acesso por inscrição e lista de espera sem classificação de necessidades		
Sim	11	32,4
Não	23	67,6
Acesso por inscrição e lista de espera com classificação de necessidades		
Sim	12	35,3
Não	22	64,7
Acesso por fichas na unidade de saúde		
Sim	20	55,8
Não	14	44,2
Acesso por meio dos ACS		
Sim	3	8,8
Não	31	91,2
Agendamento de retorno para a continuidade do tratamento?		
Sim	25	73,5
Não	9	26,5
Durante as consultas cotidianas é feito acolhimento do idoso?		
Sim	17	50

O acolhimento é realizado durante todo o percurso do usuário?	Não	17	50
	Sim	12	35,3
Há escuta no acolhimento ou em qualquer outro momento?	Não	20	58,8
	Não sabe	2	5,9
	Sim	26	76,5
	Não	8	23,5
TOTAL		34	100

Foram elencadas quatro formas de acesso e acolhimento aos serviços em que não se tratasse de urgência: Inscrição e lista de espera sem classificação de necessidades; Inscrição e lista de espera com classificação de necessidades; Fichas na UBSF; Acesso pela marcação dos ACS.

Alguns profissionais afirmaram que o acesso se dava por mais de uma forma. Somente 35,3% utilizam algum tipo de classificação de riscos e necessidades e a maioria o faz pela distribuição de fichas na unidade de saúde juntamente com as outras faixas etárias. Contudo, os profissionais afirmaram que ao início do atendimento clínico o paciente idoso teria prioridade sobre os demais.

5.4 Dificuldades enfrentadas pelos CD no cuidado ao idoso

5.4.1 Dificuldades relacionadas à estrutura física/ambiente

Ao relatarem dificuldades em relação a este tópico, os participantes enfocaram questões relativas à falta de estrutura física, como ambiente não apropriado para cuidados a idosos e dificuldades de acessibilidade em períodos chuvosos, além de problemas relativos ao acesso dos pacientes, que torna-se prejudicado em função de demanda elevadas.

5.4.2 Dificuldades relacionadas a equipamentos/insumos

As principais queixas se referiam à falta recorrente de insumos, falta de material educativo apropriado ao grupo, falta de exames complementares e falta de manutenção em equipamentos odontológicos.

5.4.3 Dificuldades relacionadas aos usuários

Como dificuldades descritas nesse eixo temático, sobrelevou-se a falta de adesão dos usuários ao tratamento odontológico, sobre o qual os entrevistados queixaram-se de que o idoso pouco comparece à UBASF em busca de assistência.

Outra dificuldade apontada nesse eixo foi a que se refere ao idoso como tendo doenças crônicas descompensadas no momento do atendimento clínico impossibilitando a realização plena desse atendimento.

Tem-se, ainda, como dificuldade inerente ao usuário, a necessidade que muitos precisam de acompanhamento de um familiar e/ou cuidador em sua ida à unidade de saúde. Por muitas vezes, idosos com problemas de comunicação ou de locomoção se julgam impossibilitados de buscar atendimento às suas necessidades sozinhos.

5.4.4 Dificuldades relacionadas aos profissionais/gestão

A falta de capacitação e incentivos pela gestão foi mencionada como um dos maiores problemas desse eixo. Além disso, observou-se a falta de incentivo à execução de práticas de promoção, prevenção e educação em saúde, que muitas vezes são desestimuladas por retirarem o profissional do atendimento clínico curativo.

Aqui também se observaram problemas relativos a demandas altas no cotidiano dos serviços. Este problema foi relacionado à gestão, no tocante ao processo inadequado de territorialização e ao estabelecimento de uma equipe de Saúde Bucal para duas de Saúde da Família.

Apresentada como característica do processo de trabalho na ESF, a atuação multidisciplinar com integração entre todos os membros da equipe foi tida como inexistente por muitos participantes do estudo, prejudicando a resolutividade do cuidado. A eSB foi descrita como desacoplada do restante da equipe.

Foram listadas, ainda, como impeditivas de um cuidado integral ao idoso a falta de linha de cuidado específica no município, falta da implantação de

protocolos clínicos para atendimento e falta de busca ativa por parte dos profissionais.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos achados desse estudo será apresentada na mesma ordem da apresentação dos resultados.

6.1 Caracterização dos cirurgiões-dentistas

Ao verificar o perfil dos cirurgiões-dentistas da ESF de Juazeiro do Norte, observa-se que quase nenhum dos profissionais recebeu capacitação para atuação junto à população idosa. Observa-se que a média dos profissionais concluiu sua graduação há 18,2 anos e, com a promulgação da Lei 8842 em 1994, há 22 anos, que traz em seu capítulo IV, art.10, inciso III, a necessidade de se adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso (BRASIL, 1994), entende-se que esses profissionais já deveriam ser capacitados no curso de graduação para atuarem de forma a assegurar os direitos do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Em um estudo qualitativo realizado sobre a percepção de enfermeiros que atuavam em unidade de Saúde da Família no município de Coromandel (MG) sobre o atendimento ao idoso, constatou-se a necessidade de profissionais com competências e conhecimentos muitas vezes não suficientemente contemplados na formação profissional, trazendo de maneira comum relatos a respeito de dificuldades encontradas na hora de lidar com essa população. Ressaltando que uma das maiores dificuldades para assegurar atenção adequada a idosos relaciona-se à falta de maiores conhecimentos sobre as necessidades e os cuidados com a faixa etária (FONSECA; BITTAR, 2014).

Com isso, é de fundamental importância repensar a formação acadêmica dos diversos profissionais de saúde, por meio de uma revisão dos conteúdos programáticos das disciplinas oferecidas, para que o futuro profissional se abasteça de todo o conhecimento e competências necessários para atender às demandas desse grupo populacional de maneira integral e interdisciplinar.

Ainda em relação ao perfil desses profissionais, verificou-se que a maioria possui pós-graduação em alguma área da Odontologia, mas com poucos especificamente na Saúde da Família/Saúde Pública. Isso demonstra ainda a forte presença do modelo assistencial biomédico, centralizado no tratamento de doenças e no cuidado ao biológico, apesar da implantação de uma série de políticas públicas que busquem a humanização das práticas em todo o setor de saúde.

Fertonani et al. (2015) corroboram o estudo, identificando em seus achados a significativa influência do modelo biomédico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes que rompam com o paradigma desse modelo ainda existem desafios para sua implementação.

Destaca-se que um desses desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro na atualidade está em se estabelecer um modelo assistencial que se baseie na integralidade e necessidades ampliadas do SUS. A conformação desses envolvem esferas macro e microssocial de uma determinada sociedade, onde no espaço micro de trabalho, acontecem disputas entre interesses de diversos sujeitos e que para construção de um novo modelo assistencial apto a romper com o paradigma da biomedicina, é necessário refletir sobre dois aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários (FERTONANI et al, 2015).

Na identificação das equipes de saúde bucal, constatou-se que das 34, 22 estão ligadas a uma ESF e 12 estão ligadas a duas ESF, sendo que a média de pessoas sob a responsabilidade da equipe ficou em 4962 pessoas.

Tal dado vai contra as disposições da portaria 2488 de 2011 do MS que estabelece que independente da modalidade de ESB adotada, essa deve estar vinculadas a uma ESF, compartilhando a gestão e o processo de trabalho da equipe possuindo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra (BRASIL, 2011b).

A norma traz também a média recomendada de 3.000 pessoas de responsabilidade por equipe, de acordo com critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe atente para o grau de vulnerabilidade das famílias do dado território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011b).

Além dessa população adscrita desproporcional à oferta/capacidade, Fittipaldi, Romano e Barros (2015) advertem em seu estudo que existe uma demasia de atribuições aos profissionais, conseqüentemente, uma redução na disponibilidade do tempo gerando tensões nos profissionais que esperavam poder em seu cotidiano conceitos relativos a visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado Exigindo deles escolhas entre qualidade e quantidade de atendimentos na ESF.

Achado preocupante se refere ao total de profissionais que desconhece a população adscrita. A legislação define de maneira objetiva como característica do processo de trabalho das equipes da atenção básica a definição do território de atuação e de população sob responsabilidade da UBS e como uma das atribuições comuns a todos os profissionais: participação no processo de territorialização e mapeamento da área da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos tanto a riscos como a vulnerabilidades (BRASIL, 2011b).

6.2 Componente Estrutura

6.2.1 Recursos humanos

A totalidade das equipes possuem cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal dentário como membros integrantes, não havendo nenhum técnico de saúde bucal como partícipe das ESB.

Contudo, foi observado que 17 auxiliares possuem curso de TSB, ou seja, eles vêm sendo subutilizado pelas equipes de saúde bucal, mesmo que esse profissional possua funções específicas para o desenvolvimento de práticas de promoção e prevenção de saúde.

A utilização do TSB em ações a que esse possui competência para realizar como, higiene oral, aplicação de flúor, profilaxias e educação em saúde dentre outras, promoveria ganho de tempo, liberando o CD para outras ações, otimizando o processo de trabalho (BRASIL, 2008c).

6.2.2 Estrutura física e ambiência

Quanto a áreas físicas, chama atenção o fato de apenas uma unidade possuir área específica para o desenvolvimento de práticas de escovação dental supervisionada (escovódromo), uma vez que escovar adequadamente os dentes é de grande importância para remoção do biofilme dental e levar a superfície dental o flúor presente nos dentifrícios, prevenindo cáries e doenças periodontais levando a diminuição nas necessidades de tratamento odontológico curativo (PEDRAZZI et al, 2009). Tendo isso em vista, práticas de escovação dental supervisionada estão inclusas na PNSB e a ausência de locais para seu desenvolvimento impossibilita a sua implementação.

6.2.3 Características estruturais

Ao se verificarem as características estruturais das UBASF, um dos pontos que chamou atenção relaciona-se ao relativo à acessibilidade.

Uma grande ambiguidade ocorre na utilização dos termos “acesso” e “acessibilidade” que apesar de constantemente utilizados como sinônimo possuem significados complementares. A acessibilidade refere-se aos meios como as pessoas chegam aos serviços, enquanto acesso está relacionado a possibilidade do uso oportuno dos serviços na busca de melhores resultados possíveis (VIANA et al, 2010).

A Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência traz a definição de acessibilidade como sendo um atributo essencial do ambiente a fim de garantir melhoria na qualidade de vida das pessoas. Devendo estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na informação e comunicação, bem como nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público. Evidencia ainda a grande importância de sua efetivação, pois produz resultados sociais positivos, contribuindo para um desenvolvimento sustentável e inclusivo (BRASIL, 2016).

Foi constatado que a grande maioria das UBASF não possui seus pisos externos e internos adequado ao acesso de idosos, além de não possuírem barras para apoio e corrimão em seus corredores que possibilitem o trânsito dos mesmos por suas dependências. Todo esse conjunto de deficiências trazidas impossibilita a acessibilidade devida aos idosos, que geralmente carregam consigo várias

limitações e infuncionalidades, constituindo grave violação de seus direitos e de sua cidadania. Assim, circulações acessíveis que permitam o trânsito de idosos ou de toda e qualquer pessoa se constituem elementos essenciais para que eles desenvolvam uma vida normal e independente.

Outra violação a direitos é refletida nas sinalizações existentes que se restringem a sinalizações visuais como placas identificadoras e totens instalados nas calçadas (que muitas vezes dificultam a passagem na via que quase sempre encontra-se repleta de imperfeições e vegetação rasteira), inexistindo sinalização tátil (caracteres/figuras em relevo, ou Braille) ou sonoros/auditivos. Isso segue na contramão de todo um processo histórico, no qual diversos segmentos sociais lutam por inclusão social estabelecendo uma série de avanços nesse sentido. Se é desejada a construção de uma sociedade democrática precisamos incluir esses segmentos garantindo seus direitos (sendo um dos mais básicos a acessibilidade) além de conhecer suas demandas, expectativas e alternativas (BRASIL, 2016).

Um ponto a favor do serviço que não deve ser ignorado é o relacionado à estruturação dos consultórios propiciando privacidade ao paciente durante o atendimento. Ir ao dentista pode causar diferentes desconfortos nas pessoas, isso se reflete em atendimentos irregulares, demora na procura de cuidados culminando muitas vezes em diminuição da qualidade de saúde bucal. Tais desconfortos continuam a ser uma barreira à otimização dos serviços se tornando um desafio mútuo que demanda um processo interativo entre profissionais e pacientes, particularmente idosos, que requer comunicação apropriada, respeito e empatia (SILVA; SENA; LIMA, 2015).

Nessa lógica, salvaguardar o direito e princípio ético da privacidade, é condição fundamental para viabilizar a atenção à saúde bucal a essas pessoas em envelhecimento que reside uma parcela significativa da população brasileira. Lembrando que parcela essa com baixos níveis socioeconômico e, muitas vezes, excluída de uma atenção de qualidade (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012).

6.2.4 Recursos materiais e insumos

A existência de equipamentos duráveis e em condições de uso foi outro ponto positivo na avaliação. Contudo, alguns profissionais confessaram que isso não era fato constante, tendo momentos em que equipamentos sofriam danos e reparos necessários eram negligenciados, relacionando os altos e baixos a momentos políticos.

A inexistência de insumos para a realização RX odontológico nas ESF compromete a resolutividade das equipes no atendimento clínico, haja vista que as radiografias são exames que complementam os diagnósticos de um grande número de doenças orais. Dessa forma, sem a presença do equipamento na UBASF é exigido o encaminhamento de pacientes para atenção secundária para a realização de um procedimento que poderia ser facilmente realizado na atenção básica.

Nessa perspectiva, o MS estruturou o PMAQ que se encontra em seu terceiro ciclo ostentando atributos da Atenção Básica: acessibilidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade e abrangência do cuidado. No que concerne às ações de saúde bucal, diversos serviços precisam estar disponíveis aos usuários nesse nível de atenção, de maneira a assegurar o cuidado integral. Para tanto é basilar que as equipes de saúde bucal da Atenção Básica tenham uma organização mínima a fim de disponibilizarem aos usuários o acesso aos diversos serviços, promovendo assistência às necessidades de saúde bucal da população aumentando a resolutividade da equipe e evitando encaminhamentos de usuários para outros níveis de atenção (BRASIL, 2015d).

Ainda nessa linha de garantir a abrangência do cuidado, um momento significativo deste estudo refere-se à existência de instrumental necessário para realização de práticas clínicas. Considerando a quantidade recomendada pelo MS, percebe-se que as unidades básicas de saúde não estão estruturadas para o atendimento clínico do grupo. Ênfase maior deve ser dada aos procedimentos periodontais e de reabilitação protética que são de extrema necessidade para oportunizar qualidade de vida aos idosos e apenas 8,8% das equipes possuem instrumental para realizar adequadamente procedimentos periodontais e nenhuma unidade possuía instrumental para prótese, inexistindo também materiais destinados à moldagem.

Outro ponto observado foi que a saúde bucal não utiliza a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que consiste em uma ferramenta desenvolvida pela Área Técnica Saúde do Idoso para implementar ações estratégicas objetivando promover

o envelhecimento ativo e saudável, com base em pilares como integralidade e intersetorialidade. Além de identificar situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa, a caderneta oferece ao profissional a possibilidade de realizar o planejamento e reorganização das ações ao grupo (BRASIL, 2006a).

6.2.5 Sistema de referência

Os dados mostram que em se tratando de apoio de outros núcleos para o atendimento ao idoso, mais da metade das equipes estão desassistidas, sendo este fornecido principalmente pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Objetivando apoiar a ESF na rede de serviços, bem como ampliar a abrangência, a resolutividade de suas ações, o MS no ano de 2008 criou o NASF. Esse deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas, definidas pelos gestores municipais e pela própria equipe de saúde de acordo com as necessidades locais, devendo atuar segundo diretrizes como: ação interdisciplinar e intersetorial; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009).

Fittipaldi, Romano e Barros (2015), ao estudarem a literatura nacional sobre experiências com apoio matricial, verificam que essas são recentes e trazem, na sua maioria, as dificuldades e potencialidades da inserção de profissionais de equipes de NASF, sendo as dificuldades encontradas relacionadas à sobrecarga de trabalho, alta rotatividade de profissionais, deficiente comunicação entre os níveis de atenção à saúde, dentre outras.

No quesito relativo à atenção odontológica especializada, notou-se que apesar de existir uma rede de atenção, essa não disponibiliza referência para Odontogeriatría.

A Odontogeriatría foi incluída como especialidade odontológica por intermédio do Conselho Federal de Odontologia (CFO) em dezembro de 2001. Em maio de 2002, O CFO determinou as áreas de competências da especialidade. Contudo, Odontogeriatría, foi tida como a segunda especialidade com menor número de registros e os existentes se centralizam nos municípios brasileiros com IDH1 alto ou muito alto (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2013).

Villar (2015) refere em seu estudo que apesar da especialidade estar definida pelo CFO desde 2001, até então não foi inserida na grade curricular como disciplina obrigatória na quase totalidade de faculdades de Odontologia no Brasil, que vem lançando profissionais no mercado desprovidos de conhecimentos substanciais sobre o assunto. Esse quadro que traz um número limitado de cursos e de profissionais especialistas na área destoa com a realidade onde a demanda de usuários idosos cresce a cada dia. Assim, mesmo com a importância e a urgência da formação de recursos humanos em Odontogeriatría, a introdução da especialidade na área odontológica no Brasil está ocorrendo lentamente e de forma não sistematizada.

Outro ponto crítico do estudo está na demora para se conseguir atendimento no nível secundário que, de acordo com os relatos, se prolonga por mais de um mês e se faz de maneira desorganizada. Isso contrasta com o princípio da integralidade, no direcionamento de reduzir desigualdades e com o esforço empreendido para superar a fragmentação das ações de saúde que persiste após todos os avanços alcançados pelo sistema de saúde (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

A fragmentação de ações na saúde bucal se estabelece como desafio que exige a estruturação de um modelo de rede de atenção que possibilite a integração dos pontos de atenção à saúde bucal a fim de ofertar assistência de forma contínua, integral e de forma mais resolutiva. Tais redes devem estabelecer relações mais horizontalizadas entre seus pontos, promover a valorização da atenção básica, cuidado multiprofissional, bem como compartilhar objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos. Essas características podem se tornar factíveis por meio da interação de elementos que constituirão as Redes de Atenção à Saúde (RAS): População/região de saúde e estrutura operacional atuando por meio de uma lógica de funcionamento determinada pelo Modelo de Atenção à Saúde (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Godoi et al. (2013) trazem que a PNSB impulsiona a reorganização da atenção à saúde bucal, tornando-a parte inseparável do sistema, reforça o papel da ESF como coordenadora da atenção e inova ao estruturar o esquema de referência especializada por meio dos CEO e LRPD, que se apresentam como pontos de atenção importantes na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).

6.3 Componente Processo

6.3.1 Ações de promoção e proteção à saúde do idoso

No componente processo, as ações de promoção de saúde são pouco desenvolvidas pelos CD, havendo concentração maior dessas ações no tocante a promoção do autocuidado com a higiene corporal e bucal. Dado que demonstra pouco conhecimento do profissional da importância da promoção de saúde na mudança do perfil epidemiológico da população e a predominância do paradigma da bucalidade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi formulada a partir do referencial inspirado com base no Relatório Lalonde (1974), da Atenção Primária de Saúde (1976), nas Cartas Internacionais de Promoção da Saúde (1986-2005) e no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (1986), tendo sido institucionalizada pela portaria ministerial n. 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006i).

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, integrada e intersetorial, na qual se confere visibilidade a fatores de risco a saúde e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas existentes no nosso País, visando à constituição de diálogos entre as várias áreas do setor sanitário, outros setores do governo, bem como setores privados e não governamentais, sociedade, instituindo mecanismo de co-responsabilidade quanto à qualidade de vida social (BRASIL, 2006i).

Na sociedade brasileira contemporânea, com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se afirmando como uma das principais causas de morbimortalidade que atinge principalmente a população idosa, a promoção da saúde desses indivíduos se torna assim, um grande desafio a ser enfrentado pelo SUS.

Além disso, se não forem gerenciadas de maneira adequada, tais condições se configurarão como a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020, transformando-se no problema de saúde mais dispendioso para os cofres públicos (SILVA; COTTA; COB, 2013). Nesse cenário, a promoção da saúde desponta como uma alternativa para solucionar esse problema que apesar de grave e crescente, existe a possibilidade de prevenção.

Visto que as DCNT mais frequentes possuem vários fatores de risco semelhantes, a OMS recomenda uma abordagem de prevenção e controle integrados, baseada na diminuição dos problemas de hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, dietas inadequadas, obesidade e hipercolesterolemia (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Assim a PNPS trouxe um rol de ações específicas que visam driblar esses fatores de riscos aumentando a qualidade de vida e reduzindo vulnerabilidades à saúde relacionadas a seus determinantes e condicionantes, que conforme dito acima pouco estão sendo implementas pelos CD a nível local (BRASIL, 2006i).

Nesse estudo verificou-se que ações de HBS e entrega de escovas/dentifrícios fluoretados não acontece junto a idosos. Essas ações se voltam para crianças e adolescentes, principalmente aos escolares, o que deixa clara a falta de conhecimento dos profissionais sobre as necessidades desses idosos. Não podendo deixar de ressaltar a lacuna no componente estrutura onde verificou-se que somente uma unidade de saúde possui escovódromo permitindo a realização dessa prática.

A prevenção em odontologia mostra-se como meio eficaz de evitar grande parte das doenças bucais (doenças causadas pela placa bacteriana). A higiene bucal, uso limitado de açúcar e o uso tópico de flúor são as principais estratégias de prevenção usadas, podendo impedir o aparecimento de cáries e doenças periodontais. A diminuição dessas patologias diminuem a necessidade de exodontias e conseqüentemente o edentulismo (PEDRAZZI et al, 2009)..

A PNSB aponta a higiene bucal como componente essencial da higiene corporal das pessoas, mas deve ser realizada corretamente para atingir os resultados esperados e para tanto requer aprendizado. Aqui se inserem as ações higiene bucal supervisionada (HBS), pelas ESB, nos diversos espaços sociais onde a finalidade primordial é o estabelecimento da autonomia do usuário com vistas ao autocuidado.

Tais necessidades não são conhecidas devido a ausência de levantamentos epidemiológicos com o grupo. Segundo Oliveira et al. (1998), esses levantamentos são fundamentais para se conhecer a prevalência de doenças estimando-se os tratamentos, já que os dados obtidos traçam o perfil da clientela permitindo-se planejar, executar e avaliar ações, além de inferir sobre a eficácia

geral dos serviços de saúde e permitir comparações em diferentes momentos e locais.

Juntamente com a prevenção, quando se pretende trabalhar a atenção integral à saúde do idoso, uma ferramenta de grande relevância é a educação em saúde. Utilizando processos comunicativos, a educação em saúde busca imbuir os sujeitos com habilidades e conhecimentos permitindo que os mesmos possam realizar escolhas a respeito de sua saúde, despertando neles a consciência crítica (VIEIRA et al., 2011).

As diretrizes da PNSB estabelecem que educação em saúde compreende ações que têm como objetivo a apropriação de conhecimentos sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, criando condições de que o paciente possa modificar hábitos levando-o a sua autonomia. Tais ações são atribuídas ao cirurgião-dentista, técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde (especialmente durante as visitas domiciliares). Destaca-se que a PNSB tem em asilos e espaços institucionais locais considerados preferenciais para este tipo de ação, contudo não se exclui com isso outro espaço onde os profissionais de saúde possam exercer atividades que desenvolvam no usuário uma maior consciência sanitária e apropriação de conhecimentos e habilidades necessários ao autocuidado (BRASIL, 2004).

Melo et al. (2009) trazem em seu estudo que a educação em saúde é o meio para a superação a necessidade de programas de saúde mais eficientes para a terceira idade. No Brasil, a maioria das instituições de ensino superior não se apropriou do processo de transição demográfica bem como de suas consequências médico-sociais, gerando baixa quantidade de recursos técnicos e humanos para enfrentar o aumento populacional desse grupo. Além disso, para que possam estar devidamente capacitados, os profissionais precisam saber buscar constantemente relações sociais que se desenvolvam no dia a dia, sob um olhar crítico, adquirindo uma postura de educador.

Dessa maneira, a prática educativa exige conhecimentos da realidade dos usuários, além de uma visão crítica e participativa dos profissionais que queiram abordar temáticas com idosos, para isso pode se utilizar de uma série de meios educativos. Um caminho a ser seguido para impactar na realidade da saúde coletiva junto a idosos pode ser o da realização de processos educativos acolhedores

direcionados para os idosos que levem em consideração e respeitem suas vivências, saberes e necessidades de saúde.

Sobre as ações de recuperação à saúde bucal do idoso, que segundo a PNI são estratégicas na área da saúde, deve-se assegurar essa recuperação na assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde. Este grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças (BRASIL, 2004).

No esforço de se impedir eventuais incapacidades e danos, estabelece-se que o diagnóstico precoce, assim como o tratamento imediato deve ser instituído, de modo a deter a progressão da doença. Dessa maneira, os serviços de saúde, especialmente a Atenção Básica, devem desempenhar adequadamente ações fundamentais de recuperação da saúde (diagnóstico e tratamento) (BRASIL, 2004).

O diagnóstico, realizado preferencialmente na primeira consulta, deve ser seguido pelo tratamento prioritariamente conservador procurando a manutenção dos elementos dentários, invertendo assim a lógica da mutilação que há muito predomina nos serviços públicos. Para isso, a legislação determina que alguns dos insumos odontológicos estratégicos devem constar na lista de insumos da farmácia da saúde da família, evitando a inviabilização de procedimentos elementares e provocando a descontinuidade da assistência (BRASIL, 2004).

No entanto, observou-se que essa determinação não se cumpre no município, onde há falta de insumos básicos na UBASF e até mesmo na Secretaria Municipal de Saúde, onde são estocados tais insumos, visto que estes se armazenam na coordenação de saúde bucal, onde também faltam em diversos momentos.

Em virtude de um número elevado de idosos possuírem limitações devido a redução de força muscular ou incapacidades funcionais, torna indispensável a operacionalização de visitas domiciliares aos mesmos introduzindo o processo de cuidar em diversos contextos sociais.

A Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS articula promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, a fim de se conquistar o pleno desenvolvimento e possíveis adaptações de funções na intenção de se restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia (BRASIL, 2006h). Esse tipo de atenção legitima-se pelo grau de humanização que ocasiona ao atendimento e pela possibilidade de deshospitalização que provoca diminuição de complicações

oriundas de longas internações hospitalares além da redução de custos com o processo de hospitalização (BRASIL, 2006j).

A AD agrega a assistência domiciliar e a internação domiciliar. A assistência domiciliar na Atenção Básica é constituinte do processo de trabalho das equipes deve ser executada por meio de um planejamento construído de forma pactuada com o usuário-família. Para que essas atividades permitam o atendimento necessidades do usuário-família, requer a sistematização de um planejamento de ações integrado, dinâmico, adaptável à realidade do usuário (BRASIL, 2006h).

Com base nos fatores ora expostos, infere-se que a inexistência dessa atenção impede que os cuidados de saúde bucal ao idoso ocorram em sua plenitude. Para que a ação da saúde bucal, como provedora de cuidado, alcance sua potencialidade máxima de benefícios, visto que essa população tão cheia de vulnerabilidades e carente de um cuidado humanizado, requer o estabelecimento de uma escuta fluente e sensível dos anseios e desejos do idoso e de sua família, por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Outras ações pouco desenvolvidas na atenção básica são aquelas voltadas para a recuperação parcial ou total de capacidades perdidas pelo usuário idoso. O edentulismo continua sendo um problema incapacitante presente na sociedade brasileira. O oferecimento de próteses e implantes são inferiores as necessidades da população por requerem recursos maiores, gerando o problema.

De acordo com os resultados da pesquisa de saúde bucal do Projeto SB Brasil 2010, que avaliou o edentulismo a partir da necessidade de reabilitação protética, a população com faixa etária entre 65 e 74 anos tem 23,9% necessitando de reabilitação protética total em um dos maxilares e 15,4% nos dois, transformando a mutilação dentária no principal agravo que os acomete impactando sobre a qualidade de vida do grupo (BRASIL, 2012c).

6.3.2 Ações de ampliação e qualificação da Atenção Básica

As diretrizes da PNSB preconizam que a identificação de lesões bucais sejam oportunizadas em busca ativa, por meio de visitas domiciliares ou em momentos específicos como campanhas de vacinação, consolidando a lógica do

rastreamento. Não esquecendo que tais ações devem ser desenvolvidas sistematicamente pelas equipes de saúde bucal na ESF (CUNHA et al., 2013).

A lacuna evidenciada no estudo, quanto à busca ativa de lesões em visitas domiciliares e campanhas de vacinação para idosos, é preocupante uma vez que as diretrizes da PNSB preconizam tais práticas na busca de qualificar o processo de trabalho na Atenção Básica.

O MS ao considerar a complexidade dos problemas de competência do primeiro nível de atenção, buscando formas de ampliar a oferta e principalmente a qualidade dos serviços ofertados, trouxe um conjunto de ações a serem ofertadas e desenvolvidas. Tendo como base a premissa que à atenção básica compete a responsabilidade por detectar necessidades, encaminhar, quando necessário, para os outros níveis de atenção, bem como monitorar a reabilitação e seu pós-operatório (BRASIL, 2004).

Contudo, observou-se que ações relacionadas ao acesso e acolhimento de idosos na Atenção Básica, que apesar de serem asseguradas como direitos do grupo, muitas mais uma vez descuidadas no serviço.

O primeiro grupo dessas ações envolve as voltadas para prevenção e controle do câncer bucal que caracteriza um grave problema de saúde pública tendo aos índices elevados de diagnósticos realizados de forma tardia, com conseqüente significativas taxas de morbimortalidade. Nos países desenvolvidos, a maioria dos pacientes é diagnosticada ainda nos estádios iniciais, ao passo que nos países em desenvolvimento esse diagnóstico vem a acontecer em estágios já avançados normalmente nos ambulatórios públicos (ANDRADE et al., 2014).

Ao sentir qualquer desconforto relacionado à cavidade oral, parte dos pacientes se dirige diretamente ao cirurgião-dentista na Atenção Básica, que precisa estar capacitado para realizar exame clínico total identificando os fatores de risco para neoplasias e biópsia de lesões suspeitas, além de coordenar um fluxo de referenciamento objetivando uma vigilância permanente (ANDRADE et al., 2014).

O segundo momento desse grupo de ações diz respeito à implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento que possuem relevância devido ao processo histórico da odontologia no país onde havia grandes dificuldades de acesso à assistência e era pautado em um paradigma curativista distanciado do modelo de promoção de saúde. Todo esse contexto desenvolveu uma espécie de

cultura na qual as pessoas só procuram cuidados odontológicos em casos de urgência.

Em seu estudo, Pinto et al. (2012) associam o estado de saúde bucal das pessoas às suas condições de vida e de trabalho, bem como as suas relações sociais. Definindo urgência odontológica como medidas imediatas para aliviar os sintomas de dor, infecciosos e ou estéticos da cavidade bucal.

Grandes entraves a essas práticas residem: na dificuldade que muitos profissionais possuem em reconhecer uma situação e urgência; de não considerarem como responsabilidade legal da atenção básica (desconhecendo a legislação) e falta de integração com os outros níveis da rede de atenção. E para o enfrentamento desses faz-se necessário capacitar profissionais e elaborar, de forma integrada à gestão, um fluxograma de acolhimento de acordo com as realidades, além de promover ações de educação em saúde junto aos usuários para a realização de prevenção evitando agravamento dos quadros (FARIAS et al., 2015).

No município cenário do estudo, essas ações de pronto-atendimento precisam ser consolidadas, necessitando de um aprofundamento dos motivos que impedem seu pleno desenvolvimento, pois foi constatado que os participantes são solidários quanto à gravidade do problema e da importância da busca por soluções. Um ponto a ser destacado é o relacionado aos instrumentais necessários para realização de procedimentos de urgência observados no componente estrutura onde se achou que somente 8,8% das ESB estão devidamente abastecidas. Assim, a falta de infraestrutura demonstra ser um dos obstáculos para a resolutividade no nível primário e conseqüentemente indução dos casos para outros níveis de complexidade.

6.3.3 Ações de Reabilitação

Ao referir-se à reabilitação de capacidades perdidas, constatou-se que o CD praticamente não a realiza e, quando o faz, não atua de maneira sistêmica, restringindo-se a ações de cunho odontológico como a restaurações de elementos dentários e encaminhamentos para próteses no nível secundário.

Sabe-se que em virtude de suas histórias de vida, os idosos desenvolveram uma série de incapacidades que precisam ser superadas a fim de

promover um aumento em sua qualidade de vida. Toda a equipe de saúde deve atuar na busca desse objetivo e a saúde bucal deve se integrar com os demais membros promovendo integração de saberes e habilidades, fugindo da concepção de bucalidade tão fortemente impregnada nos profissionais. Para tanto é imprescindível que a compreensão da realidade vivenciada através da formação de vínculos profissionais entre os trabalhadores provocando a resolução das necessidades do usuário (SANTOS et al., 2008; MARTINS et al., 2012).

6.3.4 Ações para ampliação do acesso e acolhimento

Quanto ao acesso e acolhimento de idosos na atenção básica, constatou-se que esses são possuidores de uma série de direitos estipulados no ordenamento jurídico nacional, porém a realidade que se revela na prática é de que ainda há muito em que se avançar.

Dentre os regulamentos que legislam sobre o direito do idoso sobressai o Estatuto do Idoso que normatiza ser obrigação da família, sociedade e poder público, com máxima prioridade, efetivar o direito à saúde ao idoso. Essa garantia, de acordo com o documento, compreende o atendimento preferencial e imediato junto aos órgãos públicos prestadores de serviço à população (BRASIL, 2003).

Nessa direção, a reserva de dias e horários específicos para o atendimento à população idosa consiste em um elemento estratégico para a ampliação do acesso à assistência, evitando filas e trâmites burocráticos.

De acordo com os resultados o acesso e acolhimento ao paciente idoso na atenção básica não se dá de forma eficaz. O acolhimento vem acontecendo em sua grande parte por ordem de chegada e recebimento de fichas, sem avaliação de necessidades. Isso leva a uma necessidade de se reavaliar e ressignificar essas práticas a fim de se viabilizar um acesso equitativo e resolutivo.

Conhecedor do problema, o MS instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como ferramenta de otimização dos serviços provocando mudanças nos processos de trabalho e produção de saúde. Possibilitando o fim de filas, hierarquização de riscos e acesso aos outros níveis de atenção deve priorizar o atendimento de acordo com as necessidades e não com a ordem de chegada ao

serviço. Acolher não resolverá todos os problemas dos usuários, mas a escuta envolvida, a valorização queixas e a identificação das necessidades, faz com que esse se mostre na ESF como dispositivo potente para a organização do serviço (MEDEIROS et al., 2010).

6.4 Dificuldades enfrentadas pelo cirurgião-dentista no cuidado ao idoso

6.4.1 Dificuldades relacionadas à estrutura física/ambiente

Corroborando os dados quantitativos, problemas com estrutura física despontam, de acordo com os CD, como grande impeditivo à devida atenção a população idosa. Por conta do acometimento por doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, obesidade, doenças reumáticas, doenças cardiovasculares, entre outras) as pessoas idosas, além da diminuição de suas capacidades físicas e mentais, são levadas especialmente ao desenvolvimento de redução de mobilidade (BRASIL, 2006j).

Para que a ESF realmente provoque mudanças no modelo de assistência à saúde da população, deve priorizar pilares como integralidade e equidade nas práticas assistenciais. Para isso garantir a acessibilidade é requisito basilar para assegurar tais princípios. Porém, a existência de locais de atendimento, geralmente inacessíveis, superlotados e sem adequada infraestrutura é uma realidade em muitas unidades, onde barreiras arquitetônicas inviabilizam o exercício de um dos mais indisponíveis direitos de todo e qualquer cidadão, o de deslocar-se de maneira livre e adequada. Essas barreiras fazem com que as ações de promoção e prevenção à saúde restrinjam-se a campanhas de vacinação e programas de controle de hipertensão e diabetes (AMARAL et al., 2012).

Por funcionar como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, a ESF deve facilitar a chegada do usuário, reconhecendo suas especificidades e particularidades, principalmente se este for idoso e com deficiência, propiciando-lhes direito a uma vida digna, com qualidade e bem-estar. Deve receber, portanto, maiores cuidados por parte de seus gestores na estruturação de espaços físicos aptos a receber tal população.

6.4.2 Dificuldades relacionadas a equipamentos/insumos

Neste momento foi comprovado que a falta de material educativo e insumos apropriados ao idoso destaca-se como barreira a ações. Contudo, emergem desse momento qualitativo dois tópicos não contemplados nos dados avaliativos quantitativos: Falta de exames complementares e falta de manutenção em equipamentos odontológicos.

O CD realiza diversos procedimentos clínicos invasivos na atenção básica que requerem exames complementares como glicemia, hemogramas, coagulograma dentre outros. A falta desses, principalmente nas pessoas com doenças crônicas, impossibilita a atuação imediata do profissional e a resolutividade da atenção.

Atenção Básica é responsabilizada por ter que resolver 85% dos problemas de saúde da população, mas para isso deve dispor de recursos e equipamentos compatíveis permitindo ação dos profissionais. A dificuldade de acesso a exames complementares fere direitos constitucionais e corrompe princípios regulamentares do sistema de saúde, deixando os usuários expostos a agravamentos em sua condição de saúde (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Além disso, a falta de acesso a essas tecnologias cria grande desconforto nos CD entrevistados, pois a esses cabe dar respaldo quando se encontram nessas condições de demora ao atendimento das necessidades de saúde da população. As narrativas evidenciam que na visão do CD, grande número de exames complementares como radiografias periapicais, exames laboratoriais poderiam ser realizados no primeiro nível de atenção não necessitando de encaminhamentos para atenção secundária, pois a necessidade do exame é imediata.

Outro ponto discutido foi a manutenção inadequada dos equipamentos, colocado como outro obstáculo as ações dos profissionais. Foi relatado que o profissional ao constatar defeitos nos equipamentos realizava notificação dos mesmos à Coordenação de Saúde Bucal (setor responsável no município) que encaminha uma equipe responsável para realizar a manutenção. Contudo, muitos problemas da ESB não conseguem ser sanados por ausência de peças ou ainda por impossibilidades de reparo no equipamento, exigindo a substituição. Com isso, a equipe de saúde bucal fica incapacitada para o atendimento clínico de pacientes por longos períodos.

6.4.3 Dificuldades relacionadas aos usuários

A falta de adesão dos usuários ao tratamento odontológico foi um dos pontos que mais sobressaiu nas narrativas colhidas. A busca dos idosos por assistência odontológica associou-se à procura por tratamentos clínicos curativos e mutiladores, urgências ou necessidade de próteses. Poucos desses usuários conhecem a importância de procedimentos de promoção e prevenção à saúde, principalmente se já são desdentados totais.

Não foi objeto de estudo desta investigação os motivos dessa população ainda desconhecer a relevância de cuidados à saúde bucal além dos curativos. Entretanto percebeu-se a necessidade de atuação perante o entrave. Atuação que deve acontecer de maneira conjunta de toda a Atenção Básica, sobrelevando-se a equipe de saúde bucal, com a gestão municipal como instituição apoiadora. Precisa-se de uma maior divulgação de informações entre profissionais de saúde, gestores e usuários, sobretudo idosos e seus familiares, no sentido de um maior esclarecimento a respeito do tratamento odontológico na terceira idade, afastando mitos e estereótipos difundidos e sedimentados.

Outra associação à falta de adesão referida relaciona-se à consulta médica ou de enfermagem, na qual o paciente somente por já estar agendado com outro profissional acaba “passando pelo dentista”, não dando continuidade às ações necessárias à sua saúde bucal que exigiriam sua vinda em outros momentos.

Mais uma vez emerge a necessidade de informar e conscientizar o paciente em um processo que gere mudanças comportamentais e culturais. Tal necessidade deve se aliar à construção de novas práticas onde se destaque o enfoque do trabalho em equipe, com o desenvolvimento de responsabilidades tanto de cunho individual como em conjunto.

Outra dificuldade apontada nesse eixo foi a qual se refere ao idoso como um paciente com doença crônica descompensada, percebendo-se que a integração da equipe é considerada tópico indiscutível em relação ao cuidado do idoso, bem como a importância da disponibilização imediata de exames que detectem esses quadros propiciando segurança ao atendimento do usuário.

Ferro et al. (2014) referem-se ao trabalho pluridisciplinar e não interdisciplinar, como sendo um agrupamento e inter-relacionamento de diversas esferas de saberes formando um sistema que se situa em um mesmo nível

hierárquico e com objetivos múltiplos, estabelecendo entre ele relações de cooperação e não de coordenação. Entretanto, os autores voltam a usar o termo interdisciplinar declarando a indispensabilidade da articulação intersetorial com a criação de uma rede de interdependência e corresponsabilização, para o enfrentamento dos determinantes de saúde com vistas a atingir efetividade de resultados.

A idade somada às perdas funcionais faz com que o idoso dependa de alguém para usufruir da assistência à saúde. Assim, tem-se, ainda, como dificuldade inerente ao usuário, a necessidade que muitos possuem de acompanhamento de um familiar/cuidador em sua ida a unidade de saúde.

A temática cuidador e idosos com dependência aflora no Brasil principalmente a partir da década de 80, embora a Política Nacional do idoso não realce a questão da dependência em meio a um sistema de saúde formal e precário a essa população e seus familiares. Em razão disso, a família se tornou o principal núcleo de apoio social a esses usuários estabelecendo um suporte informal (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

É crucial entender que prestar cuidados à saúde requer conhecimentos, competências e habilidades, exigindo do cuidador, muitas vezes, uma grande adaptação para conviver com as mudanças de estilo de vida sofridas pelos idosos. Estudo aponta que o cuidado exercido pelo cuidador familiar é complexo e ocasiona sobrecarga psicológica e física (podendo levar a isolamento social), falta de apoio institucional e de outros membros da família, dificuldades com o ambiente/infraestrutura para realizar o cuidado e dificuldades de cunho financeiro (FLORIANO et al., 2012).

Dessa forma, cabem às equipes da ESF identificar e observar como e em que medidas ocorrem alterações na dinâmica familiar em função da situação de dependência deixando muitas famílias em condição de vulnerabilidade, assistindo de maneira adequada o grupo (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

6.4.4 Dificuldades relacionadas aos profissionais/gestão

A falta de capacitação foi colocada pelos profissionais como uma grande dificuldade para garantir a devida atenção ao paciente idoso o que exigiria

investimentos para qualificar os profissionais, deixando-os habilitados a atender essa população dotada de inúmeras peculiaridades próprias.

Os participantes do estudo enfatizaram que para o atendimento ao idoso precisam entender e estar atentos a um grande número de alterações de ordem física, psicológica e social, que acometem esses usuários e exigem um cuidado diferenciado. Reconhecem o papel essencial de suas práticas para garantir saúde ao grupo, por meio de uma assistência humanizada e um cuidado personalizado que exige conhecimento, habilidades e competências pertinentes.

A falta de apoio da gestão, principalmente para a realização de atividades de cunho não curativo como as de promoção e prevenção em saúde, também se destacou nas narrativas do presente estudo. Interesses políticos foram tidos como superiores às necessidades de saúde da população nos processos decisórios da gestão local. A instituição de uma gestão que priorize esforços para melhoria da saúde e qualidade de vida da população idosa, onde essa possa assumir um papel decisivo, identificando problemas e criando propostas verdadeiramente transformadoras na realidade de saúde local, por meio de estratégias de trabalho que tenham como objetivo principal o bem-estar social, representa um grande desafio para o sistema de saúde.

Aprofundar debates sobre o processo de trabalho e sua organização é de suma importância para assegurar o estabelecimento de novas modelagens assistenciais na saúde. É necessário, ainda, repensar o novo paradigma saúde-doença pautados nos determinantes e condicionantes sociais e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde. Nessa direção, o cuidado insere-se na área da gestão, articulando intervenções, tecnologias, medidas de regulação e legislação na macro e micropolítica, construindo-se esse cuidado de forma singular, baseado em trabalho vivo e centrado no usuário e suas necessidades e não em um modelo que busque atender a interesses de mercado (MALTA; MERHY, 2010).

Problemas relativos a demandas altas, referidos anteriormente, foram associados pelos participantes a falhas no processo de territorialização desenvolvido pela gestão, que além de instituir equipes com população adscrita superior ao recomendado não levou em consideração peculiaridades locais.

Foram listadas, ainda, como impeditivas de um cuidado integral ao idoso a falta de linha de cuidado específica no município, falta da implantação de

protocolos clínicos para atendimento e falta de busca ativa por parte dos profissionais.

Tão discutida e almejada, a integralidade da atenção só será uma realidade quando o cuidado passe a ser organizado em forma de rede. Os serviços devem ser repensados como um componente essencial como uma estação em um circuito que os indivíduos percorrem a fim de obterem a assistência que necessitam. É fundamental que dentro dessa rede se estabeleçam as linhas de cuidado (LC) para famílias ou mesmo para grupos específicos, na busca da satisfação de suas necessidades de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

A efetuação da linha de cuidado e a garantia do caminhar por ela dependem da determinação e apoio dos gestores. Esses são responsáveis por equacionar seus fluxos, controlar serviços e recursos assistenciais, além de assegurar o atendimento do idoso desde sua entrada no sistema, acesso aos serviços e recursos apropriados a obtenção das respostas pretendidas. Em se tratando de idosos com doenças crônicas não transmissíveis, as LC precisam articular todo tipo de ação, voltando-as para as especificidades do grupo, de maneira a se possibilitar a condução desses pelos vários mecanismos de diagnósticos e terapêuticas (BRASIL, 2008d).

Nessa lógica, a linha de cuidado para as doenças crônicas não transmissíveis indica a necessidade de integração de agenda por parte dos gestores, tanto em relação entre a corresponsabilização entre diferentes esferas do governo, como pela imprescindibilidade de articulações entre os diversos setores viabilizando ações fora do setor da saúde. Para que haja a instituição de LC centradas nas necessidades das pessoas, é necessário se certificar que existe para o idoso uma rede de serviços, cuidadores capacitados, o uso de tecnologias leves, um projeto terapêutico singular adequado, acesso a todos os recursos assistenciais e, ainda, atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório (MALTA; MERHY, 2010).

A ausência do uso de protocolos clínicos e de organização dos serviços foi outro obstáculo apontado a implementação de ações eficazes no cuidado ao idoso. Considerados ferramentas importantes para enfrentar problemas na assistência e na gestão, protocolos baseados em evidências científicas, com foco em uma padronização de condutas envolvendo novas tecnologias, devem ser

constantemente desenvolvidos e aprimorados para a aplicação de melhores práticas no processo de trabalho (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Silva, Souza e Barreto (2014), em seu estudo enfocando o processo de descentralização do SUS, trazem que esse processo se deu no intuito de identificar espaços de inovação e estímulos à criatividade local propiciando autonomia decisória local, com uso do conhecimento e evidências científicas, como protocolos de atenção.

A falta de busca ativa do paciente idoso pela equipe de saúde bucal foi descrita como uma dificuldade, ora associada ao desestímulo profissional, ora associada à ausência de transporte para condução da equipe. Assim esse tópico relaciona-se tanto ao profissional quanto à gestão, onde a última tem a responsabilidade de fornecer meios para o desenvolvimento de práticas e ainda, o estímulo e motivação dos profissionais para o mesmo.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No que se referem às limitações durante o desenvolvimento da pesquisa, alguns pontos foram identificados:

- A não disponibilização da planta física das unidades de saúde pelo serviço, dificultando avaliação da estrutura física mais detalhada;
- A avaliação do componente processo, ser baseada apenas na entrevista e não observação direta de ações, gerando um viés de informação e memória que podem ter interferido no resultado.
- Após a finalização das entrevistas, percebeu-se que seria importante também ter envolvido outros atores integrantes do processo, em especial o idoso, usuário do serviço, a respeito do cuidado oferecido, fundamental para uma efetiva avaliação de qualidade. Isso aponta a necessidade de novas investigações que contemplem esses aspectos.

Não obstante, tais limitações não diminuem a relevância das contribuições geradas por essa pesquisa tanto para o município, como para os estudos avaliativos.

8 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos do estudo levam a conclusões que podem ser firmadas a respeito das ações do serviço de saúde bucal no município de Juazeiro do Norte na atenção à pessoa idosa, considerando os componentes estrutura e processo, ao se identificarem uma série de fragilidades que necessitam de ajustes, merecendo destaque para a questão estrutura.

No tocante às instalações físicas, as unidades básicas de saúde pouco responderam aos critérios que deveriam ser considerados na elaboração dos projetos arquitetônicos, bem como a estrutura física e ambiência dos consultórios odontológicos mostrou-se aquém do desejado.

A estrutura física inadequada foi identificada pelos CD como um dos fatores negativos que mais influencia suas condições de trabalho, juntamente com a constante indisponibilidade de insumos odontológicos ou em quantidades insuficientes para as práticas diárias, mostrando a necessidade de maior planejamento por parte da gestão local em relação ao abastecimento das unidades de saúde.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde do idoso não foi priorizada, como dispositivo imprescindível a adequação das ações dos CD e serviços de saúde do SUS às especificidades do grupo. Visto que a atenção à saúde da população idosa requer uma série de conhecimentos, habilidades e competências, essa falha na formação profissional torna regular o relato dos cirurgiões-dentistas em encontrar dificuldades na hora de lidar com essa população.

Na dimensão relacionada ao processo, algumas práticas executadas, sejam pela gestão local, sejam pelas equipes de saúde bucal, ainda apresentam dificuldades para seu correto cumprimento e efetividade segundo preconizam as políticas, leis e decretos. Assim, observou-se um distanciamento entre as propostas regulamentadas e o modo de atenção que a população idosa vem recebendo atualmente. Houve ausência de organização no atendimento das necessidades de saúde do idoso, que gera baixa resolutividade e, ainda, descontinuidade nas ações de atenção à saúde.

Dessa forma, não se verifica uma assistência contínua e integral nos serviços de saúde bucal, com ausência de levantamentos epidemiológicos voltados

ao idoso, o que reflete de maneira negativa no planejamento em saúde bucal. Além disso, constata-se ausência de práticas de promoção à saúde em seu verdadeiro sentido, que se restringem às de cunho técnico-odontológico não ocorrendo a transcendência para outros campos da área de saúde.

No que se refere às ações de educação em saúde, como prática em si promovida pelos cirurgiões-dentistas, ficam restritas a atividades de abordagem individual durante a primeira consulta odontológica com a inexistência de atividades em grupo e de escovação dental supervisionada, apesar de essa última ser um indicador de saúde bucal.

A rede de atendimento que abrange o idoso é desprovida de ponto e profissionais especializados, não havendo uma integração estruturada entre referência e contrarreferência dos usuários idosos às unidades de saúde. O acesso aos serviços de saúde bucal à população idosa também se mostrou comprometido. Alguns fatores como barreiras geográficas e dependência de cuidadores foram destacados pelos cirurgiões dentistas atuantes nessas áreas.

Assim, em geral, os serviços ofertados a população idosa evidenciam variabilidade tanto em qualidade como em efetividade, com intensa fragmentação da assistência.

Para superação de tantos desafios no cuidado a saúde bucal de uma população como a do Brasil, que vivencia o aumento dos custos e gastos no âmbito da saúde, decorrente do fenômeno do envelhecimento populacional associado a mudança no perfil de adoecimento, recomenda-se a ressignificação do planejamento realizado pela gestão local a fim de assegurar melhor estrutura física nas unidades de saúde, bem como garantir à oferta adequada de equipamentos, instrumentais e demais insumos necessários às práticas.

Outra medida essencial a ser implementada por parte da gestão, diz respeito à reordenação da formação, qualificação e o desenvolvimento dos recursos humanos na saúde, a fim de suprimir o modelo hegemônico predominante.

Não se pode deixar de ressaltar a necessidade de inclusão da Odontogeriatrics nas formações profissionais e práxis pedagógicas que formam e desenvolvem os profissionais de saúde.

Somando-se a todo esse contexto, a avaliação de serviços de saúde aparece como atividade a ser realizada não somente como incumbência de

pesquisas com a finalidade concreta de serem direcionadas para o desenvolvimento de estratégias de melhoria das intervenções em saúde.

Vale ressaltar que avaliar é um processo dinâmico e que quando apresenta resultados reais, provoca novos questionamentos que motivarão novos processos avaliativos. Assim, ações de monitoramento e avaliação precisam ser perpetradas de maneira contínua e sistemática nos sistemas de saúde municipais, com objetivo de fornecer subsídios para processos decisórios e reorientação de práticas.

Como contribuição dessa pesquisa, destacando a importância de se transformar seus achados em ações efetivas a custos apropriados, as matrizes avaliativas desenvolvidas podem ser utilizadas como ferramenta de acompanhamento de ações da Atenção Básica no cuidado ao idoso a ser aplicada pelos gestores municipais, permitindo o aperfeiçoamento dos serviços de saúde bucal a nível local.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, F. L. J. DOS S.; MOTTA, M. H. A.; SILVA, L. P. G. da; ALVES, S. B. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, n. 11. 2012 .
- ANDRADE, S. N.; MUNIZ, L. V.; SOARES, J. M. A.; CHAVES, A. L. F.; RIBEIRO, R. I. M. de A. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Rev. bras. odontol.** v. 71, n. 1, 2014.
- ARAUJO, S. S. C.; FREIRE, D. B. L.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. **Interface**. v. 10, n. 19, 2006.
- BANDEIRA, L.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. “Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE”, 2008. In: **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**, julho, 2010.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciências saúde coletiva**. v. 12, novembro, 2007.
- BEZERRA, F. C.; ALMEIDA, M. I.; NOBREGA-TERRIEN, S. M. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. v. 15, n. 1, 2012.
- BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. C. A transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015.
- BRASIL. **Lei nº 8.842, de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 267/GM, de 6 de março de 2001**. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. **Os 80 anos de previdência social**. Brasília: Ministério da Assistência e Previdência Social, 2002.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento Série Pactos pela Saúde.** v. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 399/06 de 02 de fevereiro.** Diário Oficial da União de 02 de Fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais.** Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Série Pactos pela Saúde, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 599/GM de 23 de Março de 2006.** Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família/Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica, n.17.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006i.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa Série A.** Normas e Manuais Técnicos, v. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006j.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os

indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. **Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Brasília, 2008c.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a promoção, prevenção e controle de DCNT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154, de 15 de maio de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Centro de Documentação e Informação. Edições Câmara. 35 ed. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012**. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>. Acessado em 11/05/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2015b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acessado em 05/05/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Informes/Legislações**. 2015c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/psfphp>. Acessado em 05/05/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. 2016. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/acessibilidade-0>>. Acesso em 13/05/2016.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Texto para Discussão nº 318. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista brasileira estudo populacional**. v. 25, n. 1, 2008 .

CALADO, G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família**: principais avanços e desafios. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 63, n. 2, 2010.

CECCIM, R. B.; FEVERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2004.

COLUSSI, C.F.; CALVO. M.C.M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde Transform Social**. v. 3, n. 1, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-29/2001**. Disponível em < www.cfo.org.br >. Acesso em: 10 julho de 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. 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.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: Registro de uma conquista histórica. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 11. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

CUNHA, A. R.; BAVARESCO, C. S.; CARRAD, V. C.; LOMBARDO, E. M. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. **J. Bras. Tele.** v. 2, n. 2, 2013.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada.** v. 2, n. 4, p. 1-13. 2008.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Michigan (US): Health Administration Press. p. 77-125. 1980.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA.** v. 260, p. 1743-1748. 1988.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 2003.

DIAS, M. H. M. S. **A saúde bucal do idoso assistido em domicílio.** 107 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

ERMEL R. C.; FRACOLLI L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista Escola Enfermagem USP.** v. 40, n. 4, p.: 533-539. 2006.

FARIAS, D. C.; CELINO, S. D. de M.; PEIXOTO, J. B. de S.; BARBOSA, M. L.; COSTA, M. C. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de educação médica.** v. 39, n. 1, 2015.

FARINASSO, A. L. da C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família.** 129 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política institucional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.11, n.3. 2006.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Escola Enfermagem USP.** v. 46, n. 6. 2012.

FERNANDES-COSTA, A. N.; VASCONCELOS, M. G.; QUEIROZ, L. M. G.; BARBOZA, C. A. G.; VASCONCELOS, R. G. As principais modificações orais que ocorrem durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v. 17, n. 3. 2013.

FERRO, L. F.; SILVA, E. C. da; ZIMMERMANN, A. B.; CASTANHARO, R. C. T; OLIVEIRA, F. R. L. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde.** v. 38, n. 2, 2014.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. de; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015.

FITTIPALDI, A. L. de M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**. v. 39, n. 104, 2015.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O.; SUDRÉ, M. R. S. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, 2012.

FONSECA, L. M. de S.; BITTAR, C.M.L. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **RBCEH**. v. 11, n. 2, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUDICE, A. C. M. P.; PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C.. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde debate**. v. 37, n. 96, p. 32-42. 2013.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F de; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. 2, 2014.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F de; CAETANO, J. C.; ZANARDI, E. Rede de Atenção Saúde Bucal: Limitações e Desafios em um Município Catarinense de Grande Porte. **Sau. & Transf. Soc.** v. 4, n. 4, 2013.

GORDILHO, A.; SERGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPÍNDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UNATI, 2000.

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: Uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050**: revisão de 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro: IBGE / Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/população-php?codmun=230730>> Acesso em: 12 de abril de 2015.

JESUS, M. B.; LIMA, M. Z. **Avaliação do programa de Saúde da Família na UBS Maria de Jesus, no município de Cajazeiras – PB**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/32425/1/Avaliação-do-Programa-Saúde-da-Família-na-UBSF-Maria-de-Jesus-na-cidade-de-ajazeirasPB/pagina1.html>. Publicado 10/02/2010.

JONES, J. A.; ORNER, M. B.; SPIRO, A.; KRESSIN, N. R. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. **Internacional Dental Journal**. v. 53, p. 327-34, 2003.

JUAZEIRO DO NORTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Juazeiro do Norte: SMS, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunic., saúde, educ.** v. 14, n. 34, 2010.

MARTINS, A. M. E. B. L.; HAIKAL, D. S.; PEREIRA, S. M.; BARRETO, S. M. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 7, 2008.

MARTINS, A. R.; PEREIRA, D. B.; NOGUEIRA, M. L. S. N.; PEREIRA, C. dos S.; SCHADER, G. S.; THOFERHN, M. B. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, 2012.

MATTOS, G. C. M., FERREIRA, E. F., LEITE, I. C. G., GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 19, n. 2, 2014.

MEDEIROS, F. A.; ARAÚJO-SOUZA, G. C. de; ALBUQUERQUE-BARBOSA, A. A.; CLARA-COSTA, I. do C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**. v.12, n. 3, 2010.

MENDES E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS / CONASS, 2011.

MELO, M. C. de; SOUZA, A. L.; LEANDRO, E. L.; MAURÍCIO, H. de A.; SILVA, I. D.; OLIVEIRA, J. M. O. . A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, supl. 1, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. Oral health conditions among the elderly in Southeastern São Paulo State. **J. Appl. Oral Sci.** v. 17, n. 3. 2009.

NAKAGAWA, M. C. S. **Avaliação das práticas em serviço público odontológico na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 98f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

NICKEL, D. A.; CAETANO, J. C.; CALVO, M. C. M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. **Pesq. Bras Odontoped Clin Integr.** v. 9, n. 3, p. 373-379. 2009.

NOGUEIRA, J. A; SILVA, C. A. D. A; TRIGUEIRO, D. R. S. G; TRIGUEIRO, J. V. S; ALMEIDA, A. S; SÁ, L. D.; RIBEIRO, L. C. S. A formação de profissionais de saúde na atenção a TB: desafios e contradições da prática. **Rev enferm UFPE on line**. v. 5, n. 4, 2011.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; UNFER, B.; COSTA, I. C. C.; ARCIERI, R. M.; GUIMARÃES, L. O. C.; SALIBA, N. A. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. bras. epidemiol.** v. 1, n. 2, 1998.

OLIVEIRA, M. C. A segunda transição demográfica: nova teoria ou mais do mesmo? In: TURRA, C. M.; CUNHA, J. M. P. (Org.). **População e desenvolvimento em debate: contribuições da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. Belo Horizonte: ABEP, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OMS, 2005.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PEDRAZZI, V.; DE SOUZA, S. L. S.; DE OLIVEIRA, R. R.; CIMÕES, R.; GUSMÃO, E. S. Métodos mecânicos para o controle do biofilme dentário supragengival. **R. Periodontia**, v.19, n. 03, 2009.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S.. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. bras. enferm.** v. 65, n. 5, 2012.

PEREIRA, C. R. S., RONCALLI, A. G.; CANGUSSU, M. C. T.; NORO, L. R. A.; PATRICIO, A. A. R.; LIMA, K.C. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n. 3, 2012.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In.: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Atenção básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008. p. 17-41.

PINTO, E. C.; BARROS, V. J. A.; COELHO, M. de Q.; COSTA, S; de M. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. **Arq Odontol.** v. 48, n. 3, 2012.

PUPULIN, A. R. T.; ARAUJO, S. M.; GOMES, M. L.; SILVA, S. V.; CARRASHI, I. A. Acompanhamento domiciliar de pacientes chagásticos tratados etiologicamente. **Revista Brasileira de Análise Clínica.** v. 35, n. 3, 2003.

REICHART, P. A. Oral mucosa lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 28, n. 5, p.390-398, 2000.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C. CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 6, n. 1, 1990.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.; ROSSET-CRUZ, I.; LANGE, C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.** v. 16, n. 3. 2007.

ROZENDO, A.; JUSTO, J. S. "Fundo Nacional do Idoso" e as políticas de gestão do envelhecimento da população brasileira. **Rev. Psicol. Polít.** v. 12, n. 24. 2012.

SAMPAIO, J. R. F. **Avaliação da implantação das ações da política nacional de saúde bucal na atenção básica em Juazeiro do Norte-CE.** 2011. 88f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, 2011.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; DO NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal. **Rev. Saúde Pública,** v. 42, n. 3, 2008.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade.** v. 7, n.23, 2012.

SILVA, L. M. V. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate.** Salvador: EDUFBA, 237 p. 2009.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SILVA, M. P. C. F.; SENA, R. M. C.; LIMA, I. P. C. Ansiedade dos idosos no tratamento odontológico: revisão sistemática. Anais Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. v. 2, n.1, 2015.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v.34, n. 5, 2013.

SILVA, S. F. da; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 19, n. 11, 2014.

SISSON, M. C.; OLIVEIRA, C.; CONILL, E. M.; PIRES, D.; BOING, A. F.; FERTONANI, H. P. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface**. v. 15, n. 36, p.123-36. 2011.

SOARES, F. F., FIGUEREDO, C. R. V., BORGES, N. C. N., JORDÃO, R. A., FREIRE, M. C. M. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & saúde coletiva**. v. 16, n. 7, 2011.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 20, n. 3, 2010.

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

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. **Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do suplemento de saúde da PNAD 2003**. Rio de Janeiro: DIS/CICT/FIOCRUZ, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-554. 2009.

VIANA, A. M. de F.; GOMES, M. J.; CARVALHO, R. B. de; OLIVEIRA, E. R. A. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. **RFO**. v. 15, n. 3, 2010.

VIEIRA, R. P.; MACHADO, M. de F. A. S.; BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, C. A. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia de saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enfermagem**. v. 16, n. 4, 2011.

VILLAR, R. P. A Odontoclínica Central da Marinha (OCM – RJ) e a assistência à saúde bucal da pessoa idosa. **Revista Portal de Divulgação**, n. 44, Ano V, 2015.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de organização à saúde e de organização do serviço**. Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou Vivianne Coelho Noronha Diógenes, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, tendo como nucleadora a Universidade Regional do Cariri. Estou realizando, nesse momento, um trabalho cujo objetivo é avaliar normativamente os componentes estrutura e processo da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. Tem como objetivos específicos: Identificar os participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas; Descrever a estrutura das unidades básicas de saúde, no tocante aos recursos humanos, infraestrutura, materiais e insumos destinados ao atendimento e acompanhamento de idosos; Caracterizar o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas no atendimento ao idoso; Identificar as principais dificuldades para a realização das ações de cuidado ao idoso no tocante a recursos físicos, materiais e humanos.

A implantação Estratégia Saúde da Família como modelo de reorientação da atenção básica deixa claro que apreciar questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade dos serviços, é de suma importância. Considerando o crescente envelhecimento da população idosa no Brasil e as características do processo de trabalho em saúde, é necessário avaliar os serviços com ênfase na atuação dos trabalhadores. Somente a análise de indicadores de saúde bucal em uso na atualidade não permite estimar de maneira adequada os serviços.

Para se consolidar o Sistema Único de Saúde, observa-se a necessidade de se avaliar os serviços públicos odontológicos, seja com a finalidade de racionalizar recursos, seja para o embasamento de planejamentos ou, ainda, para monitorar o impacto das práticas e dos serviços. Esta pesquisa visa dessa forma, analisar a adequação das ações das equipes de saúde bucal no atendimento ao idoso, grupo social esse cada vez mais presente no cotidiano dos serviços.

A realização de estudos avaliativos poderá reduzir a sua incipiência no Brasil em relação às ações em Saúde Bucal e servirá de base para a tomada de decisões, em particular, para o município de Juazeiro do Norte/Ceará; O estudo poderá contribuir com os serviços de saúde e com novas pesquisas embasando a criação de tecnologias, como protocolos clínicos de atendimento local que se subsidiariam dessas informações e promover empoderamento dos serviços por meio da incorporação de tais práticas às suas rotinas e normas de gestão. Para os participantes, os benefícios da pesquisa serão a possibilidade de auxiliar na reorganização do seu processo de trabalho e para a população atendida pelos profissionais, o estudo se reverterá em melhoria no atendimento aos idosos.

Pela importância e relevância da temática, lhe convidamos a participar deste estudo. Se aceitar, você responderá a algumas perguntas sobre as ações desenvolvidas no cuidado ao idoso. Deixando claro que as perguntas não lhe trarão nenhum prejuízo e nem custo para você. Onde o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento sem que isto traga qualquer problema para você ou seu trabalho. Entretanto, sua participação acarretará riscos mínimos, como não ficar a vontade na presença da pesquisadora, desconfortos físicos, psíquicos, sociais ou morais. Porém, farei o possível para reduzir ao máximo esta situação, como propiciar-lhe ambiente adequado e privativo, deixando-lhe a vontade para responder apenas o que você desejar. Garantimos que as informações serão usadas apenas para a realização do nosso trabalho e, também, lhe asseguramos que a qualquer

momento poderá ter acesso às informações que estamos colhendo, como também esclarecer suas possíveis dúvidas.

E, finalmente, lhe garantimos que, quando apresentarmos nossa pesquisa, não usaremos seu nome e nem daremos nenhuma informação que possa identificá-lo. Caso precise entrar em contato, informamos-lhe nosso nome e endereço:

Nome da pesquisadora: Vivianne Coelho Noronha Diógenes

Endereço: Av. Ailton Gomes 4141, casa 6 - Bairro Planalto - Juazeiro do Norte/CE.

Telefone: (88) 9.9917.2946

E-mail: vivianecnd@gmail.com

Nome da orientadora: Célida Juliana de Oliveira

Endereço: Rua Cel. Antônio Luís, 1161 - Departamento de Enfermagem - Bairro Pimenta – Crato/CE.

Telefone: (88) 3102.1212 – Ramal 2618

E-mail: celida.oliveira@urca.br

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri

Rua Cel. Antônio Luís, 1161. Telefone: (88) 3102.1212 – R. 2424 - cep@urca.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL À PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”.

Juazeiro do Norte, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante/RG

Assinatura de testemunha/RG

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Unidade básica de saúde: _____ Profissional: _____

Perfil do cirurgião dentista

Sexo: () M () F Idade: _____ Tempo de formado: _____

Pós-Graduação em Saúde Pública/Saúde da Família: () sim () não

Qual: _____

Pós-Graduação em outra área: _____

Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: _____

Recebeu na graduação alguma capacitação para atendimento ao idoso? () sim () não

Recebeu ou realizou alguma pós-graduação e/ou capacitação para atendimento ao idoso na ESF? () não () não lembra

() sim Quem promoveu? _____ Quando? _____

PARTE I

Dimensão estrutura

Localização da UBS: () zona urbana () zona rural () mista

Esta ESB está ligada a quantas equipes de Saúde da Família (ESF)? () uma () duas

Qual o número de pessoas acompanhadas por essa equipe (população adscrita)? _____ ou () não sabe informar

1) RECURSOS HUMANOS

A equipe é composta por: () cirurgião dentista () ASB () TSB

2) ESTRUTURA FÍSICA E AMBIÊNCIA

a) Áreas físicas

a.1) Administrativo e áreas de apoio	SIM	NÃO
A unidade dispõe de recepção/sala de espera em boas condições de limpeza?		
Possui lugares suficientes para os usuários aguardarem?		
A unidade dispõe de sala para atividades em grupo e/ou ações educativas?		
A unidade dispõe de sanitários adequados para o uso por idosos?		
A unidade dispõe de sala para acolhimento?		
a.2) Atendimento odontológico	SIM	NÃO
A unidade dispõe de sala específica para o consultório odontológico com banheiro?		
Em condições de uso e adequada limpeza?		
A unidade dispõe de área para compressor e bomba à vácuo?		

A unidade dispõe de escovódromo?		
----------------------------------	--	--

b) Características estruturais

b.1) Ambiência	SIM	NÃO
As áreas de apoio são limpas e organizadas?		
Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização?		
Os ambientes dispõem de boa iluminação?		
Os ambientes dispõem de pisos, paredes com superfícies laváveis?		
O consultório odontológico da unidade de saúde permite privacidade ao usuário?		
b.2) Acessibilidade	SIM	NÃO
Os banheiros da unidade são adaptados para pessoas deficientes/com limitações?		
Existem nos espaços da unidade:		
Corredores com largura mínima de 120cm		
Barras de apoio		
Corrimão		
Rampas com largura de 80cm por 120cm, no mínimo e com inclinação adequada		
Portas com largura suficiente para passagem de qualquer pessoa		
Piso antiderrapante, regular, firme e estável		
b.3) Ventilação adequada	SIM	NÃO
Os ambientes da unidade dispõem de janelas ou de ventilação artificial adequada?		
b.4) Iluminação adequada	SIM	NÃO
Os ambientes da unidade dispõem de boa iluminação?		
b.5) Pisos e paredes adequadas		
Os ambientes da unidade dispõem de paredes revestidas completamente com material lavável e de superfície lisa		
Os ambientes da unidade dispõem de paredes revestidas parcialmente com material lavável e de superfície lisa		
Os ambientes da unidade dispõem de teto revestido com material lavável e de superfície lisa		
Os ambientes da unidade dispõem de pisos revestidos com material lavável e de superfície lisa		
b.6) Portas e janelas adequadas	SIM	NÃO
As portas da unidade são revestidas por material lavável?		
As janelas são seguras, de fácil manutenção e proporcionam privacidade dos ambientes?		
b.7) Sinalização adequada	SIM	NÃO
A unidade possui sinalização?		
Sinalização realizada através de:		
() textos, figuras (visual)		
() caracteres em relevo, figuras em relevo ou em Braille (tátil)		
() recursos auditivos (sonora)		

c) Recursos materiais e insumos

A equipe dispõe em sua unidade dos seguintes equipamentos e mobiliários:

Marcar uma das três opções conforme: 1. Sim; 2. Não; 3. Sem condições de uso

Amalgamador ()	Aparelho de RX odontológico ()
Ar-condicionado ()	Autoclave ()
Avental de chumbo ()	Cadeira odontológica ()

Cuspideira ()	Sugador ()
Refletor ()	Mocho ()
Unidade auxiliar ()	Caneta alta rotação ()
Caneta de baixa rotação ()	Compressor de ar com válvula de segurança ()
Fotopolimerizador ()	Jato de bicarbonato ()
Ultrassom odontológico ()	Macro modelo da arcada dentária e escova dental ()
Negatoscópio ()	Caixa de revelação (câmara escura) ()
Estufa ()	Mesa de escritório ()
Armário vitrine ()	Balde porta-detrítos com pedal ()
Duas cadeiras ()	

Os equipamentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal? () Sim () Não

Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos? _____

A ESB dispõe do seguinte instrumental para atendimento:

- Instrumental para exame clínico: () sim () não
- Instrumental para dentística: () sim () não
- Instrumental periodontal básico: () sim () não
- Instrumental cirúrgico básico: () sim () não
- Instrumental para urgência (básica): () sim () não
- Instrumental para prótese (básico): () sim () não

OBS: Assinalar sim apenas no caso de existirem todos os instrumentais mencionados em quantidade suficiente (3 alveolótomos, 10 alavancas inox adulto, 5 alavancas inox infantil, 2 alavancas Seldim adulto, 2 aplicadores para cimento, 10 aplicadores para hidróxido de cálcio, 10 bandejas de aço, 10 brunidores, 2 cabos de bisturi, 10 cabos para espelho, 15 caixas inoxidáveis com tampa, 5 condensadores Holleback 01 e 02, 5 condensadores Eames, 5 condensadores Clev-dent, 2 correntes para prender guardanapo, 2 curetas alveolares, cureta de periodontia Gracey (vários números), 5 escavadores de dentina nº 5, 5 escavadores de dentina nº11,5, 2 escavadores para pulpotomia, 5 esculpadores Holleback 3s, 1 espátula de cera nº 7, 10 espátulas de cimento nº 24, 10 espelhos bucais, 1 espelho de mão e de parede, 2 extratores de tártaro 1/10, forceps infantil e adulto (vários nºs), 2 frascos de Dappen, 2 gengivotomos de Kirkland, 2 gengivotomos de Orban, 1 lamparina, 1 limpador de brocas, 1 macro escova, 1 macro-modelo, 15 estojos de inox (tipo marmita), 2 limas ósseas, 5 pinças clínicas, 5 pinças Halstead curva e reta, 10 pinças para algodão, 2 placas de vidro, 5 portas agulha, 2 portas amálgama, 3 portas matriz, 1 removedor de brocas, 10 seringas carpule, 5 sindemótomos, 10 sondas exploradora, 10 sondas periodontais milimetradas 3 tesouras cirúrgicas retas e 3 tesouras cirúrgicas curvas, 2 tesouras íris, 2 tesouras standart)

OBS 2: Instrumental sugerido no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde.

A equipe dispõe dos seguintes materiais e insumos na USF:

Marcar uma das três respostas, conforme: 1. Sim; 2. Não; 3. Insuficiente.

Material odontológico de consumo

Selante ()	amálgama ()
resina fotopolimerizável ()	ionômero ()
fio de sutura ()	material para moldagem ()
agulhas ()	anestésico ()
gaze ()	rolos de algodão ()
flúor em gel ()	

Outros materiais

EPIs e material de Biosegurança (luva, gorro, máscara, óculos de proteção) ()
Material educativo para a saúde bucal voltado para o idoso () Qual: folder (), álbum seriado (), kits educativos (), fitas de vídeo (), outros (especificar):
Receituários ()
Prontuários com odontograma ()
Mapa para registros de atendimento diário ()

Você tem no consultório a Caderneta de Saúde do Idoso para entregar ao paciente?
() sempre disponível () às vezes disponível () nunca disponível

Você faz o acompanhamento do idoso com esta Caderneta?
() sempre () às vezes () nunca

4) Existência de referência de idoso para atenção especializada

A equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar o atendimento ao idoso? () sim () não

Qual(is)? _____

A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas para o atendimento das necessidades do idoso?

() sim () não

Dentre as especialidades odontológicas abaixo, qual(is) o município oferta na Rede de Atenção à Saúde, que possa se encaminhar o idoso?

- () Cirurgia Oral/ traumatologia buco-maxilo-facial
- () Periodontia
- () Estomatologia
- () Radiologia
- () Endodontia
- () Implantodontia
- () Pacientes especiais
- () Próteses (reabilitação)
- () Odontogeriatría
- () Serviço especializado em diagnóstico das lesões e câncer bucal

Qual o tempo médio de agendamento para consultas na rede especializadas que espera o idoso?

() 1 dia () 1 semana () 1 mês () mais de 1 mês

Existem protocolos definidos de orientação do encaminhamento de pacientes idosos da Atenção Básica para outros níveis de atenção? () sim () não

PARTE II

DIMENSÃO PROCESSO

1) Promoção e proteção à saúde do idoso

1.1 Ações de promoção de saúde	SIM	NÃO
--------------------------------	-----	-----

Realiza ações de promoção para estímulo de alimentação saudável com idosos?		
Realiza ações de promoção do autocuidado com a higiene corporal e bucal com idosos?		
Realiza ações de promoção de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes com idosos?		
Realiza outra(s) ações de promoção de saúde com idosos?		

1.2 Ações de educação e prevenção em saúde bucal	SIM	NÃO
Realiza levantamentos epidemiológicos com idosos?		
Realiza escovação dental supervisionada com idosos?		
Realiza a entrega de escova e dentifrício fluoretado a idosos?		
Realiza ações educativas com idosos?		

Qual tipo de atividade educativa a equipe realiza nesses grupos:

- Abordagem individual (consulta odontológica) ()
- Abordagem familiar (visita domiciliar) ()
- Palestras (sala de espera, comunidade, escolas) ()
- Meios de comunicação (rádio, vídeo) ()
- Abordagem alternativa (teatro, dramatização) ()

1.3 Ações de Recuperação à saúde bucal em idosos

Quais dessas ações de recuperação à saúde bucal de idosos realiza:

- Consulta odontológica ()
- Adequação do meio bucal ()
- Drenagem de abscesso ()
- Sutura de ferimentos por trauma ()
- Remoção de restos radiculares ()
- Frenectomia ()
- Biópsia de lesões ()
- Acesso à polpa dentária ()
- Capeamento pulpar ()
- Aplicação tópica de flúor ()
- Exodontia ()
- Restauração de amálgama ()
- Restauração de resina composta ()
- Raspagem, alisamento e polimento supragengivais ()
- Remoção ou tratamento de fatores retentivos de placa ()
- Tratamento de alveolite ()
- Ulotomia/ Ulectomia ()
- Ações assistenciais durante visita domiciliar ()
- Tratamento concluído ()

1.4 Ações de Reabilitação

Realiza algum tipo de ação voltada para a recuperação parcial ou total de capacidades perdidas pelo usuário idoso? () não () sim. Qual:

2) Ampliação e qualificação da atenção básica

2.1 Prevenção e controle do câncer bucal	SIM	NÃO
Realiza busca ativa de lesões em visitas domiciliares?		
Realiza busca ativa de lesões em momentos de campanhas específicas (vacinação de idosos)?		
Realiza a identificação de casos suspeitos na UBS?		
Realiza o acompanhamento desses casos suspeitos e confirmados?		
2.2 Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento	SIM	NÃO
Realiza atendimento às urgências?		
Realiza ações para atendimento às urgências obedecem a alguma classificação de risco?		

2.3 Inclusão da reabilitação protética na atenção básica

Realiza atendimento correspondente a qualquer das fases clínicas de instalação de próteses dentárias elementares?

Qual(is)? _____

2.4 Ampliação do acesso e acolhimento

Existe reserva de dias específicos para o atendimento ao idoso? () sim () não

Existe reserva de horários para o atendimento ao idoso? () sim () não

Como ocorre o acesso da população ao atendimento odontológico para a população idosa?

Agendamento sem classificação de necessidades () sim () não

Agendamento com classificação de necessidades () sim () não

Fichas na unidade de saúde () sim () não

Por meio dos ACS () sim () não

É garantido o agendamento de retorno para a continuidade do tratamento do idoso que iniciou seu tratamento? () sim () não () não sabe

Durante as consultas cotidianas é feito acolhimento do idoso? () sim () não

No atendimento ao idoso, o acolhimento na unidade é realizado durante todo o percurso do usuário? () sim () não () não sabe

É realizada escuta no acolhimento ou em qualquer outro momento do atendimento ao paciente idoso? () sim () não

PARTE III

Quais as principais dificuldades enfrentadas por você para a realização das ações de cuidado ao idoso no tocante a recursos físicos, materiais e humanos?

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Vivianne Coelho Noronha Diogenes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51005715.5.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.396.309

Apresentação do Projeto:

Pesquisa sobre avaliação dos componentes estrutura e processo da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. Estudo do tipo avaliativo normativo, de delineamento transversal e abordagem prioritariamente quantitativa. Será realizada no município de Juazeiro do Norte-CE e os participantes serão os profissionais de nível superior de Saúde Bucal (cirurgião dentista) que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar normativamente os componentes estrutura e processo da atenção em saúde bucal à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Identificar os participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas.

Descrever a estrutura das unidades básicas de saúde, no tocante aos recursos humanos, infraestrutura, materiais e insumos destinados ao atendimento e acompanhamento de idosos.

Caracterizar o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas no atendimento ao idoso. Identificar as principais dificuldades para a realização das ações de cuidado ao idoso no tocante a recursos físicos, materiais e humanos.

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1181
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

Continuação do Parecer: 1.396.309

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação acarretará riscos mínimos.

Benefícios:

A realização de estudos avaliativos poderá reduzir a sua incipiência no Brasil em relação às ações em Saúde Bucal e servirá de base para a tomada de decisões, em particular, para o município de Juazeiro do Norte/Ceará; O estudo poderá contribuir com os serviços de saúde e com novas pesquisas embasando a criação de tecnologias, como protocolos clínicos de atendimento local que se subsidiariam dessas informações e promover empoderamento dos serviços por meio da incorporação de tais práticas às suas rotinas e normas de gestão. Para os participantes, os benefícios da pesquisa serão a possibilidade de auxiliar na reorganização do seu processo de trabalho e para a população atendida pelos profissionais, o estudo se reverterá em melhoria no atendimento aos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ética e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_620544.pdf	05/01/2016 16:47:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Vivianne_CEP_2016.pdf	05/01/2016 16:46:52	Vivianne Coelho Noronha Diogenes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_corrigido.pdf	05/01/2016 16:46:27	Vivianne Coelho Noronha Diogenes	Aceito

Ausência	TCLE_corrigido.pdf	05/01/2016 16:46:27	Vivianne Coelho Noronha Diogenes	Aceito
Folha de Rosto	Vivianne_Folha_Rosto_Assinada.pdf	04/11/2015 12:27:03	Vivianne Coelho Noronha Diogenes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 27 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Antonio Germane Alves Pinto
(Coordenador)

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Ofício nº 001/2015

24 de novembro de 2015

À Coordenação de Saúde Bucal
Secretaria Municipal de Saúde
Juazeiro do Norte/CE

Assunto: Solicitação.

Prezada coordenadora, boa tarde.

A coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da nucleadora Universidade Regional do Cariri vem mui respeitosamente solicitar de vossa senhoria a permissão para que a discente do curso de Mestrado VIVIANNE COELHO NORONHA DIÓGENES possa realizar sua coleta de dados junto aos cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família deste município.

Esclarecemos que os referidos dados serão de extrema importância para a finalização de dissertação de mestrado da discente, que tem como orientadora a Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira.

É necessário salientar que o estudo respeitará os princípios éticos e obedecerá a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, ficando os dados coletados para fins exclusivamente científicos. O projeto foi encaminhado para avaliação de sua exequibilidade pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri.

Certos da vossa compreensão, agradecemos a presteza.

Atenciosamente.

Célida Juliana de Oliveira
Profa. Célida Juliana de Oliveira
Orientadora. Docente Permanente do MPSF/RENASF.
URCA

Wagner
Wagner Rosalinda de Oliveira
Diretor de Saúde Bucal
CBO-4123