

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

ANTONIO CARLOS NASCIMENTO

**SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
MUDANÇA DE PRÁTICAS OU DIVERSIONISMO SEMÂNTICO?**

Curitiba

2007

Antonio Carlos Nascimento

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: MUDANÇA DE
PRÁTICAS OU DIVERSIONISMO SEMÂNTICO?

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Orientador: Prof. Samuel Jorge Moysés, Ph.D.

Curitiba
2007

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: MUDANÇA DE PRÁTICAS OU DIVERSIONISMO SEMÂNTICO?

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em: 29 de Março de 2007.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés – Presidente
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC PR)

Prof. Dr. Edgard Michel Crosato
Universidade de São Paulo (USP SP)

Profª Drª Simone Tetu Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC PR)

AGRADECIMENTOS

Aos 58 profissionais das redes municipais de saúde de Campinas e Curitiba que gentilmente colocaram seu tempo e inestimável conhecimento à disposição desta pesquisa.

Aos anônimos cidadãos dos serviços de saúde bucal de Campinas e Curitiba pelas horas que os profissionais ficaram disponíveis para esta pesquisa. Que estas reflexões contribuam para a melhoria dos serviços que lhes são de direito.

Ao Professor Samuel Jorge Moysés, pela orientação, pelo apoio, pela confiança, pelo referencial humano de conduta ética e por proporcionar a possibilidade de compartilhar sua singular capacidade intelectual, invariavelmente colocada ao dispor da produção científica para a construção de uma sociedade mais justa.

À Professora Simone Tetu Moysés pela cooperação, carinho e pelo exemplar profissionalismo e seriedade com que conduz a coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da PUC PR.

Ao Dr. Marco Antonio Manfredini pela gentileza de dispor de seu tempo em São Paulo para oferecer informações sobre o Sistema Municipal de Saúde de Campinas e o 'Método Paidéia', implantado na gestão 2001-2004.

À Secretaria Municipal da Saúde Campinas (SP), na figura de seus gestores e técnicos pela aprovação da condução desta pesquisa na instituição.

À Secretaria Municipal da Saúde Curitiba (PR), na figura de seus gestores e técnicos pela aprovação da condução desta pesquisa na instituição.

Às colegas do CES-SMS Curitiba, especialmente à Magrit, Karina, Elsa e Rosângela pelo apoio e trâmite junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Ao Dr. Isamu Murakami, Coordenador Municipal de Saúde Bucal de Campinas (SP) pelo apoio na organização dos grupos focais, hospitalidade e inestimável gentileza.

À ACDC (Associação dos Cirurgiões-Dentistas de Campinas) e à Associação Brasileira de Odontologia (ABO – Paraná) pela gentileza em ceder suas instalações para condução dos grupos focais em Campinas e Curitiba.

À Dra. Lise Mara Villani de Souza, Coordenadora de Saúde Bucal de Curitiba, pela amizade e compreensão pela ausência durante o andamento deste trabalho.

À Professora Maria da Graça Kfoury Lopes pelo apoio e incentivo no transcorrer dessa jornada de busca do conhecimento. Que o sacrifício seja revertido em benefício de nossos (as) alunos (as).

À minha esposa Andrea pela tolerância e solidariedade incondicional nestes 750 dias de quase ausência física, mas nunca de coração.

À minha filha Luísa, pelo simples fato de existir em minha vida.

Aos (às) colegas da turma de Mestrado, Ana Cristina, Christianne, Ivana, Koch, Maria Cristina, Marilisa, e Zilá pela amizade, pela rica experiência de convivência que trouxeram, cada um com suas especiais peculiaridades.

Ao Professor Léo Kriger, ser humano elevado, pelo incentivo permanente e pelo que representa para todos os profissionais da saúde bucal coletiva brasileira.

Ao amigo Eduardo Pizzatto pelo apoio e colaboração irrestritos.

Ao Professor e amigo Dante Romano Júnior, *in memorian*, médico angiologista por formação e sanitarista de coração, ex-vice Reitor da UFPR e defensor da implantação da medicina familiar como forma de desenvolvimento de serviços de saúde mais justos e com qualidade. Homem justo, solidário e de inigualável espírito público.

Ao Professor e amigo Sylvio Gevaerd, *in memorian*, incansável lutador pela saúde bucal coletiva brasileira enquanto esteve entre nós. Sua ausência ainda presencia nosso cotidiano.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- Tabela 1 – Informações demográficas, estrutura da atenção básica, recursos em Saúde Bucal e prevalência de cárie aos 12 anos em Campinas e Curitiba, 2006.
..... Pág. 20
- Tabela 2 – Relação entre orçamento municipal, orçamento em saúde, origem e aplicação dos recursos em saúde bucal em Campinas e Curitiba, 2006..... Pág. 21
- Tabela 3 – Informações sobre os grupos focais em Campinas e Curitiba, 2006..... Pág. 22
- Tabela 4 – Indicadores, questões indutoras e desenvolvimento do modelo de saúde bucal. Curitiba, 2007..... Pág. 23
- Tabela 5 – Estágios de desenvolvimento do modelo de prática em saúde bucal..... Pág. 24.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida.

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário.

ASL – Autoridade Sanitária Local.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CPOD – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ESB – Equipe de Saúde Bucal.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

FMS – Fundo Municipal de Saúde

GERUS – Projeto de Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde.

GF – Grupo(s) Focal (ais).

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

LAPA – Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde da Unicamp.

NESCO – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

NOB – Norma Operacional Básica.

OPAS – Organização Panamericana de Saúde.

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

PS – Promoção da Saúde.

PUC – Pontifícia Universidade Católica.

RH – Recursos Humanos.

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

SBC – Saúde Bucal Coletiva.

SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma.

SF – Saúde da Família.

SISS – Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SMS – Secretaria Municipal da Saúde.

THD – Técnico em Higiene Dental.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UFPR – Universidade Federal do Paraná.

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas.

A Saúde Bucal Coletiva brasileira deve buscar projeção global, mas nossa missão fundamental é produzir conhecimento para melhorar a qualidade de vida de nosso povo e qualificar os profissionais da saúde aos quais ele recorre em momentos de necessidade e dor.

“[...] a universidade internacionalizada a priori só serve a alguns, cada vez menos numerosos [...].

A tarefa de incorporar a Universidade num projeto social e nacional impõe primeiro a criação, e depois a difusão, de um saber orientado para os interesses do maior número de pessoas e para o homem universal. Não há contradição entre nacionalidades e universalidades, entre a busca do nacional popular e o encontro com o universal. Devemos estar sempre lembrados de que o internacional não é o universal. O trabalho universitário não é propriamente uma tarefa internacional, mas precipuamente nacional e universal, dependendo, desde a concepção à realização efetiva, da crença no homem como valor supremo e da existência de um projeto nacional livremente aceito e claramente expresso. É a tarefa que nos aguarda”.

Prof. Dr. Milton Santos [*in memoriam*], Geógrafo, em discurso de aceitação do título de Doutor *Honoris Causa* da UFRJ em 24 de Setembro de 1999.

SUMÁRIO

Artigo em língua portuguesa.....	Pág. 01
Artigo em língua inglesa.....	Pág. 25
Detalhamento metodológico.....	Pág. 48
Detalhamento acerca das experiências estudadas.....	Pág. 51
Detalhamento dos Indicadores de Análise.....	Pág. 64
Referências completas.....	Pág. 73
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	Pág. 77
Termo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	Pág. 78
Roteiro de condução dos grupos focais.....	Pág. 79
Normas para submissão de artigo.....	Pág. 80

Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Mudança de práticas
ou diversionismo semântico?

Oral Health in the Family Health Strategy: a change of practices or semantic
diversionism?

Autores: Antonio Carlos Nascimento

Samuel Jorge Moysés

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Programa de Pós-Graduação
Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva
Rua Imaculada Conceição, 1155
Curitiba – Paraná
80215-901

Autor Responsável:
Antonio Carlos Nascimento
Rua Campinas, 51 Ap. 4
Cabral
Curitiba – Paraná
80035-220
antonioc@unicenp.edu.br

[Manuscrito baseado em dissertação de Mestrado apresentada à
Pontifícia Universidade Católica do Paraná [Fevereiro, 2007]].

RESUMO

O estudo avalia práticas em saúde bucal coletiva, buscando desvelar, respectivamente, o potencial de reorientação do modelo de atenção do Método Paidéia de Saúde da Família na cidade de Campinas (SP) e da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Curitiba (PR). Realizou-se estudo qualitativo com obtenção de dados por meio de grupos focais e análise dos mesmos com o método da hermenêutica-dialética. Foram empregados indicadores de análise que buscaram evidenciar retrocesso, estagnação ou avanço nas práticas em saúde bucal desde a implantação das estratégias referidas. Os indicadores utilizados foram: i. Mudanças cotidianas de práticas em serviço; ii. Atuação interdisciplinar; iii. Responsabilização por território adscrito; iv. Investimento institucional para qualificação de recursos humanos; v. Incorporação de práticas promocionais de saúde; e vi. Capacidade de resposta das equipes às queixas referidas pelos usuários. Os resultados demonstram avanços no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado, no acolhimento e no vínculo profissional-paciente. Os resultados relacionados às práticas promocionais em saúde, territorialização, atuação interdisciplinar e qualificação das equipes indicam necessidade de aprimoramento teórico e operacional nas duas cidades.

DESCRITORES: Saúde da Família, Avaliação de Serviços de Saúde, Odontologia em Saúde Pública, Saúde Bucal Coletiva.

ABSTRACT

This study evaluates collective oral health practices, seeking to reveal, respectively, the potential for reorienting the care model used by the Paideia Method of Family Health in the city of Campinas (SP) and the Oral Health model used in the Family Health Strategy in Curitiba (PR). A qualitative study was undertaken with data being obtained through focus groups. The data was analysed using the hermeneutic-dialectic method. Analysis indicators were employed which sought to evidence retrogression, stagnation or progress in oral health practices with effect from the implantation of the strategies referred to above. The indicators used were: i. Everyday changes in working practices; ii. Interdisciplinary approach; iii: Responsibility for registered territory; iv: Institutional investment in the qualification of human resources; v: Incorporation of health promotion practices; and vi: Ability of the teams to respond to health complaints referred by service users. The results demonstrate progress in user access to services, in the humanization of healthcare, in patient welcoming and in the bond between the health professional and the patient. The results relating to health promotion practices, territorialization, working in an interdisciplinary manner and team qualification indicate the need for technical and operational enhancement in both cities.

KEYWORDS: Family Health. Health Services Evaluation. Public Health Dentistry, Collective Oral Health.

INTRODUÇÃO

Investigar iniciativas baseadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tais como o “Método Paidéia” de Campinas e a “Saúde Bucal na ESF – Curitiba”, é tarefa oportuna. Ambas ecoam intensamente no espaço público das políticas de saúde brasileiras, particularmente na conjuntura sanitária pós Constituição de 1988. Por isso o debate sobre a ESF como política de reorientação da atenção básica em grandes centros urbanos mostra-se estimulante.

Enquanto o Método Paidéia agrega princípios da ESF à produção de sujeitos coletivos organizados para a ação singular em um grande centro urbano¹, a experiência de Curitiba acompanha doutrinariamente os princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, acrescidos de matizes do “modelo canadense”.

O eixo temático problematizado neste estudo elege a busca de indícios de mudanças das práticas em saúde bucal, após a implantação da ESF nas cidades referidas. Neste período, dinâmicas político-administrativas podem ter contribuído para o aprofundamento das transformações almejadas, ou tê-las desfigurado na sua essência propositiva original.

A primeira formulação programática odontológica no Brasil foi desenvolvida na década de 1950,¹² voltada exclusivamente para escolares fincou raízes por todo o Brasil. Desde então, passados vários anos e muitos “nomes odontológicos” decalcando práticas públicas de saúde bucal,²¹ presencia-se, no século XXI, o avanço de uma nova formulação teórico-prática, a Saúde Bucal Coletiva (SBC). Esta busca estabelecer coerência entre propósitos, métodos e organização, adotando as diretrizes que conduzem ao fortalecimento da saúde bucal no SUS. Em decorrência, assume como parte estruturante da atenção à saúde, a implementação progressiva e incluyente dos cuidados em saúde bucal.

Manfredini¹⁶ estabelece um paradoxo entre a expressiva demanda social por consultas odontológicas e a pequena confluência da sociedade em defesa da implantação de novos modos de atenção nesta área. Essa demanda popular reafirma a necessidade de estabelecer a saúde bucal como política pública no Brasil. Tomando de empréstimo título de Campos⁶ a SBC busca engajar-se à “Saúde Pública e a Defesa da Vida”. Defender a vida com generosidade implica olhar também para a saúde bucal das pessoas, num projeto societário em que sorrir e falar não traga o constrangimento e a dor experimentada pelos mutilados bucais.

A SBC procura desnudar condicionantes técnicos e histórico-sociais das doenças bucais, numa prática contextualizada e transformadora, que rompe com o mercantilismo odontológico hegemônico.²¹

No contexto das transformações pretendidas no âmbito do SUS, a ESF aportou para reorientar o modelo assistencial. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca a necessidade de ultrapassar limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil.³

Pesquisar o potencial das duas experiências para mudar as práticas de saúde bucal é tarefa instigante e foi o objetivo principal deste estudo, a partir de uma perspectiva dos próprios cirurgiões-dentistas que atuam nas mesmas e que participaram da pesquisa.

O Método Paidéia em Campinas

Até o ano 2000, os serviços de saúde bucal de Campinas eram organizados segundo a lógica dos programas tradicionais de saúde pública, com ênfase no atendimento à demanda. A baixa resolutividade das ações e um modelo de gestão burocratizado dificultavam o acesso dos cidadãos aos serviços no final da década de 1990.

O Método Paidéia de Saúde da Família surge para reorientar o modelo de práticas em saúde. A reforma buscou desenvolver a gestão compartilhada, com respeito ao saber técnico e popular, considerando os interesses de cada agrupamento e colocou em questão os objetivos institucionais, mas, sem paralisar a ação em defesa da vida.⁷ O conceito da clínica ampliada, centrada no sujeito, foi aprofundado na reforma. Diferencia-se da “*clínica degradada por desequilíbrios pronunciados de poder*”⁷ permeada por condutas profissionais alienadas, que atendem os casos de forma alheia às necessidades singulares dos pacientes. A clínica ampliada resgata valores essenciais à prática em saúde e à defesa da vida.⁷

A concretização do Paidéia aconteceu num intenso processo de qualificação e sensibilização de recursos humanos.^{1, 7, 9} A parceria com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) para a capacitação de gestores e profissionais da rede, aliada à determinação política do gestor foram aspectos decisivos para que os

trabalhadores explorassem novos saberes e se apropriassem das diretrizes do movimento reformista.*

A saúde bucal no Saúde da Família em Curitiba

Em 1979, Curitiba iniciou forte movimento de expansão das unidades básicas de Saúde (UBS). Nesse período, havia 10 unidades, onde atuavam 12 médicos, 54 agentes de saúde e 6 inspetores de saneamento. Também havia 21 dentistas atendendo exclusivamente em escolas.¹⁹

A expansão dos serviços de saúde em Curitiba ocorreu simultaneamente a um intenso processo reivindicatório por direitos de cidadania no Brasil, entre eles o direito à saúde, culminando com a Constituição de 1988 e a implementação do SUS. A partir de meados da década de 1980, a rede básica abre-se para o atendimento aos trabalhadores, incluindo o atendimento noturno em suas unidades. Na odontologia, inicia-se um intenso processo de reflexão e mudança do modelo de atenção aos escolares e à necessidade de acolhimento à população até então desassistida.

O Plano Municipal de Saúde de Curitiba traz como diretriz a implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS), que reforça a importância da base populacional, com vigilância à saúde nos territórios e particular cuidado às situações de fragilização social/familiar. Destaca-se a atenção às condições crônicas, buscando integrar diferentes serviços de saúde numa rede horizontal de pontos de atenção. Segundo Mendes,¹⁷ os SISS são sustentados por três pilares: a clínica baseada em evidências, a avaliação econômica e a avaliação crítica da incorporação tecnológica em saúde.

A saúde bucal, historicamente, acompanha o desenvolvimento das políticas públicas de saúde em Curitiba, seja ao nível de desenvolvimento do modelo de atenção, seja na incorporação de serviços. Assim, todas as unidades do Saúde da Família possuem equipes de saúde bucal e a maioria das unidades de saúde têm clínicas odontológicas.

* Informação pessoal obtida em entrevista gravada com **Marco Antonio Manfredini**, São Paulo [17. Abr. 2006].

Informações demográficas das duas cidades, estrutura de UBS, recursos humanos em SBC e CPO-d₁₂ (média de dentes permanentes atacados por cárie aos 12 anos) encontram-se na Tabela 1 (pg. 20).

Informações referentes a recursos financeiros (orçamento municipal próprio, oriundo de transferências intergovernamentais e destinados à saúde bucal) dos municípios em análise encontram-se na Tabela 2 (pg.21).

MÉTODOS

Realizou-se estudo qualitativo com obtenção de dados por meio de grupos focais (GF)¹⁵ e análise dos mesmos pelo método da hermenêutica-dialética proposto por Minayo.¹⁸

Os critérios para seleção dos participantes incluíam ser cirurgião-dentista, atuar na ESF no mínimo há três anos, sem distinção de gênero. A seleção dos participantes foi dirigida e intencional, buscando sujeitos que apresentassem maior experiência de atuação nos programas a fim de prover informações mais bem qualificadas.¹⁴

Os grupos focais foram divididos segundo a localização geográfica das UBS: regiões Norte, Sul, Leste e Oeste. Essa distribuição desconsiderou a organização político-administrativa dos municípios. As informações referentes à composição dos GF encontram-se na Tabela 3 (pg.22.)

A pesquisa atende aos requisitos da Declaração de Helsinki e Resolução CNS 196/1996, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-Curitiba (Ofício/Parecer 03/2006), com concordância da Secretaria Municipal da Saúde de Campinas. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes foram informados quanto aos objetivos, peculiaridades metodológicas e necessidade de gravação das intervenções. Para focalizar as discussões às variáveis pretendidas no estudo, foi utilizado roteiro de condução de GF.^{15, 18} A característica principal na condução dos GF foi o uso explícito da interação dos participantes para produzir dados e *insights* que não seriam acessíveis em processos não interativos.¹⁴

As sessões gravadas foram, posteriormente, transcritas integralmente pelo próprio pesquisador.

O tratamento dos dados partiu do pressuposto de que o pesquisador não deve corroborar juízos prévios de valor sobre o tema em estudo. A análise procurou fugir do que Bordieu, citado por Minayo¹⁸, denominou “ilusão da transparência”, uma tentativa de interpretação espontânea dos dados como se eles se mostrassem reais e completos ao pesquisador, à primeira mirada de superfície. Essa ilusão é tanto mais arriscada quanto mais o pesquisador for familiarizado com o objeto em estudo. As transcrições foram cotejadas intra e intergrupos procurando desvelar tendências de retrocesso, estagnação ou avanço das práticas em SBC. Os indicadores pesquisados, questões indutoras e estágio de desenvolvimento do modelo são apresentados na Tabela 4 (pg. 23). À página 48 encontra-se o detalhamento metodológico da pesquisa.

RESULTADOS

Existem condicionantes neste trabalho que devem ser explicitados. Os resultados são restritos aos grupos estudados por limitação metodológica. São estabelecidas, no máximo, tendências discursivas, não permitindo ajuizar inferência para todo o sistema de saúde dos municípios. Ainda, os resultados não representam consenso intergrupos, já que expressam percepções subjetivas indicando aspectos relevantes à ótica dos participantes. Como aspecto positivo, contudo, destaca-se o potencial dos participantes em aportar informações qualificadas e exprimir, explícita ou implicitamente, suas ‘verdades’ enquanto protagonistas das experiências analisadas.

A síntese dos resultados, coerente com o método utilizado e o processo analítico adotado pelo pesquisador, é apresentada na Tabela 5 (pg. 24).

Diferenciação da prática em saúde bucal coletiva

Os grupos estudados, em Campinas e Curitiba, mostram emergir um novo *modus-operandi* em SBC.

Em Campinas, o principal achado foi a redução das barreiras de acesso aos usuários. Os discursos sugerem que as equipes se mostram acessíveis e solidárias, situação contrária à vivenciada antes da implantação do Paidéia:

“Quando a gente começou esse novo modelo aqui em Campinas foi realmente uma explosão,[...] chegou uma hora que a gente queria dizer ‘ – Pára! ACS, não traz mais nada que não tem mais condição! ’. Esses problemas já estavam lá, eles não apareceram, eles foram vistos[...] depois que abriu a porta pra comunidade não tem mais como voltar atrás” (camp30).

Em Curitiba, a principal mudança evidenciada foi o fortalecimento do vínculo e a co-responsabilização pela saúde entre equipes e usuários.

“Uma coisa que marca muito, é que essa população é minha responsabilidade... Você vive o serviço de saúde e as pessoas que dependem dele. O meu compromisso com essa população é muito forte. Eu, nunca tive isso! É muito sério, às vezes eu fico preocupada com tanta responsabilidade” (ctba8).

Em Curitiba, a facilitação do acesso aos usuários também foi pronunciada:

“Eu acho que a gente tá mais aberto à comunidade. Antes, quando eu trabalhava na unidade básica a coisa era muito rígida, tudo tinha hora, hora do programa, hora do lanche, hora da triagem. Só quando o paciente aparecia ‘morrendo’ de dor é que a gente atendia; saía da rotina. Hoje é o contrário, tudo é mais flexível [...]” (ctba11).

O aprofundamento do vínculo foi igualmente destacado pelos GF em Campinas:

“As pessoas confiam e se preocupam com você. Esse é o lado mais gratificante da saúde pública, você fazer parte da vida de muitas pessoas, entendeu? Eu acho que essa parte do vínculo é o que me encanta” (camp26).

A humanização do cuidado foi outro fator de diferenciação evidenciado em Campinas:

“O paciente chegava 4 da manhã, ficava sentadinho, pegava a senha às 7 horas[...] às vezes ele ficava até as 15 horas. Depois desse sofrimento todo era só pra pedir um RX. Isso pra mim é uma coisa desumana. Era assim e ninguém questionava. Eu penso que o Paidéia melhorou bastante a humanização do atendimento” (camp19).

e Curitiba:

“A gente não resgata só problemas odontológicos, a gente resgata outras coisas que são fundamentais pra entender e tratar melhor. Acho que a ESF abre uma porta pra vida dessas famílias” (ctba17).

Outra mudança revelada foi a percepção de o usuário ser alguém, mais que um anônimo portador de queixas, um sujeito inserido em contexto social determinante de sua maior ou menor fragilidade às doenças.

“Eu acho que há uma visão epidemiológica do processo saúde-doença. Veja o caso da placa bacteriana, que é tão restrita. A gente sai do individual e enfoca outros determinantes deste problema, até as questões sociais e culturais envolvidas. Pra mim foi uma grande mudança. A gente passa a ver como aquele indivíduo vive, sua relação familiar, comunitária, e tudo isso relacionado com os problemas de saúde. Eu acho que a gente não isola mais a boca do corpo e o corpo do meio em que a pessoa vive” (ctba20).

Campinas demonstrou mudanças singulares em relação à realidade vivenciada antes da implantação do Paidéia em 2001. Por exemplo, a maior autonomia das ESB para o planejamento local, adequando o processo de trabalho das UBS às peculiaridades de cada comunidade:

“O Paidéia, deu muita autonomia para as equipes,[...] A gente tem autonomia de pensar e fazer de acordo com as necessidades do território” (camp1).

Foi perceptível, também, a tentativa de construção da autonomia dos sujeitos, princípio fundamental do Paidéia:

“Uma coisa eu acho muito importante quando a gente teve a mudança do modelo anterior pro Paidéia. Nossa prioridade foi trabalhar a autonomia do paciente, entendeu?” (camp26).

Quanto à priorização por grupos de risco, dando ênfase no cuidado aos mais vulneráveis, esta abordagem se manifesta na compreensão do sujeito diferenciado pelo contexto social:

“Eu acho que no PSF você tem que ver o que é aquela família no território. A gente tem que priorizar o que é mais grave dentro do que já é grave. A gente tem que ver as questões sociais e a cultura daquela população” (camp13).

Atuação interdisciplinar

Em Campinas e Curitiba, a integração clínica multidisciplinar no interior das equipes ficou evidente, contudo Curitiba demonstrou que, além do intercâmbio clínico, existe a interação entre sujeitos para intervir em determinantes sócio-ambientais do adoecimento a partir de estratégias comuns planejadas pelas equipes:

“Trabalho em equipe não é só integração social e encaminhamento clínico, é integração para o enfrentamento de casos e problemas priorizados” (ctba3).

No Paidéia, a inter-relação entre os saberes técnicos e o referenciamento recíproco de pacientes traduz avanço na assistência:

“Eu acho que a gente passou a ter mais trânsito, o pediatra olha a boca que ele não olhava, ele encaminha pacientes[...] Eu sempre brincava que a boca era o ‘buraco negro’ da saúde pública” (camp12).

Os GF não evidenciaram atuação interdisciplinar, conforme preconizado pelas estratégias municipais no espaço da idealização.

Atuação em base territorial

Os grupos demonstram denso embasamento conceitual sobre atuação em território adscrito. Na concretização, todavia, manifestam limitação operacional.

Em Campinas, o maior obstáculo para atuação territorializada é a demanda excessiva de intercorrências clínicas na UBS. Essa questão, aliada ao excessivo número de habitantes por equipe, torna inexequível o processo de delimitação e apropriação, com intervenção territorializada:

“É coerente você criar as equipes de referência, uma equipe de SF que é responsável por uma população que vive em um território dentro da área de abrangência da unidade. O problema é que essa população é exageradamente grande. O que acontece? A gente não consegue de fato se responsabilizar por ela,[...] por mais que queira mudar, fica muito centrado na demanda, na urgência, na fila” (camp15).

Curitiba, por sua vez, parece apresentar um processo de atuação territorial mais consolidado, ainda que incompleto:

“O que a gente tem que estar sempre vendo é a característica de cada uma das micro-áreas [...] Quem passa pela avenida pensa que tudo é igual. Não é não! Tem gente de maior e menor risco. A gente sempre fica atenta naqueles de maior risco. Os problemas ali são da pobreza, do modo de vida e do trabalho. A maioria vive da cata de material reciclável, então lá tem muito entulho, muito lixo, rato, doenças de pele, essas coisas. Tem também a questão das drogas, do álcool, da cocaína, do crack, que são um grande problema pra equipe” (ctba4).

Situação peculiar, encontrada em Campinas, relaciona-se à jornada de trabalho de vinte horas semanais de aproximadamente 60% dos profissionais, fator

que os direciona quase exclusivamente ao atendimento à demanda em seu curto período de permanência na UBS.

Educação permanente para o desenvolvimento da estratégia

A implantação do Paidéia exigiu considerável investimento em capacitações das equipes, para sensibilização e apropriação dos pressupostos do projeto. O processo foi incorporado como política de governo e não apenas oferta de treinamentos pontuais. Essa decisão parece ter sido estratégica na adesão das equipes à proposta de reforma:

“Eu acho que o momento ‘da virada’ na rede se deu por uma avalanche de questões, foi um governo novo que entrou; um secretário de saúde que capacitou a equipe de gestão e as equipes que estavam na assistência,[...] Isso fez da gente ‘cúmplice’ do projeto” (camp34).

Atualmente, é visível o arrefecimento do processo de qualificação das equipes para ampliação ou mesmo recuperação das conquistas obtidas no período anterior:

“Nós tivemos muitas capacitações, especialização em saúde pública pra muita gente. A gente tinha a previsão de continuidade do trabalho[...] O que eu estou sentindo, nesse momento, é que a gente não teve mais esse tipo de capacitação em Campinas.. Parou!” (camp31).

Em Curitiba, a implantação da ESF foi similar quanto ao investimento em parcerias institucionais para qualificação das equipes. São marcantes as parcerias com o Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição, de Porto Alegre, e com o Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto, Canadá.

Hoje, sob o olhar dos sujeitos pesquisados, as capacitações se mostram tímidas e de priorização discutível. Dinâmicas institucionais internas parecem não favorecer discussões aprofundadas e capacitações específicas para a ESF. Este é considerado um “nó-crítico” para a consolidação da estratégia:

“Se a gente ver, os treinamentos são mais técnicos. Na unidade são mais voltados aos programas. Uma coisa que eu acho que falta é capacitação em saúde coletiva pra toda a equipe. Em epidemiologia, planejamento, política de saúde[...] eu acho que quem trabalha no PSF tem que dominar essas coisas” (ctba7).

Promoção da Saúde

Evidenciou-se, de modo difuso entre os participantes, equívoco conceitual entre Promoção da Saúde (PS) e o estabelecimento de condutas preventivas para doenças bucais específicas:

“No serviço público você tem que agir no coletivo, tem que impactar um número grande de pessoas. Para isso, a solução ta na prevenção. Esse eu acho que é o nosso maior entrave na PS” (ctba15).

Aqueles que expressaram compreensão sobre a PS e sua relevância para a mudança do modelo revelam dificuldades operacionais de aplicação, seja pela falta de pessoal, baixa articulação extra-setorial ou pelo pouco tempo de permanência na UBS, entre outros:

“Eu acho que a promoção da saúde é um conceito muito abrangente, envolve desde o bom atendimento até a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Algumas coisas a gente tem como intervir, outras eu acho muito difícil. Eu acho que hoje está difícil até fazer uma clínica de boa qualidade porque a falta de material e pessoal leva a gente a atender só emergências o tempo todo” (camp13).

Atendimento às demandas dos usuários e capacidade resolutiva das equipes frente às mesmas

Registra-se avanço no acolhimento das demandas em Campinas, comparado ao existente antes da implantação do Paidéia. Em Curitiba, cogita-se melhor acolhimento nas unidades da ESF em relação às unidades que não desenvolvem a estratégia.

Nas duas cidades, perduram dificuldades em prover soluções para questões relacionadas à clínica. A baixa integralidade em SBC reflete-se na reduzida capacidade institucional em ofertar procedimentos de maior complexidade:

“Tem também a visão política do administrador. A gente fala em serviço de saúde e não para pra se dar conta que a gente oferece solução pra uma pequena parte das necessidades da população. Isso na saúde bucal. Se você realmente tem um gestor com visão de que saúde é direito você consegue trabalhar com o conceito da integralidade, da universalidade, do direito do cidadão, sabe? Eu acho que a gente oferece o ‘básico do básico’. Os problemas de média ou de maior complexidade não têm solução pelo governo. O usuário fica ‘ao Deus dará’. Que saúde bucal é essa?[...] Agora eu pergunto, na nossa cidade vocês acham que a população é atendida como realmente deveria ser?” (camp23).

E, ainda:

“[...] é assim, a gente fica oferecendo um ‘pacote básico’ de saúde bucal. É como dizer pros usuários: ‘Olha, é só isso que você tem direito, o resto é só pra quem pode pagar’” (camp11).

Ou, em Curitiba:

“Do ponto de vista clínico como é que a gente vai falar em integralidade. O paciente pode até fazer um transplante de medula, mas não pode fazer um RX periapical que custa R\$ 5,00? O paciente tem acesso a todos os exames e especialidades na área médica [...] e uma menina de 15 anos não pode fazer o canal do incisivo central?” (ctba8).

A inexistência de serviços distritalizados para pronto-atendimento 24 horas foi interpretada, nas duas cidades, como desrespeito aos direitos de cidadania. Ressalta-se que, em Campinas, esse serviço nunca existiu e, em Curitiba, os serviços próprios foram fechados em período recente.

DISCUSSÃO

A categoria analítica que buscou verificar a maior ou menor qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal demonstrou que ocorreram avanços importantes com a implantação das estratégias, tanto em Campinas como em Curitiba. Evidenciou-se que as mesmas contribuíram para o resgate de parcela da dívida da saúde bucal com o contingente de excluídos das ações e serviços de saúde ao proporcionar equipes menos burocratizadas e permeáveis ao atendimento da população sem barreiras e de forma facilitada.

Tal resgate, historicamente necessário, é aprofundado no relatório final da 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal,⁵ que aponta a situação execrável dos brasileiros: “A banalização da situação de exclusão social no Brasil dificulta a explicitação pública como questão política, da absurda falta de garantias de acesso à atenção em saúde bucal. Há que se denunciar, com indignação, essa enorme dificuldade de acesso”.

Melhor acesso dos usuários aos serviços é relevante. Moysés²⁰ demonstra a multiplicidade dos determinantes sociais e políticos de “privação” e “exclusão”. O autor oferece evidências que muitas doenças, inclusive bucais, acometem mais intensamente aqueles que são privados de acesso às políticas públicas, entre outros fatores.

Quanto à categoria analítica “vínculo”, interpretar indicadores intangíveis ligados ao mesmo, recolhidos à subjetividade pessoal, é tarefa complexa. Campos⁷ argumenta que as equipes de saúde, pelo vínculo, devem apoiar usuários para o desenvolvimento de sujeitos autônomos, do contrário se estabelece uma relação paternalista, tornando usuários dependentes e sem capacidade de mudar o contexto em que vivem. O vínculo, portanto, constitui um intrincado processo de ‘mão-dupla’, manifestando-se quando há relação de reciprocidade entre profissionais e pacientes. As duas experiências demonstram vinculação, tanto pelas equipes quanto pelas pessoas por elas acompanhadas.

Quanto às categorias analíticas “humanização e autonomia”, indicativos de rompimento com o tecnicismo e biologicismo foram reveladores. Isto possibilita desenclausurar os profissionais, permitindo-lhes maior contextualização dos complexos determinantes do processo de adoecimento.

Barata² apresenta múltiplas teorias epidemiológicas explicativas. No Modelo da Produção Social da Doença, contextualiza que este se filia ao materialismo histórico e dialético, utilizando modelos explicativos que explicitam determinantes políticos, econômicos e sociais de distribuição da saúde-doença.

Os GF de Campinas demonstram entendimento parcial do princípio proposto pelo Paidéia quando este propunha a “Construção da Autonomia dos Sujeitos”. Campos⁸ esclarece que o escopo do trabalho em saúde seria a produção da saúde e o desenvolvimento da capacidade de reflexão e ação autônoma dos sujeitos envolvidos no processo: *trabalhadores e usuários*; não só dos usuários “autônomos” como manifestados pelos sujeitos pesquisados.

A categoria analítica “interdisciplinaridade”, entendida como atitude interativa de múltiplos saberes frente à incapacidade individual de enfrentar problemas complexos, remete ao compartilhamento de estratégias pelas equipes para buscar soluções aos problemas apresentados por indivíduos e/ou coletivos. Nas duas experiências vivenciadas pelos sujeitos dos GF, pode-se considerar um alcance intermediário desta dimensão, que é do campo cognitivo, mas também valorativo, já que exige respeito à pluralidade de saberes. O conceito inclui a articulação clínica, mas deve envolver também intervenção sobre determinantes e condicionantes do processo saúde-enfermidade, algo não manifestado claramente nas experiências estudadas.

As equipes locais possuem governabilidade parcial de intervenção sobre a categoria analítica “território”. O território, espaço social em permanente construção, palco de iniquidades que devem ser objeto de atenção/ação das equipes, é um diferencial marcante na prática sanitária. Ali se visualiza a necessidade de co-responsabilização, vínculo e intervenção sobre condicionantes do processo saúde-doença. Dificuldades operacionais já demonstradas sugerem ampla discussão por gestores e técnicos para que o pressuposto da “territorialização” saia do campo das idéias e insira-se em prática concreta pelas ESF.

A categoria analítica “capacitação” mostrou-se problemática nas duas experiências estudadas, particularmente nos últimos anos. Analisar pela ótica dos gestores, politicamente pressionados pela crescente demanda assistencial, pode justificar, num primeiro momento, a dificuldade de retirar trabalhadores do serviço para processos de capacitação. Mas, do gestor que ambiciona a rede básica como instância resolutiva e porta de entrada qualificada ao sistema, espera-se investimento prioritário na capacitação dos trabalhadores, protagonistas do processo de mudança.²⁴

À luz dos achados, coloca-se importante o investimento em uma ressignificação ampla da categoria analítica “Promoção da Saúde”. Esta deveria estar incorporada como rotina na SBC, com substituição da clínica isolada para a clínica ampliada.¹¹ Watt²² ratifica que abordagens educacionais-preventivas isoladas têm efeito limitado e podem, por outro lado, acentuar desigualdades, isto é, são mais efetivas àqueles que menos necessitam.

Às equipes também pareceu necessária maior clareza para “traduzir” a PS em ações concretas em benefício da saúde e em defesa da vida. Promover saúde é estratégia que reorienta a atenção básica; entretanto, não transferir para a população a responsabilidade única pela sua saúde, em um processo de desobrigação estatal e culpabilização das vítimas, é essencial.²³

Finalmente, observando a categoria analítica “demandas”, confirma-se que saúde bucal é necessidade real sentida pela população brasileira. Campinas e Curitiba não constituem exceção. Manfredini¹⁶ apresenta dados consolidados do Orçamento Participativo da Cidade de São Paulo (2002), mostrando que a saúde bucal foi a segunda área mais solicitada pela população, superada apenas pela expansão do PSF. A saúde bucal foi priorizada em relação a outras especialidades

médicas como a saúde da mulher (11^a) ou do idoso (12^a), saúde da criança e do adolescente (19^a), saúde mental (20^a), e prevenção e combate às DST/AIDS (44^a). Aqui não se trata de valorar “relevâncias médicas”, trata-se de explicitar que a população brasileira quer do gestor público acesso aos serviços de saúde bucal.

Por fim, é necessário reafirmar que o exercício do direito à universalização do acesso à saúde bucal em todos os níveis de complexidade, se não é precário, ainda é condição minimamente conquistada nas duas cidades. Exige-se dos gestores locais, particularmente das coordenações municipais de saúde bucal, maior densidade no ‘jogo político’ do poder que define prioridades em políticas públicas.

Apesar das dificuldades apresentadas, é fato que as duas experiências trouxeram, à luz dos resultados, avanços importantes na qualificação do acesso, na humanização do cuidado, na integração da equipe frente aos problemas clínicos dos usuários, entre outros. Não são apenas modificações semânticas para manutenção de antigas práticas.

Sugere-se a continuidade de trabalhos na vertente aqui explorada, com o uso de outros desenhos de estudo, talvez incluindo a análise observacional, a avaliação dos usuários e o uso de indicadores quantitativos que melhor expressem dimensões da atenção aqui apresentadas qualitativamente.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 815-830.
2. Barata RB. Social epidemiology. *Rev. bras. epidemiol.* 8(1); 2005. pg. 7-17.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/Saúde da Família. 2004. [Acessado em 2007 Jan 02]. Disponível em URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#diretriz>
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Projeção da População do Brasil: 1980 – 2050. [Acessado em 2007 Fev 16]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/default.shtm
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social. Brasília; 2005. 148p. [Acessado em 2007 Fev16]. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf
6. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 1. ed. São Paulo: HUCITEC; 1991. p. 24.
7. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. 185 p.
8. Campos GWS, MINAYO MCS, AKERMAN M, DRUMOND JR M, CARVALHO YMS, org. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. 871 p.
9. CAMPINAS. Secretaria Municipal da Saúde. [Acessado em 2006 Dez 19]. Disponível em URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>
10. CAMPINAS. Secretaria Municipal da Saúde. [Acessado em 2007 Jan 31]. Disponível em URL: http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/dados/gestao_financ/audit_publica_2006.ppt
11. CASTRO A, MALO M. SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006. 222 p.
12. Chaves MM, Frenkel JM. Princípios Básicos para Organização de um Serviço Dentário Escolar. *Revista da FSESP*; 1952; 5(2): p. 469-484.

13. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. [Acessado em 2006 Nov 16]. Disponível em URL: <http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/relatorio.pdf>
14. Flick U. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. 2ª Ed. – Porto Alegre: Bookman; 2004. p. 83.
15. Gatti BA. Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro Editora; 2005. p. 7.
16. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *In*: Angelin DA (org). Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Ed. Santos; 2006. p. 43-73
17. Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. p. 71-154.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 299.
19. Moysés SM (coord). Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 15.
20. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev. Brasil. Odont. em Saúde Coletiva*, V. 1, n. 1; 2000. p. 7-17.
21. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Pública*, n. 40 (n.º esp.), 2006. pg. 141-147.
22. Watt RG. Introdução. *In*: Bönecker M, Sheihan A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas. São Paulo: Ed. Santos; 2004. p. 1-12.
23. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.35, n.1; 2007. p.1-11.
24. WHO/PAHO. *Report of the working group on PAHO in the 21st Century*. Washington, DC; 2005. p. 9-10.

Tabela 1 – Informações demográficas, estrutura da atenção básica, recursos humanos em SBC e CPO-d₁₂ em Campinas e Curitiba, 2007.

	População	Nº US ⁽¹⁾	Nº CO ⁽²⁾	ESB ⁽³⁾ no SF	CEO ⁽⁴⁾	RH Saúde Bucal	CD ⁽⁵⁾ SUS/ Hab	CPO-D ⁽⁶⁾ ₁₂
Campinas	1.059.420	49	49	61	1	254CD 132ACD ⁽⁷⁾ 20THD ⁽⁸⁾	1/4170	1,34
Curitiba	1.788.559	110	95	115	2	502CD 488ACD 182THD	1/3657	1,27

Fonte: Brasil-IBGE⁴ (2005); Campinas⁹ (2006); Curitiba¹³ (2006).

Nota explicativa: ⁽¹⁾ Unidades de saúde; ⁽²⁾Clínicas odontológicas; ⁽³⁾Equipes de Saúde Bucal; ⁽⁴⁾Centros de Especialidades Odontológicas; ⁽⁵⁾Cirurgião-dentista SUS por habitante; ⁽⁶⁾Média de dentes atacados por cárie dentária aos 12 anos; ⁽⁷⁾Auxiliar de consultório dentário; ⁽⁸⁾Técnico em higiene dental.

Tabela 2 – Relação entre orçamento municipal global, em saúde, origem e aplicação em saúde bucal em Campinas e Curitiba, 2006.

	Orçamento Municipal (R\$)	Aplicado em saúde (R\$ e %)	% recursos municipais próprios no FMS(*)	% recursos em saúde oriundos de transferências intergovernamentais	% do FMS aplicado em saúde bucal
Campinas	1.695.487.187	342.036.987, (30,3%)	64,0	36,0	4,97(**)
Curitiba	2.549.640.000	512.216.000, (20,2%)	30,8	69,1	NI(***)

Fonte: Campinas¹⁰ (2006); Curitiba¹³ (2006).

(*) Fundo Municipal de Saúde; (**) Incluídos os gastos com recursos humanos; (***) Não informado.

Tabela 3 – Informações sobre os grupos focais.

	Total de GF	Participantes	Duração média dos GF	Total de laudas transcritas
Campinas (SP)	4	34	2h17min	107
Curitiba (PR)	4	24	1h56min	95

Fonte: Trabalho pesquisa.

Tabela 4 – Indicadores, questões indutoras e desenvolvimento do modelo de saúde bucal. Curitiba, 2007.

Indicador	Questão Indutora	Estágio de desenvolvimento do modelo		
		Incipiente	Intermediário	Avançado
1. Mudança de práticas em saúde bucal coletiva	Diferença entre atuar em unidade convencional e no Paidéia/ESF?	Sem diferenciação	Indícios de mudança	Modelo reorientado às novas práticas em saúde bucal
2. Atuação interdisciplinar	Como é o trabalho em equipe em sua unidade?	Sem integração	Integração multidisciplinar (clínicas)	Integração interdisciplinar
3. Territorialização	Existe um território de atuação? Em que interfere?	Território burocrático e restritivo ao acesso	Território como processo social de intervenção, mas com limitação de acesso	Território como processo social de intervenção e sem limitação de acesso
4. Processo de capacitação ao novo modelo	A secretaria promove qualificação para o Paidéia/ESF?	Baixo investimento institucional	Razoável investimento institucional	Adequado investimento institucional
5. Utilização de Práticas Promotoras de Saúde	PS é importante para reorientar a atenção básica. Como você avalia?	Não entendimento do conceito e sua aplicabilidade	Entendimento do conceito, porém com dificuldade operacional de aplicação	Entendimento do conceito e busca de aplicação do mesmo à clínica e no território
6. Capacidade de resposta às demandas dos usuários	Qual a capacidade de resolução das queixas dos usuários?	Equipe não busca atendimento às queixas dos usuários	Equipe acolhe o usuário, recebe suas queixas, mas não possui condições de resolvê-las integralmente	Equipe acolhe o usuário, recebe suas queixas e tem condições de atendê-las com integralidade

Tabela 5 – Estágios de desenvolvimento do modelo a partir dos indicadores Pesquisados, 2007.

Indicador	Resultados – estágio de desenvolvimento	
	Campinas (SP)	Curitiba (PR)
1. Diferenciação da prática em saúde bucal		
1.1.Vínculo	Avançado	Avançado
1.2.Humanização	Avançado	Avançado
1.3.Acesso	Avançado	Avançado
1.4.Autonomia dos sujeitos	Avançado	Não relatado
1.5.Priorização por riscos	Avançado	Avançado
1.6.Planejamento local	Avançado	Avançado
2. Atuação interdisciplinar	Intermediário	Intermediário
3. Atuação em base territorial	Intermediário	Intermediário para avançado
4. Investimento institucional em capacitação para o modelo	Incipiente	Incipiente
5. Aplicação de práticas promocionais de saúde	Incipiente para Intermediário	Incipiente para Intermediário
6. Capacidade de resposta às necessidades dos usuários	Incipiente para Intermediário	Incipiente para Intermediário

Fonte: Resultados da pesquisa.

Oral Health in the Family Health Strategy: a change of practices or semantic diversionism?

Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Mudança de práticas ou diversionismo semântico?

Authors: Antonio Carlos Nascimento

Samuel Jorge Moysés

Pontifical Catholic University of Paraná
Postgraduate Programme
Master's Degree Course in Collective Dental Health
Rua Imaculada Conceição, 1155
Curitiba – Paraná, Brazil
80215-901

Corresponding Author:
Antonio Carlos Nascimento
Rua Campinas, 51 Ap. 4
Cabraal
Curitiba – Paraná
80035-220
antonioc@unicenp.edu.br

[Document based on a Master's Degree dissertation submitted to the Pontifical Catholic University of Paraná [February 2007]].

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study evaluates collective oral health practices, seeking to reveal, respectively, the potential for reorienting the care model used by the Paideia Method of Family Health in the city of Campinas (SP) and the Oral Health model used in the Family Health Strategy in Curitiba (PR). **METHODS:** A qualitative study was undertaken with data being obtained through focal groups. The data was analyzed using the hermeneutic-dialectic method. Analysis indicators were employed which sought to evidence retrogression, stagnation or progress in oral health practices with effect from the implantation of the strategies referred to above. The indicators used were: i. Everyday changes in working practices; ii. Interdisciplinary approach; iii: Responsibility for registered territory; iv: Institutional investment in the qualification of human resources; v: Incorporation of health promotion practices; and vi: Ability of the teams to respond to health complaints referred by service users. **RESULTS:** The results demonstrated progress in user access to services, in the humanization of healthcare, in patient welcoming and in the bond between the health professional and the patient. The results relating to health promotion practices, territorialization, working in an interdisciplinary manner and team qualification indicated the need for technical and operational enhancement in both cities. **CONCLUSIONS:** The two experiences have brought important advances in the qualification of access and the humanization of healthcare; thus, they are not merely semantic modifications used to maintain former practices. Nevertheless, the right to universal access to oral health at all levels of complexity is nothing more than a minimally achieved condition in the two cities. The local health service managers, especially the municipal oral health programme coordinators, must bring more weight to bear in the arena that defines public policy priorities.

KEYWORDS: Family Health. Health Services Evaluation. Public Health Dentistry. Collective Oral Health.

RESUMO

OBJETIVO: Este estudo avalia práticas de saúde bucal coletiva, buscando revelar o potencial para reorientação do modelo de atenção utilizado pelo Método Paidéia em Saúde da Família, na cidade de Campinas (SP) e a Estratégia de Saúde da Família em Curitiba (PR). **MÉTODOS:** Um estudo qualitativo foi realizado e os dados coletados por meio de grupos focais. Os dados foram analisados utilizando-se o método da hermenêutica-dialética. Indicadores analíticos foram empregados buscando evidenciar retrocesso, estagnação ou progresso nas práticas de saúde bucal que tiveram efeito a partir da implantação das estratégias em estudo. Os indicadores utilizados foram: i. Processo de trabalho; ii. Interdisciplinaridade; iii. Territorialização; iv. Qualificação dos trabalhadores; v. Promoção da Saúde; e vi. Resolutividade às demandas dos usuários. **RESULTADOS:** Os resultados demonstraram progresso no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes. Os resultados relativos às práticas de promoção de saúde, territorialização, abordagem interdisciplinar e qualificação das equipes indicaram a necessidade de avanços técnicos e operacionais nas duas cidades. **CONCLUSÕES:** As duas experiências apresentam importantes avanços na qualificação do acesso e na humanização dos cuidados em saúde; não podem ser consideradas simples modificações semânticas usadas para manter antigas práticas. Não obstante, o direito universal ao acesso em saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, mostrou-se deficiente nas duas cidades. Os gestores locais dos serviços de saúde, especialmente os coordenadores municipais de saúde bucal, devem atuar com maior peso político na arena que define prioridades em políticas públicas de saúde local.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família. Avaliação de Serviços de Saúde. Odontologia em Saúde Pública. Saúde Bucal Coletiva.

INTRODUCTION

Performing research on initiatives based on the Family Health Strategy (FHS), such as the “Paideia Method” used in Campinas and the “Oral Health in the FHS – Curitiba” initiative, is a relevant task. Both of them reverberate intensely in the arena of Brazilian public health policies, particularly in the health service scenario following the 1988 Constitution. The debate on the FHS as a policy for reorienting basic healthcare in large urban centers is necessary.

Whereas the Paideia Method adds FHS principles to the production of community individuals organized to act together in a large urban centre¹, the experience developed in Curitiba follows in a doctrinaire manner the principles established by the Brazilian Ministry of Health, with the addition of elements from the “Canadian model”¹⁹.

The principal thematic issue of this study is the quest for evidence of changes in oral health practices, following the implantation of the FHS in the two cities. It may be that political and administrative forces have contributed towards the expansion of the transformations desired, or may have disfigured them in relation to their original and essential proposal.

The first Brazilian programmatic dental policy was developed in the 1950s¹² and was directed exclusively towards schoolchildren, becoming enrooted throughout Brazil. From then on, with the passage of time and many “dental names” labeling public oral health policies,²¹ the advance of Collective Oral Health (COH) has finally been witnessed in the 21st century. CHO seeks to establish coherence between intentions, methods and organization, adopting the directives that lead to the strengthening of oral health within the Brazilian “Unique Health System”.

Manfredini¹⁶ establishes a paradox between the considerable social demand for dental care and the small amount of social mobilization in defense of the implantation of new care practices in this area. Borrowing the title of Campos’s publication,⁶ COH tries to engage itself in “Public Health and the Defense of Life”. Defending life with generosity implies taking into consideration people’s oral health, as part of a social project whereby smiling and speaking do not result in the embarrassment and pain experienced by the orally mutilated. COH exposes technical, historical and social conditioning factors, through contextualized and transforming practices that break away from hegemonic dental mercantilism.²¹

Within the context of the transformations intended within the Brazilian Health System, the FHS has contributed by reorienting the model of care. The responsibility for accompanying families makes it necessary to surpass classically defined limits regarding basic healthcare in Brazil.³

Researching the potential of the Campinas and Curitiba proposals to change oral health practices is an instigating task and it was the main aim of this study according to the dental surgeons' perspectives who usually acts in these health practices.

The Paideia Method in Campinas

Up until the year 2000, oral health services in Campinas were organized according to the traditional public health programs and with emphasis in the meeting of demands. Low resolutivity and a bureaucratic management model made the population's access to services difficult at the end of the 1990s.

The Paideia Method of Family Health arose to reorient the health practices model. The reform sought to develop shared management, with respect for both technical and popular knowledge, taking into consideration the interests of each cluster and bringing institutional objectives into question, although without paralyzing actions in defense of life.⁷ The concept of a broader clinical approach, centered on the human being, has been explored in more detail during the reform. It is different to "*clinical practice debased by pronounced power imbalances*",⁷ permeated with alienated professional procedures, which treat cases in a manner removed from the singular needs of the patients.

The definitive implementation of the Paideia Method took place within an intense process involving the qualification and awareness-raising of human resources.^{1,7,9} The partnership with the State University of Campinas (Unicamp) involving the capacity-building of health managers and professionals, allied with the political determination of the health service have been decisive aspects for health workers to explore new knowledge and incorporate the directives of the reformist movement.

Oral health in the Family Health Program in Curitiba

In 1979 Curitiba began to make considerable efforts to increase the number of Basic Health Centers. At that time there were 10 Centers, with 12 doctors, 54

health workers and 6 health inspectors. There were also 21 dentists who worked solely in schools.¹⁹

The expansion of Curitiba's health services occurred at the same time as an intense process involving the claiming of citizen's rights in Brazil, including the right to health, culminating in the 1988 Constitution and the implementation of the Unique Health System. With effect from the mid 1980s, the basic health network increased access to working class people by operating at night. With regard to dental services, an intense process of changes to the former model of care directed towards schoolchildren was begun, as well as the need to include the population so far without access to these services.

Curitiba's Municipal Health Plan had as its directive the implantation of the Integrated Health Service System (IHSS), reinforcing the importance of the population as its basis, with health surveillance in the territories and particular emphasis on situations of social/family fragility. The provision of healthcare for chronic conditions was highlighted, seeking to integrate various health services within a network. According to Mendes,¹⁷ the IHSS was based on three pillars: clinical care based on evidence, economic evaluation and critical evaluation of the incorporation of health technology.

Oral health, historically, has accompanied the development of public health policies in Curitiba, whether in the development of the healthcare model, or the quantitative incorporation of services. As such, all the Family Health Centers have oral health teams and the majority of the Basic Health Centers have dental clinics.

Some figures may help to visualize and compare the health systems in the two cities. For example, the demographic information, structure of the basic attention in COH, human resorts and *data on caries prevalence [DMF-T at 12 year]* are shown in the table 1. Also, referring information to the monetary health resources in the two cities are shown in the table 2.

METHODS

A qualitative study was undertaken with data being obtained by means of focal groups (FG)¹⁵ and analysis of the data was performed using the hermeneutic-dialectic method discussed by Minayo.¹⁸

The criteria for the selection of the participants included being a dental surgeon, having worked in the FHS for at least three years, regardless of gender.

The selection of the participants was directed and intentional, seeking subjects that had greater experience in working in the programs in order to obtain the most qualified information.¹⁴

The focal groups were divided according to the geographical location of the Basic Health Centers, namely: the North, South, East and West regions. This distribution disregarded the political and administrative organization of the municipalities. Information as to the composition of the FG is shown in table 3.

The study complies with the requirements of the Declaration of Helsinki and Resolution 196/1996 of the National Health Council, having been approved by the Research Ethics Committee of the Curitiba Health Department (Report No. 03/2006), and with the agreement of the Campinas Health Department. All the participants signed a Term of Freely Given Informed Consent.

The participants were informed as to the objectives, methodological peculiarities and the need to record the interventions. In order to focus the discussions on the variables proposed by the study, a sequence of points was used to conduct the FG.^{15, 18} The principal characteristic of conduction of the FG was the explicit use of the interaction of the participants in order to produce data and insights which it would not be possible to access through non-interactive processes. The recorded sessions were later transcribed in full by the researcher himself.

The handling of the data was based on the premise that the researcher should not allow prior value judgments to interfere with the matter being studied. The analysis sought to avoid what Bordieu, quoted by Minayo¹⁸, referred to as the "illusion of transparency", this being an attempt to spontaneously interpret the data as if it were true and complete at the researcher's first superficial glance. The risk of this illusion increases the more the researcher is familiar with the object being studied.

The transcriptions were compared within and between the groups with the aim of revealing trends towards retrogression, stagnation or progress of COH practices. The indicators studied, inductive questions and the stage of the development of the model are shown in table 4.

RESULTS

There are conditioning factors in this study that must be explained. The results are restricted to the groups studied according to methodological limitation. At

the most, discursive tendencies are established, but inferences as to the entire health system of the municipalities are not allowed to be judged. Furthermore, the results do not represent consensus between the groups, since they express subjective perceptions indicating aspects that are relevant from the point of view of the subjects. The participants' potential in providing qualified information and expressing, explicitly or implicitly, their 'truths' as protagonists of the experiences analyzed is highlighted as a positive aspect.

A synthesis of the results according to the method and also to the analytic process adopted by the investigator, is provided in table 5.

Differentiation in collective oral health practices

The groups studied in Campinas and Curitiba demonstrate that a new *modus operandi* in COH is emerging.

In Campinas the main finding was the reduction in obstacles to user access. The discourses suggest that teams show themselves to be accessible and understanding, which is the opposite to the situation existing prior to the implantation of the Paideia method:

"When we began this new model here in Campinas it really was as if a bomb had fallen,[...] there was a time when we wanted to say ' – Stop! Community Health Workers, don't bring anything else new, it's too much! '. These problems already existed, but they didn't appear, they only became visible [...] after the way was opened for the community to come in, and there's no turning back" (camp30).

In Curitiba, improved user access was also pronounced:

"I think we're more open to the community. Before, when I worked in the basic health centre things were very rigid, there was a right time for everything, a time for the program, a time for a break, a time for patient screening. We only strayed from the routine, to see to a patient, if they turned up 'dying' from pain. Today it's the opposite; everything is more flexible [...]" (ctba11).

The strengthening of the bond was equally emphasized by the FGs in Campinas:

"People trust you and care about you. This is the most gratifying part of the public health service, being part of many people's lives, do you understand? I think it's this part of the bond that captivates me" (camp26).

The humanization of healthcare was another factor of differentiation evidenced in Campinas:

“Patients would get here at 4 in the morning, would have to sit and wait until 7 o’clock when they got a ticket with the number of their turn on it [...] sometimes they would still be waiting to be seen at 3 in the afternoon. After all that suffering, all they needed was to be referred for an X-ray. I find that inhumane. That’s the way it was and nobody questioned it. I think the Paideia method has considerably improved the humanization of the service provided” (camp19).

And Curitiba:

“We don’t just come across dental problems; we come across other things that are fundamental to understanding and providing better treatment. I think the FHS opens a door to the lives of these families” (ctba17).

Another change revealed was the perception of the user being more than just an anonymous person with a health complaint, but rather as a subject located within a social context which determines the greater or lesser degree of his or her vulnerability to diseases.

“I think there’s an epidemiological view of the health-illness process. Take the case of bacterial plaque, which is so specific. We go beyond the individual and focus on other determining factors of this problem, even the social and cultural issues involved. For me it was a big change. We begin to see how an individual lives, his or her relation with the family and the community, and all this is related to health problems. I believe we no longer separate the mouth from the rest of the body, nor the body from the environment the person lives in” (ctba20).

Campinas demonstrated singular changes in relation to the reality experienced prior to the implantation of the Paideia method in 2001. For example, the greater autonomy of the Basic Health Center teams to undertake local planning, bringing the working process into line with the peculiarities of each community:

“The Paideia method gave the teams a lot of autonomy,[...] We have autonomy to think and act according to the needs in our territory” (camp1).

With regard to prioritization by risk groups, giving emphasis to the care of those who are most vulnerable, this approach manifests itself in the understanding of the subject made different by the social context:

“I think that with the Family Health Program you have to understand what a given family is in the territory. We have to prioritize what is most serious within what is already serious. We have to take into account the social and cultural issues in that population” (camp13).

Interdisciplinary approach

In Campinas and Curitiba the clinical interaction between teams is evident, although Curitiba demonstrated that, in addition to clinical exchange, there is also interaction between subjects in order to intervene in social and environmental determinants of becoming ill:

“Teamwork is not just social integration and clinical referral; it is integration in order to respond to prioritized cases and problems” (ctba3).

In the Paideia method the interrelation between technical knowledge and the reciprocal referencing of patients has brought progress in healthcare:

“I think we’ve got better access, now the pediatrician looks inside the mouth he didn’t use to look inside, he refers patients [...] I always used to joke that the mouth was the ‘black hole’ of public health” (camp12).

The FG did not evidence interdisciplinary working methods, as intended by the municipal strategies when they were idealized.

Working within a territorial base

The groups demonstrated deep conceptual knowledge about working within territories. In practical terms, however, they manifested operational limitations.

In Campinas, the greatest obstacle to working with territories is the excessive demand arising from clinical cases at the Basic Health Centers. This issue, linked to the excessive number of inhabitants per team, makes the process of delimiting and appropriating in order to achieve interventions within territories unfeasible:

“It is coherent to create reference teams, a Family Health team that is responsible for a population that lives in a territory within the catchment’s area of the health centers. The problem is that this population is just too big. What happens? We are unable to truly take on responsibility for it,[...] however much we want to change, everything ends up being centered on demand, the urgency, the queue” (camp15).

Curitiba, on the other hand, appears to have a more consolidated process of working within territories, although it is still incomplete:

“What we always have to be paying attention to is the characteristics of each of the micro-areas [...] Someone who just goes along the avenue thinks that it’s all the same. It’s not the same at all! There are people at greater and lesser risk. We’re always keeping an eye on those at greater risk. The problems there are poverty, the way of living and working. The majority live from collecting recyclable litter, so there’s a lot of litter piled up, a lot of rubbish,

rats, skin diseases, things like that. There's also the question of drugs, alcohol, cocaine, crack, which are a big problem for the team" (ctba4).

A singular situation found in Campinas relates to the twenty hour working week of approximately 60% of the dentists, which is a factor that results almost exclusively in dealing only with the demand during their short stay in the Basic Health Centers.

Permanent education for the development of the strategy

The implantation of the Paideia method required considerable investment in team training, in order to raise awareness and the appropriation of the project's premises. This decision appears to have been strategic in the teams adhering to the reform proposed:

"I think that the 'turning point' in the health service network happened because of a whole lot of issues, it was a new government that was taking up office; a health secretary who trained the management team and the healthcare teams,[...] This made us 'accomplices' of the project" (camp34).

Currently, there is a visible slowing down in the process in the qualification of the teams to expand or even recover the achievements obtained in the previous period:

"We had a lot of training courses, a lot of people became specialists in public health. We expected that this work would be continued [...] What I feel, at the moment, is that we haven't had any more training of this type in Campinas... It's stopped!" (camp31).

In Curitiba the implantation of the FHS was similar with regard to the investment in institutional partnerships to qualify the teams. There were clearly strong partnerships with the Community Health Service of the *Hospital Conceição*, in Porto Alegre, and with the Department of Family and Community Medicine of the University of Toronto, Canada.

Today, from the point of view of the subjects studied, the training courses show themselves to be timid and of questionable prioritization. Internal institutional processes appear not to favor more in-depth discussions and specific training courses for the FHS. This is regarded as a 'critical obstacle' to the consolidation of the strategy:

"If we stop to look, the training courses are more technical. In the health centers they're more directed towards the programs. I think there's a lack of training in collective health for

the whole team. Training in epidemiology, planning, health policies. [...] I think that someone who works in the Family Health Program has to understand these things” (ctba7).

Health Promotion

There was evidence, in a diffuse manner among the participants, of a conceptual misunderstanding between Health Promotion (HP) and the establishment of preventive procedures for specific oral diseases:

“In the public health service you have to act on the collectivity, you have to have an impact on a large number of people. The solution for this is in prevention. This is what I consider to be the biggest stumbling block for HP” (ctba15).

Those who expressed understanding about HP and its relevance for changing the model reveal operational difficulties in its application, whether because of the lack of staff, insufficient extra-sectorial articulation or the small amount of time spent in the Basic Health Centre, among others:

“I think that health promotion is a very far-reaching concept, it involves everything from providing a good service to improving the patients’ quality of life. There are some things we can intervene in, but others I think are more difficult. I think that today it’s even hard to provide good quality medical care because the lack of materials and staff means that we end up only seeing to emergencies” (camp13).

Meeting users’ demands and the teams’ ability to resolve them

Progress can be seen in the meeting of demands in Campinas, compared to what existed prior to the implantation of the Paideia method. In Curitiba, it is considered that the service is better in the FHS units when compared to the other units that have not developed the strategy.

In both cities there continue to be difficulties in providing solutions for matters relating to clinical care. Low COH integrality is reflected in the reduced institutional capacity to offer procedures of greater complexity:

“There is also the political viewpoint of the administrator. We talk about the health service and don’t stop to realize that we only offer a solution for a small part of the population’s needs. I’m talking about oral health. If you really have a health manager who thinks that health is a right, you are able to work with the concept of integrality, universality, the citizen’s rights, you know? I think we offer the ‘basic of the basic’. Problems of average or high complexity aren’t solved by the government. The user is ‘left in the lurch’. What sort of dental healthcare is this? [...] So I’d like to ask a question, in our city do you think the population is served as it really should be?” (camp23).

And, furthermore:

"[...] it's like this, we keep on offering a 'basic package' of oral health. It's like telling the users: 'Look, you've only got a right to this, the rest is for those who are able to pay' (camp11).

Or, in Curitiba:

"From the clinical point of view, how can we speak of integrality? A patient can even have a bone marrow transplant, but he can't have a periapical X-ray that costs R\$ 5.00? A patient has access to all the medical exams and specialties [...] but a 15 year old girl can't have root canal treatment of an incisor?" (ctba8).

The inexistence of district-level 24 hour emergency services was interpreted, in both cities, as disrespect towards civil rights. It should be emphasized that this service has never existed in Campinas and, in Curitiba, these services were recently closed down.

DISCUSSION

To discuss, initially, the analytical category of "access" in this study, it requires the recognition that important historical advances have taken place both in Campinas and in Curitiba. Everything points to it being possible to believe that the strategies implanted have contributed towards the recovery of part of the oral health debt owed to the contingent of those excluded from health actions and services.

This recovery, historically necessary, is dealt with in depth in the final report of the 3rd National Conference on Oral Health,⁵ which indicates the execrable situation faced by Brazilians: "The fact of social exclusion being so commonplace in Brazil makes it difficult to provide a public explanation as a political issue, of the absurd lack of guaranteed access to oral healthcare. This tremendous difficulty in access has to be denounced with indignation".

Improved user access to services is relevant. Moysés²⁰ demonstrates the multiplicity of the social and political determinants of "privation" and "exclusion". The author offers evidence that many diseases, including oral diseases, affect more intensely those who are deprived of access to public policies, among other factors.

With regard to the analytical category of the "bond", the interpretation of intangible indicators relating to it, in the light of personal subjectivity, is a complex task. Campos⁷ argues that the health teams, by means of this bond, should support users in developing as autonomous subjects, otherwise a paternalistic relationship

emerges, making users dependent and incapable of changing the context in which they live. The bond, therefore, is an intricate 'two-way' process, manifesting itself when there is a relationship of reciprocity between health professionals and patients. The experiences analyzed demonstrate bonding, both by the health teams and by the people they accompany.

In relation to the analytical categories of "humanization and autonomy", indications of a break away from technicism and biologicism were revealing. This has made possible that health professionals contextualize to a greater extent the complex determinants of the process of becoming ill. Barata² discusses the Model of the Social Production of Illness, showing that this model is linked to historical and dialectic materialism, by using explicative models that make political, economic and social determinants of health-illness explicit.

The focal groups held in Campinas demonstrate partial understanding of the principle proposed by the Paideia method with regard to the "Construction of the Autonomy of Subjects". Campos⁸ explains that the scope of health related work is the production of health and the development of the ability of the subjects involved in the process to reflect and act with autonomy.

The analytical category of "interdisciplinarity", understood as being an interactive attitude of multiple areas of knowledge in the face of the individual inability to respond to complex problems, refers to the teams sharing strategies in the quest for solutions to the problems presented individually and/or collectively. In the experiences presented by the two focal groups, it can be considered that there has been intermediate achievement of this dimension, which has both cognitive and also attributes values, since it requires respect for the plurality of knowledge. The concept includes clinical articulation, but must also involve intervention in determining and conditioning factors of the health-illness process, and this was not clearly manifested in the experiences studied.

The local teams have partial autonomy to intervene in the analytical category of "territory". The observation of the territory, which is a social space in permanent construction, is a pronounced differential in health service practice. In the territory one can visualize the need for co-responsibility, bonds and interventions with regard to conditioning factors of the health-illness process. Operational difficulties previously demonstrated suggest the need for far-reaching discussions by health

managers and technical staff so that the premise of “territorialization” stops being just an idea and becomes part of the practices of the FHS.

The analytical category of “training” aiming at capacity building showed itself to be problematical in both the experiences studied, particularly in recent years. Analysis from the point of view of the health managers, politically pressured by the growing demand for care, may justify, initially, the difficulty in removing health workers from their posts to take part in training processes. However, a health manager who aims for the basic health services to provide a solution and also to be a qualified way of entering the health system is expected to make priority investments in health worker training, as they are the protagonists of the process of change.

In the light of the findings, the importance of investing in the ample redefinition of the analytical category of “Health Promotion” can be seen.²² Health promotion should be incorporated as a routine practice in COH, replacing isolated clinical practice with amplified clinical practice.¹¹ Watt²³ ratifies that isolated educational-preventive approaches have a limited effect and can, on the contrary, accentuate inequalities. It also appeared to be necessary for the health teams to have greater clearness as to the meaning of Health Promotion, by translating it into concrete actions. It is essential not to transfer to the population the sole responsibility for its health, as part of a process that takes away the State’s obligation and blames the victims.²³

Finally, by observing the analytical category of “demands”, it can be confirmed that oral health is a real need of the Brazilian population. Campinas and Curitiba are not an exception. Manfredini¹⁶ presents consolidated data on the Participative Budget of the City of São Paulo (2002), demonstrating that oral health was the second most requested service by the population, surpassed only by the expansion of the Family Health Program. Here, it is not a case of attributing values of “medical relevancies”, but rather of explaining that the Brazilian population wants public health managers to provide access to oral health services. The local health service managers, especially the municipal oral health program coordinators, must bring more weight to bear in the ‘political articulations’ that define public policy priorities.

In the light of the results, the two experiences have brought important advances in the qualification of access, the humanization of healthcare, the

integration of the health team in providing responses to the users' clinical problems, among others. They are not merely semantic modifications used to maintain former practices. We suggest that further studies along the line of the research examined here be continued, using other study designs, perhaps including observational analysis, user evaluation and the use of quantitative indicators.

REFERENCES

1. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 815-830.
2. Barata RB. Social epidemiology. *Rev. bras. epidemiol.* 8(1); 2005. pg. 7-17.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/Saúde da Família. 2004; [Access in 2007 Jan 2]. Available in URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#diretriz>
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Projeção da População do Brasil: 1980 – 2050*; [Access in 2007 Feb 16]. Available in URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/default.shtm
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social. Brasília, 2005. 148p.; [Access in 2007 Feb 16]. Available in URL: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf
6. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991; p. 24.
7. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003; 185 p.
8. Campos GWS, MINAYO MCS, AKERMAN M, DRUMOND JR M, CARVALHO YMS, org. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. 871 p.
9. CAMPINAS. Secretaria Municipal da Saúde. [informação on-line]. 2006; [Access in 2006 Dec 19]. Available in URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>
10. CAMPINAS. Secretaria Municipal da Saúde. [informação on-line]; [Access in 2007 Jan 31]. Available in URL: http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/dados/gestao_financ/audit_publica_2006.ppt
11. CASTRO A, MALO M. SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006. 222 p.
12. Chaves MM, Frenkel JM. Princípios Básicos para Organização de um Serviço Dentário Escolar. *Rev. da FSESP.* 1952; 5(2): p. 469-484.
13. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Curitiba [informação on-line]; [Access in 2006 Nov 16]. Available in URL:

<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/relatorio.pdf> . Up to data archive periodically.

14. Flick U. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. 2ª Ed. – Porto Alegre: Bookman; 2004. p. 83.
15. Gatti BA. Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro Editora; 2005. p. 7.
16. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *In*: Angelin DA (org). Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Ed. Santos; 2006. p.43-73.
17. Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. p. 71-154.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 299.
19. Moysés SM (coord.). Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 15.
20. Moyses SJ, Moyses ST, McCarthy M, Sheiham A. Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to healthy cities policies in Curitiba, Brazil. *Health & Place* 2006;12(1):48-64.
21. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. saúde pública*. 40(special number); 2006. pg. 141-147.
22. Watt RG. Introdução. *In*: Bönecker M, Sheiham A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas. São Paulo: Ed. Santos; 2004. p. 1-12.
23. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community dent oral epidemiol*, v.35, n.1; 2007. p.1-11.

Table 1 – Demographic information, structure of COH, human resorts and DMF-T₁₂

	Population	Health Centre	Dental Clinics	Health Centres with FHS ⁽¹⁾	Dental Speciality Centres	Oral Health HR ⁽²⁾	NHS ⁽³⁾ Dental Surg./ Inhab.	DMF-T ₁₂ ⁽⁴⁾
Campinas	1,059,420	49	49	61 teams	1	254DS ⁽⁵⁾ 132DSA ⁽⁶⁾ 20DHT ⁽⁷⁾	1/4170	1.34
Curitiba	1,788,559	110	95	115 teams	2	502DS 488DSA 182DHT	1/3657	1.27

Source: Brasil-IBGE⁴ (2005); Campinas⁹ (2006); Curitiba¹³ (2006).

Explanation note: ⁽¹⁾Family Health Strategy; ⁽²⁾Human resources; ⁽³⁾National Health System; ⁽⁴⁾Permanent teeth average by caries the 12 years of age; ⁽⁵⁾Dental surgeons; ⁽⁶⁾Dental assistants; ⁽⁷⁾Dental hygienists.

Table 2 – Relation enters the total of resources in health, its origin and % applied in oral health in Campinas and Curitiba, 2006.

Municipal Budget (R\$)	Applied in healthcare (R\$ and %)	% Own resources in health	% Health resources from intergov. transfers	% of Municipal Health Fund applied to oral health
1,695,487,187	342,036,987 (30,3)	64.0	36.0	4,97(*)
2,549,640,000	515,216,000 (20,2)	30.8	69.1	N.I.(**)

Source: Municipal Finance and Health Departments of the municipalities of Campinas¹⁰ (2006) and Curitiba¹³ (2006).

(*) Budget in human resources including; (**) Not informed

Table 3 – Information on the focal groups in Campinas and Curitiba, 2007.

	Total FG	Participants	Average FG duration	Total number of pages transcribed
Campinas (SP)	4	34	2h17min	107
Curitiba (PR)	4	24	1h56min	95

Source: Results of the research.

Table 4 – Indicators, inductive questions and development of the oral health model. Curitiba, 2007.

Indicator	Inductive question	Model development stage		
		Incipient/ Undesirable	Intermediary	Advanced/ Desirable
1. Changes in collective oral health practices	Difference between working in a conventional health centre and the Paideia/FHS?	No difference	Indications of change	Model reoriented towards the new practices in oral health
2. Interdisciplinary work process	What is teamwork like in your health centre?	No integration at all	Multi-disciplinary integration (clinics)	Inter-disciplinary integration
3. Territorialization	Is there a working territory? How does it interfere?	Territory is bureaucratic and restricts access	Territory has a social process of intervention, but access is limited	Territory involves a social process of intervention and access is not restricted
4. Training process for the new model	The health department holds training courses for the Paideia/FHS models?	Low institutional investment	Reasonable institutional investment	Adequate institutional investment
5. Use of Health Promotion Practices	Health promotion as being important for reorienting basic healthcare. What is your evaluation?	Failure to understand the concept and its applicability	Understanding of the concept, but with operational difficulties as to its application	Understanding of the concept and efforts to apply it to clinical practice and in the territory
6. Ability to respond to user demands	What is the ability to resolve the health complaints of service users like?	Team does not seek to resolve the users' complaints	Team welcomes the user, receives his/her complaints, but is unable to resolve them fully	Team welcomes the user, receives his/her complaints and is able to resolve them integrally

Table 5 – Stages of model development. Curitiba, 2007.

Indicator	Results – stage of development	
	Campinas (SP)	Curitiba (PR)
1. Differentiation in COH		
1.7. Bond	Advanced	Advanced
1.8. Humanization	Advanced	Advanced
1.9. Access	Advanced	Advanced
1.10. Autonomy of the subjects	Advanced	Not related
1.11. Prioritization by risks	Advanced	Advanced
1.12. Local planning	Advanced	Advanced
2. interdisciplinary work Processes	Intermediary	Intermediary
3. Working in a territorial base	Intermediary	Intermediary to Advanced
4. Institutional development in training for the model	Incipient	Incipient
5. Application of health promotion practices	Incipient to Intermediary	Incipient to Intermediary
6. Ability to respond to user needs	Incipient to Intermediary	Incipient to Intermediary

Source: Results of the research.

ANEXO 1. DETALHAMENTO METODOLÓGICO

O presente apêndice objetiva maior detalhamento do método de coleta e tratamento dos dados da pesquisa de forma a possibilitar a adequada reprodução da mesma.

Realizou-se estudo qualitativo com exploração de dados através de grupos focais e tratamento dos mesmos pelo método da hermenêutica-dialética.

O desenho de estudo qualitativo, mesmo assumindo sua incapacidade em dar respostas conclusivas ao objeto do estudo, assume sua importância pelo rigor metodológico empregado e pelo entendimento da também insuficiência dos métodos quantitativos, que buscam “contabilizar” a vida exclusivamente em números obtidos por fórmulas bioestatísticas, muitas vezes menosprezando informações vitais que podem ser obtidas por atores sociais envolvidos no processo. Não se quer sobrevalorizar um método em relação a outro, trata-se de estabelecer o caráter complementar de ambos quando cotejados em múltiplos estudos.

O critério empregado para seleção dos participantes foi ser cirurgião-dentista que atua no Paidéia/ESF no mínimo há três anos, sem distinção de gênero e de forma não aleatória, isto é, houve escolha dirigida e intencional buscando sujeitos que apresentassem maior experiência de atuação na estratégia a fim de prover informações mais bem qualificadas.

A constituição dos grupos focais por amostra intencional ocorreu de maneira a selecionar profissionais que tivessem amplitude de experiência sobre o objeto de análise. Os participantes foram convidados através de carta do pesquisador em Curitiba e pelo Coordenador de Saúde Bucal em Campinas.

No início dos trabalhos, todos os participantes, separados em grupos distintos e em suas respectivas datas e horários, foram informados quanto aos objetivos do trabalho, peculiaridades metodológicas e a necessidade de gravação eletrônica das intervenções.

A todos os participantes foi solicitada a leitura, preenchimento e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi garantido o anonimato na hipótese de utilização impressa das falas transcritas dos participantes quando tornada pública a pesquisa.

As intervenções em cada grupo focal foram transcritas *ipsis-literis* compondo uma base de dados para tratamento, análise e desenvolvimento da pesquisa.

Para focalizar as discussões às variáveis pretendidas no estudo foi utilizado um roteiro de condução do GF.

Foram constituídos oito grupos, quatro em cada cidade, cada um composto por no mínimo 6 e no máximo 12 pessoas. Os grupos foram divididos segundo a localização geográfica das UBS: regiões Norte, Sul, Leste e Oeste. Esta distribuição não considerou a organização político-administrativa dos municípios. No total foram 58 participantes, sendo 34 em Campinas e 24 em Curitiba.

O GF é um conjunto selecionado de pessoas reunidas por pesquisadores para debater um tema que é objeto de pesquisa, a partir de suas experiências pessoais. A característica principal do grupo focal é o uso explícito da interação dos participantes para produzir dados e *insights* que não seriam acessíveis em processos não interativos.

A condução do grupo exhibe peculiaridades importantes. Não se trata de entrevista em grupo e não deve existir qualquer tipo de direcionamento por parte do moderador, mas o GF não pode ser conduzido de forma não diretiva absoluta, um tipo de "*laissez-faire*".

A base teórico-metodológica de análise das transcrições utilizando a hermenêutica-dialética teve a preocupação de que o autor não corroborasse seu juízo prévio sobre o tema em análise.

A hermenêutica ocupa-se da arte de compreender textos, permitindo chegar a um entendimento nunca completo sobre o mesmo ou acerca das subjetividades nele implícitas.

A dialética, também denominada Maiêutica, ou “parto de idéias”, busca a compreensão pela condução de discursos produzindo uma representação verbal correta sobre um tema em pauta.

A análise das transcrições procurou fugir da “ilusão da transparência”, tentativa espontânea de interpretação de dados como se eles se mostrassem reais ao pesquisador; essa ilusão é tanto mais perigosa quanto mais o pesquisador se acha familiarizado com o objeto em análise.

O desenvolvimento metodológico de análise textual seguiu as seguintes etapas:

1. Exploração dos dados através da técnica de investigação por grupos focais;
2. Ordenação das transcrições (releitura e separação temática por indicadores/objetos da pesquisa);
3. Classificação das falas (leitura horizontal das transcrições ordenadas e leitura transversal, agrupando-as em subconjuntos dentro de um mesmo indicador de análise);
4. Refinamento das transcrições, resgatando temas mais relevantes e que indiquem aspectos preditivos acerca da prática em saúde bucal;
5. Análise final das principais ponderações e tratamento teórico-conceitual das mesmas.

Cuidados necessários foram tomados para que os participantes não tivessem conhecimento prévio das questões a serem debatidas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS Curitiba e pelo Secretário Municipal da Saúde de Campinas, uma vez que não existe o CEP na instituição.

As transcrições foram cotejadas intra e intergrupos a fim de desvelar tendência de retrocesso, estagnação ou mudança das práticas em saúde bucal nos municípios.

ANEXO 2. APÊNDICE: DETALHAMENTO ACERCA DAS EXPERIÊNCIAS EM ESTUDO

O município de Campinas desenvolveu, como em outras cidades brasileiras, um modelo de atenção em saúde peculiar àqueles que estavam à frente do processo de gestão da cidade e de sua população, mas, muitas vezes interrompido por reorientações político-partidárias (CERÁVOLO, 2006).

À gestão 2001-2004, a clínica toma relevância singular na organização das práticas em saúde, contrapondo-se a modelos organizacionais que a colocam em plano secundário e destacam estratégias de educação comunitária em saúde e a prevenção de problemas específicos. Ressalte-se que a relevância da clínica não significa redução biologicista e exclusão de outros modelos explicativos e de enfrentamento do processo de adoecimento. Campinas, naquele momento, tem importância particular por, de um lado entender e estimular processos de intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e, por outro lado, ressignificar positivamente a importância da clínica nas práticas de saúde coletiva.

Campos (2006a), ao analisar os fatores universais intervenientes no processo saúde-doença demonstra que tanto a saúde quanto a doença são dependentes de condições socioeconômicas, mas não somente delas. Várias escolas estudam o que se denominou “determinação social do processo saúde-doença”. A medicina social latino-americana e a saúde coletiva brasileira adotam uma perspectiva mais crítica do que a escola da promoção da saúde originária do mundo anglo-saxão. A produção de serviços e ações de saúde deve levar em consideração os determinantes políticos da medicina social latino-americana, a crítica ao modelo biomédico e a intervenção em fatores sociais e biológicos da saúde coletiva brasileira, bem como nas teorias sistêmicas de intervenção sobre estilos de vida, integração intersetorial, entre outros, abordados pelo modelo da promoção da saúde.

Na década de 1990, o Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde da Unicamp (LAPA), coordenado pelo Professor Gastão Wagner de Souza Campos (CERÁVOLO, 2006), desenvolveu o arcabouço conceitual do

paradigma “Em Defesa da Vida”. Esse modelo, dentre outras características, concebe a necessidade de politização da atuação de gestores e trabalhadores da saúde, argumentando sua incapacidade de reorientação das práticas sanitárias exclusivamente no campo da técnica ou da “argumentação humanística”.

“A orientação dos serviços de saúde pelas necessidades epidemiológicas, demandas pessoais, satisfação de usuários e trabalhadores e o reconhecimento de subjetividades existentes” (CAMPINAS, 2003) é explicitada no modelo emergente.

A concepção “Em Defesa da Vida” reafirma os conceitos de vínculo, acesso e responsabilização como essenciais para a superação dos problemas de saúde, seja para o usuário enquanto depositário do adequado direito aos cuidados em saúde, seja para as instituições e seu corpo técnico e dirigente, credores públicos do estabelecimento de práticas em saúde solidárias, resolutivas e que impactem favoravelmente a saúde de indivíduos e coletividades.

A condução, em 1991, de profissionais e pesquisadores responsáveis pelo arcabouço teórico do Modelo “Em Defesa da Vida” para a gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Campinas estabelece condições para o seu aprofundamento conceitual e posterior implantação do Método “Paidéia” de Saúde da Família.

Dar significado apropriado à concepção da teoria e do método “Paidéia”, este último concebido por Campos (2003) é tarefa de natureza complexa. O autor reúne conceitos do período Socrático e acrescenta-os aos conhecimentos das ciências sociais e da saúde para compor um novo arranjo de práticas em saúde produzindo, assim, um amálgama denominado Método Paidéia de Saúde da Família.

A teoria “Paidéia” remonta à democracia ateniense na Grécia antiga, aproximadamente 600 a.C., que se fundamentava em três conceitos: a democracia propriamente dita, o direito e a formação integral do ser humano; este último, elemento essencial para o exercício do direito e da democracia enquanto cidadão (CAMPOS, 2003. pg.16). Em sua origem, Paidéia remete, então, à formação continuada do ser humano na busca idealizada do ser integral.

Se o objetivo principal da educação era a formação do indivíduo, a partir do século V a.C., exige-se algo mais. Além de formar o homem, a educação deveria ainda desenvolver o cidadão. A antiga educação, baseada na astrologia, na álgebra, na ginástica, na música e na gramática deixa de ser suficiente.²

É então que o ideal educativo grego aparece como *Paidéia*, formação geral que tem por tarefa construir o homem como pessoa e como cidadão. Platão define *Paidéia* como sendo "(...) a essência de toda a verdadeira educação ou *Paidéia* é a que dá ao homem o desejo e a ânsia de se tornar um cidadão perfeito e o ensina a mandar e a obedecer, tendo a justiça como fundamento”.

No campo da saúde coletiva, pode-se inferir à prática da educação em saúde clássica, que atua de forma positivista, biologicista e comportamentalista, como um conceito reducionista de *Paidéia*. A concepção de *Paidéia* pretende impregnar o sujeito não só de conhecimento e de ciência, mas de autoconhecimento e autodeterminação.

No campo da saúde pública, o Método *Paidéia* constitui uma “constelação” de saberes que agrega conceitos advindos de sua origem na antiga Grécia, além de, contemporaneamente, conceitos da psicanálise, da clínica tradicional, da clínica do “sujeito” ou clínica ampliada, da determinação social das doenças e das ciências políticas. Procura reorientar as práticas em saúde, destacando os modelos de atenção, o biomédico e o da determinação social das doenças, entre outros, mas classificando-os como insuficientes para organizar e ofertar de forma adequada as ações e serviços de saúde à população. O Método *Paidéia* destaca que todos os modelos são importantes e contribuintes para um novo modelo explicativo e para uma nova prática em saúde, todavia são insuficientes do ponto de vista epistemológico quando analisados de forma isolada (FIOCRUZ, 2006).

O Método *Paidéia* de fazer saúde volta o olhar para os sujeitos de forma prioritária, pretende que se construa a capacidade de análise e co-gestão de suas

² Conceito de *Paidéia* a partir da Disciplina de História e Filosofia da Educação, da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Disponível em web-site pessoal Prof^a. Olga Pombo: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/momentos/escola/paideia/conceitodepaideia.htm>

próprias vidas e de suas relações em sociedade, oportuniza aos mesmos lidar com as limitações impostas pelo contexto social (CAMPOS, 2003. pg. 70).

Ressalta-se a necessidade de diferenciar teoria e método Paidéia. A teoria Paidéia refere-se à concepção ateniense de formação/educação para o ser integral, crítico e reflexivo, capacitado a viver democraticamente na *polis*. O método Paidéia unifica diversos saberes à teoria pedagógica. Em saúde, o método implica no apoio à pessoa na tentativa de transformá-la em sujeito, sem o exagero de tentar formar um “sujeito epistêmico” como definido por Testa (1997 *apud* CAMPOS, 2006b, p. 55), mas um sujeito crítico e reflexivo em relação à sua vida e à sua saúde. Isso pode se dar no âmbito das relações sociais, na escola, na família, no trabalho e, na perspectiva do Método Paidéia, durante a produção das ações de saúde. Aqui haveria a interação entre dois sujeitos, o sujeito apoiador, que é o profissional da saúde (médico, dentista, agente comunitário, entre outros) e o sujeito cidadão e usuário do serviço de saúde.

A efervescência de idéias e propostas trazidas pela equipe gestora a partir do ano de 2001 contrasta ideologicamente com o modelo de atenção em saúde desenvolvido pela instituição até aquele momento.

A baixa resolutividade das ações e serviços de saúde, aliada a um modelo de gestão burocratizado dificultavam o acesso aos serviços de saúde no final da década de 1990.

Até o ano 2000, a rede básica era organizada em programas tradicionais de saúde pública: gestantes, puericultura, hipertensos, diabéticos, entre outros. O atendimento à demanda espontânea ocupava importante espaço da agenda das equipes de saúde dentro de um modelo de atendimento baseado na “queixa/condução”,³ impessoal e pouco resolutivo.

Os serviços de saúde bucal não tinham orientação diferente da área médica, eram baseados no atendimento a escolares e às intercorrências clínicas, também dentro da lógica da “queixa-condução”, pouco resolutiva e sem estabelecimento de

³ “queixa-condução” refere-se à assistência por profissional de saúde preocupado exclusivamente em atender a demanda (queixa) do paciente com o estabelecimento de condutas protocolares. A concepção infere também ao desinteresse pelo paciente enquanto ser integral.

vínculo com usuários, famílias ou com a comunidade. Até o ano 2000 ainda existiam profissionais atuando exclusivamente em escolas para crianças de 7 a 14 anos.

Em 2001, iniciou-se a implantação do Método Paidéia de Saúde da Família. Seu objetivo foi reorientar o modelo de gestão e práticas em saúde. O movimento de reforma almeja “desenvolver a gestão compartilhada, com respeito ao saber técnico e popular, considerando os interesses de cada agrupamento e coloca em questão os objetivos institucionais, mas, sem paralisar a ação em defesa da vida” (CAMPOS, 2003. pg. 46). O Paidéia incorpora e amplia princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e do modelo “Em Defesa da Vida”.

O Método Paidéia de Saúde da Família é pautado por diretrizes fundamentais que foram apresentadas e aprovadas pelo Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde em março de 2001. O método explicita o que pretende da atuação dos trabalhadores da saúde em Campinas a partir dos seguintes conceitos (CERÁVOLO, 2006):

FOCO: A produção da saúde como atributo do ser humano, não há, portanto, como produzir saúde desconsiderando os sujeitos concretos envolvidos neste processo.

MISSÃO – Enfrentar os problemas de saúde através da longitudinalização do cuidado, de forma particularizada para cada usuário-cidadão e com adscrição de clientela em base territorial, priorizando a atenção aos sujeitos sadios, em risco de adoecer ou doentes, por meio da clínica ampliada na UBS e, se necessário, no próprio domicílio, além da ênfase em estratégias promocionais de saúde.

ORGANIZAÇÃO – Baseada em “especialistas gerais” – clínicos, pediatras e gineco-obstetras, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, profissionais da saúde mental entre outros. O serviço é organizado em equipes multiprofissionais de referência que se responsabilizam por um número determinado de habitantes no território.

RESPONSABILIDADES – Atuação intersetorial, controle social, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos, sejam eles profissionais ou usuários. Garantia de acesso através da eliminação de barreiras que dificultem ao usuário usufruir o direito de cuidado em saúde; vínculo personalizado através do estabelecimento de relação de co-responsabilidade pela saúde que é construída pela confiança e atendimento às necessidades sentidas e responsabilização através da resolutividade da atenção na UBS ou, quando necessário, pelo encaminhamento dos casos aos serviços de maior complexidade.

Especial cuidado é dado ao conceito da clínica ampliada, ou clínica do sujeito na tentativa de concretização da mesma no cotidiano dos serviços de saúde (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006).

“A medicina imagina a existência de uma clínica única, de uma clínica totalizante: a clínica científica e ética. No entanto, trata-se de pura declaração ideológica, talvez assentada na preocupação de vender a imagem de uma instituição racional e humana” (CAMPOS, 2003, p. 58). A clínica é distinta por ideologias impregnadas nos sujeitos que as praticam ou naqueles que as reproduzem ou ensinam. Para o autor, existem clínicas distintas, destacam-se três: a Clínica Oficial (a “Clínica-Clínica,”), a Clínica Degradada e a Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito).

O conceito de clínica ampliada, centrada no sujeito, é aprofundado no processo de reforma. Diferencia-se da “clínica degradada por desequilíbrios pronunciados de poder” permeada por condutas profissionais alienadas, que atendem os casos de forma alheia às necessidades singulares dos pacientes (CAMPOS, 2003. pg. 60). A clínica ampliada se anuncia no resgate de valores essenciais à prática em saúde e à defesa da vida.

Os conceitos, princípios e objetivos do Paidéia estavam consistentemente formulados no início da gestão, em 2001. Desafio considerável ainda se anunciava: a apropriação desses conceitos pela população, pelos trabalhadores e gestores da rede, bem como pensar estratégias de manutenção de eventuais conquistas frente à possibilidade de um processo de ruptura ou descontinuidade político-partidária na administração da cidade ou da Secretaria Municipal da Saúde.

A consolidação do Paidéia aconteceu num intenso processo de qualificação e sensibilização de recursos humanos. Parcerias com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), PUC Campinas e Organizações não Governamentais qualificou gestores e profissionais da rede. O investimento na capacitação para a nova prática, aliado à determinação política do gestor foram aspectos decisivos para que os trabalhadores explorassem novos saberes e se apropriassem das diretrizes do movimento reformista.

Campinas, no ano de 2000, não contava com equipes na ESF. Ao final da gestão que implantou o Paidéia, havia 135 equipes. A odontologia no município, em dezembro de 2006, possuía 64 equipes de saúde bucal (ESB) no Paidéia - Saúde da Família, entre qualificadas e implantadas, nas modalidades I (dentista e auxiliar de consultório dentário (ACD)) e II (dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental (THD)). A cobertura populacional estimada era de 37,9% da população (BRASIL, 2007). Eram mais de 200 dentistas atendendo à população.

Os investimentos financeiros em saúde foram incrementados, de R\$ 188,2 milhões em 2000 para R\$ 295,1 milhões em 2004. Do total de recursos aplicados em saúde no município naquele ano, 63,1% eram oriundos do tesouro municipal. Em 2004, ao final da gestão que implantou o Paidéia, a destinação de recursos próprios do município em saúde manteve-se quase inalterada em 63,5%. Na atual gestão, ano base 2005, foram aplicados R\$ 342.036 milhões, sendo 64% oriundos do tesouro municipal e 36% oriundos de repasses intergovernamentais, principalmente da União (CAMPINAS, 2006). Fica evidente que o incremento de recursos financeiros, a partir de 2002, ocorreu principalmente por transferências intergovernamentais automáticas, em especial da União. Situação peculiar também é o expressivo percentual de recursos próprios municipais aplicados em saúde, realidade distinta da maioria dos municípios brasileiros.

A Cidade de Curitiba, que já estruturava seu sistema municipal de saúde, ainda de forma incipiente, desde a década de 1960, passa, a partir de 1979, por um forte movimento de expansão das UBS (GEVAERD & GUGISCH, 2002).

Até a década de 1980 os serviços médicos e de enfermagem organizavam-se, prioritariamente, em programas profiláticos voltados à puericultura, à gestante,

entre outros. Além da atuação programática a grupos específicos, os serviços de saúde apresentavam rotinas de atendimento que priorizavam a demanda auto-referida pelos pacientes.

Os serviços odontológicos, à época, seguiam no mesmo plano operativo de priorização à demanda espontânea e restrito a escolares entre 07 e 12 anos. Ao restante da população: crianças menores de 07 anos, jovens e adultos, restava a quase completa desassistência aos seus problemas bucais.

A partir da década de 1980, a rede de atenção primária, inclusive na área odontológica, abriu-se para o atendimento aos trabalhadores, incluindo, para estes, o atendimento noturno até 21 horas em suas unidades.

Na odontologia, é intenso o processo de reflexão para a mudança do modelo de atenção exclusivo aos escolares pela necessidade de acolhimento da maioria da população, até então desassistida. Para tal não era suficiente a ampliação de horários de atendimento e expansão da rede. Havia grande pressão social para que ocorressem mudanças no modelo de gestão e reorientação das práticas buscando a melhoria de acesso dos usuários. À população só se poderia esperar que reivindicasse, minimamente, ter suas queixas atendidas de forma desburocratizada e sem barreiras, de forma clinicamente adequada e no menor espaço de tempo possível.

A busca do melhor acesso e qualificação da atenção faz inserir na equipe de saúde bucal os ACD'S e THD's, fator de desmonopolização do exercício da odontologia. Essa incorporação de auxiliares e técnicos exigiu esforço institucional para que, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde / Colégio Caetano Munhoz da Rocha fossem formados, entre 1989 e 1991, 150 THD's (MOYSÉS, S.T. *et al.*, 2002). No que se refere à incorporação tecnológica, a expansão da rede de serviços de saúde bucal consolidou a utilização de clínicas modulares e equipamentos simplificados.

Apesar do processo de expansão da atenção básica, a rede de serviços passava de 10 centros de saúde ao final da década de 1970 para 57 no ano de 1990, 34 destes com clínicas odontológicas (MOYSÉS, S.T. *et al.*, 2002), a

despeito, também, do processo de trabalho em equipe com a incorporação dos THD's e ACD's, "novos vícios" são introduzidos nos serviços e, já no início da década de 1990, verifica-se que as equipes odontológicas consumiam grande parte do seu tempo clínico em consultas de manutenção, principalmente voltadas às crianças, a grande maioria sem necessidade de intervenção. A proporção aproximada de 30% de vagas para pacientes novos e 70% para pacientes em manutenção, fazia com que fosse praticamente impossível ao usuário conseguir atendimento inicial no serviço de saúde bucal da SMS Curitiba (MOYSÉS & GEVAERD, 2002).

A situação contrariava parte dos técnicos da saúde bucal, especialmente aqueles comprometidos com a saúde coletiva, gestores da SMS, administração municipal, movimentos sociais (Conselhos e Comissões Locais de Saúde) e, de forma lastimável, ao usuário que perseverava ser um "novo doente" da equipe odontológica e não conseguia.

A equipe de gestão municipal em Curitiba iniciava, já no início dos anos 1990, um novo processo de reorientação do modelo de atenção, inclusive em saúde bucal. O mote "Saúde é Mudança", amplamente divulgado à época parecia tomar conta das equipes locais. O processo de intensas mudanças desalojava os reacionários e inquietava positivamente aqueles que acreditavam, como acreditava Fernando Pessoa, que *"Navegar é preciso; viver não é preciso. Quero para mim o espírito [d]esta frase, transformada a forma para a casar como eu sou: Viver não é necessário; o que é necessário é criar..."*.

No campo da formação de recursos humanos para a mudança das práticas de saúde bucal, é relevante a realização do Curso de Especialização em Odontologia Social e Preventiva, desenvolvido pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) em parceria com as Secretarias Municipal da Saúde de Curitiba e de Estado da Saúde do Paraná. O curso formou, entre 1990 e 1996, 140 especialistas em suas sete turmas (MOYSÉS, S.T. *et al.*, 2002), trazendo ao corpo de profissionais da SMS uma nova capacidade reflexiva e operacional em saúde bucal coletiva que certamente angariou dividendos ao serviço e aos usuários em curto e médio prazo.

Ao final de 1992 a SMS Curitiba promove as Oficinas de Territorialização e Planejamento Local envolvendo a totalidade das equipes de saúde, processo que provocou intensa apropriação da realidade social e epidemiológica dos territórios das UBS, reflexão sobre a determinação social das doenças, mapeamento de riscos/vulnerabilidades e organização da demanda espontânea e ações programáticas para problemas priorizados.

Em 1995, a compreensão de que o processo de mudança do modelo de atenção é dependente, entre outros fatores, da qualificação administrativa e gerencial de seus quadros dirigentes, a SMS inicia o Projeto de Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (GERUS), desenvolvido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde. O processo se deu em Curitiba em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Todos os gestores de UBS's, denominados Autoridades Sanitárias Locais (ASL), foram formados e receberam título de Especialista em Saúde Coletiva, com Ênfase em Gestão de Unidades Básicas de Saúde (BERTUSSI *et al.*, 1996).

Outra questão que merecia atenção do gestor local referia-se ao processo de acolhimento e humanização nos serviços próprios da SMS. As relações interpessoais em saúde, na esfera da equipe com os usuários, não raramente são “endurecidas” e pouco acolhedoras. Barreiras de acesso são criadas e o processo de desumanização da atenção ficava evidente.

Em 1998, iniciou-se a elaboração de proposta para reorganizar o processo de trabalho, mudando o cotidiano das unidades em favor de uma prática mais solidária, que possibilitasse o acesso dos cidadãos aos serviços. Esse processo orienta o Programa “Acolhimento Solidário” (CURITIBA, 1998).

O “Acolhimento Solidário” busca delinear todos os projetos e programas da SMS. Tem como propósito a abertura dos serviços para a demanda, viabilizando o acesso, humanizando o atendimento e buscando a satisfação do usuário.

A proposta de humanização esboçada pelo “Acolhimento Solidário” é pautada por três objetivos gerais (CURITIBA, 1998):

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, viabilizando o acesso, oferecendo uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética;
- Reorganizar o processo de trabalho, revertendo a lógica da oferta e da demanda, através da priorização da clientela de risco, diminuindo as desigualdades, respeitando as necessidades dos diferentes indivíduos ou grupos populacionais.
- Qualificar a relação profissional-usuário, propiciando o respeito, a solidariedade e o vínculo.

O processo de capacitação, territorialização, planejamento local e humanização do cuidado na rede de serviços da SMS Curitiba carecia complementação quanto à organização do sistema em seus diversos níveis de complexidade.

Atualmente o Plano Municipal de Saúde de Curitiba traz como diretriz a implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS), que reforça a importância da base populacional, com vigilância à saúde nos territórios, e particular cuidado às situações de fragilização social/familiar. Destaca-se a atenção às condições crônicas, buscando integrar diferentes serviços de saúde numa rede horizontal de pontos de atenção. Essa integração deve permitir “atenção à saúde ofertada no lugar certo, no tempo certo, com a qualidade certa e com o custo certo”.⁴

Os SISS constituem arcabouço contemporâneo de organização dos sistemas de saúde. Colocam-se em contraposição aos sistemas fragmentados caracterizados pela descontinuidade da atenção, hegemonia da alta complexidade, ausência de integração dos diferentes níveis de atenção, pontos de atenção em saúde desconectados e ausência de processo de responsabilização territorial (MENDES, 2001).

Os três pilares de sustentação dos SISS, de acordo com Mendes (2001) são: a clínica qualificada e baseada na melhor evidência para decisão de condutas; a avaliação econômica, justificada pela finitude de recursos aliada à crescente

⁴ Inf. oral: Eugênio Vilaça Mendes. Oficina para gestores da SMS/Curitiba, 2001.

demanda assistencial: a infinitude da demanda; e, finalmente, pela avaliação crítica da incorporação tecnológica em saúde.

Buscando coerência à necessidade de reorientação da atenção básica em saúde, maior resolutividade da assistência e satisfação de usuários e trabalhadores da rede Curitiba encontra na ESF possibilidade de potencializar as mudanças necessárias.

O processo de implantação da ESF em Curitiba, no início dos anos 1990, se deu com o início de troca de experiências entre o Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição, de Porto Alegre, à época ligado ao Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra e com a SMS de Niterói (RJ), que recebia assessoramento de técnicos do Ministério da Saúde de Cuba.

A implantação do Saúde da Família (SF) em Curitiba aconteceu em 1992, a partir de projeto piloto em uma unidade de saúde do município visando operacionalizar conceitos da medicina familiar, desde o início traduzida para “saúde familiar”, pois já contava, e assim continua até hoje, com equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentista, ACD's e THD's. Apesar de despertar interesse de técnicos e gestores não se pode dizer que a ESF se constituía em política de governo para a área da saúde naquele período.

Em 1994, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba firmou convênio de cooperação técnica e científica com o Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto. O processo de parceria, que também contou com a participação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, chega a desenvolver curso de extensão em saúde da família e qualifica aproximadamente 30 profissionais.

O processo de adesão do município de Curitiba ao Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, em 1995, se dá com a implantação de 15 equipes médicas e de enfermagem em 05 unidades de saúde. As equipes de saúde bucal acompanharam o processo, mas, como a regulamentação da odontologia na ESF deu-se apenas em dezembro de 2000, as diretrizes de atuação em odontologia foram dadas pela própria instituição em um amplo processo de debates e reflexões.

A proposta de inserção da ESF na SMS Curitiba admite que a mesma

“faz parte da estratégia de construção de um novo modelo assistencial. Consolida e aprimora o SUS em seus princípios e diretrizes e busca a integração e qualidade do cuidado em saúde” (ROMANÓ JR., 1999).

A SMS explicita aos profissionais e à sociedade as principais características operacionais da ESF em Curitiba, dentre outras, destacam-se:

- a atenção integral, contínua e humanizada, e a vigilância à saúde precedendo à doença;
- dar conhecimento aos cidadãos do conceito de saúde-doença como essencial para a qualidade de vida;
- promover a família, em enfoque comunitário, como núcleo central de abordagem das equipes;
- prestar atendimento básico de forma integral em saúde à família e a cada um de seus integrantes, diferenciando-os segundo condições de vulnerabilidade às enfermidades;
- prestar atenção integral de forma longitudinalizada na UBS e, quando necessário, no nível domiciliar;
- proporcionar cuidados em saúde em nível populacional de acordo com as diretrizes da política municipal de saúde não descartando a oportunidade de desenvolvimento de ações privilegiadas pelo planejamento local;
- construção contínua do acolhimento e atendimento humanizado pela equipe de saúde local;
- ampliar a cobertura assistencial e melhorar a qualidade da atenção;
- promover o desenvolvimento dos profissionais através de processos continuados de atualização; e, finalmente,
- incentivar a participação da sociedade organizada nos serviços locais de saúde através do controle social.

Anexo 3. APÊNDICE: **DETALHAMENTO DOS INDICADORES DE PESQUISA**

1. MUDANÇA DAS PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL

Dentre as principais mudanças almeçadas no cotidiano das práticas em saúde bucal estão aquelas que demonstram reflexos diretos na melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal e na extensão das mesmas à maioria da população até agora excluída dos serviços públicos de saúde. A reorientação das práticas em SBC, determinada pela implantação de um novo modelo de atenção, necessita resgatar parcela da dívida do setor com a grande maioria da população brasileira, completamente desassistida em suas necessidades bucais ou, não raramente, atendida de forma pontual, esporádica (BRASIL/IBGE, 2000) e por serviços de qualidade questionável do pronto de vista humano e técnico.

A qualificação do acesso pela redução de barreiras aos usuários dos serviços, o aumento da resolutividade clínica das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, a humanização no cuidado e o aprofundamento do vínculo entre profissionais/equipes e usuários, o desenvolvimento de práticas promocionais de saúde, de forma articulada e interdisciplinar, bem como a integralidade das ações são mudanças esperadas em estratégias que se propõem à reorientação da atenção básica como a ESF.

Estratégias de reorientação da atenção básica, com foco particular nas ações de saúde bucal, devem construir novas práticas de saúde que sejam coerentes e intrinsecamente articuladas com os princípios e diretrizes do SUS. Mudanças de prática que sejam positivamente concretas e percebidas pelos cidadãos-usuários do SUS em seu dia-a-dia.

2. ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR

A interdisciplinaridade constitui-se em um campo polissêmico e adquire particular relevância nas ciências da saúde a partir da institucionalização, no início do século XX, da compartimentalização do conhecimento e divisão de poderes especializados que leva a prática médica a uma situação de quase absoluta autonomia (BATISTA, 2006).

Pombo (2005) classifica a interdisciplinaridade como uma palavra “agreste” e que faz parte de uma família de quatro palavras mais ou menos equivalentes: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade cujas fronteiras não são bem estabelecidas.

Por trás de todas está a mesma raiz, a palavra “disciplina”. Disciplinas que se pretendem juntar (multi e pluridisciplinaridade), ou disciplinas que se pretendem articular, pôr em inter-relação (interdisciplinaridade), e finalmente, a ultrapassagem daquilo que é da própria disciplina (transdisciplinaridade). A partir dos conceitos expostos pela autora podemos antever que inter e transdisciplinaridade transcendem a noção de multi e de pluridisciplinaridade.

A multi, trans, inter e pluridisciplinaridade podem ser classificadas em níveis de tentativa para romper o caráter estanque das disciplinas (em nosso caso, do conhecimento em saúde). O primeiro nível da multidisciplinaridade é o da justaposição, as disciplinas estão juntas, mas não se tocam, não interagem. No segundo nível, da pluridisciplinaridade, as disciplinas se comunicam umas com as outras, se confrontam e estabelecem um nível de interação de maior ou menor intensidade. No terceiro nível, a transdisciplinaridade, as disciplinas ultrapassam barreiras que as afastavam, fundem-se em uma só coisa que as transcende quando isoladas. O sufixo inter, de interdisciplinaridade, designa um espaço intercalar entre a simples justaposição isolada do conhecimento e a fusão integral dos mesmos (POMBO, 2005).

Pressuposto essencial à prática da interdisciplinaridade encontra-se na dependência da abertura para o conhecimento do próximo e abertura para ofertar o conhecimento ao próximo. Revela-se na interdisciplinaridade a vontade de compartilhar em contraposição à tendência hegemônica de apoderar-se do saber como propriedade de uso particular, seja o apoderamento individual ou de uma determinada profissão.

A perspectiva adotada neste estudo é a da interdisciplinaridade enquanto um processo avançado em relação à simples justaposição de diversas áreas do conhecimento em saúde. Trata-se de um nível de interação entre os diversos profissionais da equipe de saúde que, sabedores da limitação intrínseca de cada um

para enfrentar os complexos determinantes do processo saúde-doença, se comunicam e estabelecem um nível de profundidade interativa para o estabelecimento de objetivos comuns: o apoio de indivíduos fragilizados em seus problemas de saúde e a busca de soluções para problemas enfrentados por comunidades de risco.

3. TERRITORIALIZAÇÃO

A ESF, introduzida como política de reorientação da atenção básica no Brasil é orientada, segundo o gestor federal (BRASIL, 2004b), por diretrizes que incluem o trabalho em equipe multiprofissional, a integralidade da atenção, o desenvolvimento de práticas promocionais de saúde e, de forma particular, o cadastramento da população e atuação sobre a mesma em um território adscrito.

O território como base operativa em sistemas de saúde constitui elemento fundante para a mudança das práticas sanitárias. A adscrição e atuação em base territorial pelas equipes de saúde mostram-se essenciais para a construção do vínculo entre equipe/população, responsabilização epidemiológica pelo conjunto de pessoas adscritas no território de cada equipe, bem como o para o planejamento e a programação em saúde voltada aos problemas priorizados nesse espaço de vida compartilhada e heterogêneo segundo as condições de vida, adoecimento e morte.

A compreensão conceitual sobre o processo de territorialização é fundamental às equipes que atuam em saúde da família, pois, é nesse espaço em permanente construção que a mesma vai estabelecer sua base operativa prioritária, sem, contudo, organizar o mesmo como barreira de acesso às intercorrências clínicas, urgências e emergências àqueles que não habitam em seu interior. Essa concepção, do território enquanto espaço de oferta exclusiva de ações e serviços de saúde àqueles que nele residem, além de pouco solidário, confronta o direito constitucional de acesso universalizado à saúde por todos os cidadãos.

É necessário, portanto, precisar melhor o conceito de território. Segundo Mendes (1993) “existem pelo menos duas correntes de pensamento que apreendem de forma distinta a questão do território”. A primeira corrente toma o território enquanto espaço geográfico, o mesmo é completo, acabado. Este, pelas equipes de

saúde é tratado de forma puramente burocrática. A segunda toma o território enquanto processo social em permanente construção e transcende à concepção topográfico-burocrática. O entendimento ampliado leva a equipe de saúde à interação e à profunda compreensão das iniquidades presentes no espaço social do território.

O território, enquanto processo social em construção e reconstrução permanente é palco de mudanças contínuas, de estilos de vida diferenciados, de vulnerabilidades distintas e, sendo assim, com realidades diferenciadas em relação ao processo saúde-doença. Esse território, base de atuação em saúde da família, deve ser palco de atuação permanente por parte das equipes e, segundo Mendes (1993), “deve ser esquadrihado de modo a desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações singularizadas”.

4. PROCESSO DE CAPACITAÇÃO PARA O NOVO MODELO

A ESF, não obstante ser considerada política prioritária de reorientação da atenção básica em saúde por gestores de todas as instâncias de governo não tem recebido valoração equivalente para capacitação daqueles que são, de fato, protagonistas do processo de mudança, os trabalhadores da saúde. Essa constatação é preocupação referida pela NOB/RH/SUS (BRASIL, 2002) e pela II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (BRASIL, 1993).

Reorganizar modelos de atenção em saúde e desenvolver recursos humanos para a condução da mudança junto à sociedade são processos que não podem ser discutidos de forma apartada (GIL, 2005), são processos interdependentes e de maior relevância sob pena de se frustrar a consolidação da ESF.

A ESF, ao ser apresentada pelo Ministério da Saúde, é pautada por princípios e diretrizes que condicionam investimentos prévios no nível municipal, particularmente na qualificação dos profissionais que irão desenvolver a mesma em seus territórios operativos.

Em que pese a valorização oferecida ao especialista, seja pela universidade, *interna-corporis* às próprias categorias profissionais, como também pela própria população é fato que "... os médicos [dentistas, enfermeiros e outros] de atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde" (STARFIELD, 2002, p. 52-3 *apud* GIL, 2005).

O profissional de saúde bucal coletiva carece de formação adequada, seja no núcleo específico de atuação, buscando maior resolutividade da atenção, seja no domínio da epidemiologia, do planejamento, da atuação interdisciplinar, entre outras exigências peculiares a um campo vasto e repleto de exigências, necessita, portanto, de investimento na formação e capacitação específica à sua condição de "especialista em problemas mais prevalentes".

Profissionais de saúde bucal capazes de compreender os complexos determinantes do processo saúde-doença desenvolverão potencial de propor condutas mais adequadas de intervenção sobre os mesmos, ainda que, muitas vezes, de forma parcial. Profissionais de saúde bucal capacitados para a clínica resolutiva, baseada em evidências sustentáveis e "encorpada" pelas singularidades do sujeito que recebe o cuidado, poderão resolver, de forma adequada, grande parte dos problemas que aportam à UBS cotidianamente.

O grande desafio para os gestores municipais do SUS, no que diz respeito aos recursos humanos para os sistemas locais de saúde, está na constatação de que grande parte dos profissionais de saúde necessários ao SUS, ou a estratégias específicas como a ESF, não são os que saem das universidades, residências ou especializações. Eles não estão "disponíveis" no mercado, devem ser capacitados e qualificados para a transformação positiva do modelo de atenção.

Segundo McWhinney (1994) o profissional de saúde da família deve ter capacitação para o exercício de alguns princípios fundamentais em sua prática:

- i. O profissional de saúde da família é comprometido com a pessoa [com indivíduos, famílias e comunidades];
- ii. O profissional de saúde da família compreende o contexto dos problemas de saúde de seus pacientes ou de sua comunidade, para isso necessita ver de fora os problemas e suas variáveis, mas sem deixar de estar inserido neles;
- iii: o profissional de saúde da família investe na educação e promoção da saúde em cada contato com seu paciente;
- iv: o profissional de saúde da família diferencia sua população segundo critérios de risco e ou vulnerabilidade às doenças;
- v: o profissional de saúde da família acompanha sua população na clínica [UBS], no domicílio ou no hospital;
- vi: o profissional de saúde da família valoriza os aspectos subjetivos da prática em saúde, não restringindo sua atuação a comportamentos estritamente objetivos e positivistas; e, finalmente,
- vii: o profissional de saúde da família é gestor dos recursos públicos e deve dar o melhor tratamento aos mesmos quando toma suas decisões clínicas, sejam procedimentos, exames complementares, encaminhamentos especializados, internações ou terapias.

Esse profissional, não comumente encontrado em clínicas, consultórios, hospitais, sejam eles públicos ou privados não é “produto acabado” no Brasil, ele deve ser “transformado” em serviço, de modo a atuar de acordo com as necessidades de cada município ou comunidade distinta.

5. UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS PROMOCIONAIS DE SAÚDE

Ao questionar o modelo biomédico e sua ineficácia frente aos complexos determinantes do processo saúde-doença a proposta de implantação de estratégias promocionais de saúde traz para si a possibilidade de preenchimento de um vazio deixado pelo modelo curativo-reparador, investindo no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e que ultrapassam de forma evidente o campo de atuação específica do setor saúde (BUSS & RAMOS, 2000).

Estimulado pela Organização Mundial da Saúde, o ideário da promoção da saúde tem influenciado as práticas de educação/formação de recursos humanos

para o setor (HILLS, 2000). O impacto do novo conceito é também importante no desenho e desenvolvimento dos modelos de prática em saúde. Exemplo disto são as discussões e reformulação de práticas advindas da proposta de Vigilância à Saúde nas décadas de 1980 e 1990 (MENDES, 1993 *apud* CARVALHO, 2004) e a própria ESF no Brasil.

O Relatório Lalonde, – “*A New Perspective for Health of Canadian*” (CANADA, 1974) pode ser considerado o alvorecer do Modelo de Promoção da Saúde.

As bases do Relatório Lalonde, apresentado ao Governo Canadense, são a melhoria da qualidade de vida da população a partir do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Tais políticas levam em consideração não apenas a melhoria da qualidade e estrutura dos serviços assistenciais de saúde, mas, de forma não menos importante, o maior impacto sobre os determinantes “ambientais” e de estilos de vida relacionados ao processo saúde-enfermidade.

O Relatório Lalonde propõe a reestruturação de políticas públicas, inclusive na área da saúde, de forma que estas impactem de quatro maneiras distintas sobre o cotidiano de indivíduos e coletividades: i. Na organização dos serviços de saúde em si; ii. Nas ações sobre o ambiente; iv. Na mudança dos estilos de vida prejudiciais à saúde e estímulo ao “comportamento saudável”, e, finalmente, v. Na biologia, em relação à genética e à função humanas.

Estudos conduzidos a partir da década de 1990 concluíram que a abordagem proposta no Relatório Lalonde apresentava reflexos variáveis sobre as condições de vida e saúde da população. Haveria um impacto mais favorável em populações pertencentes aos estratos sociais elevados ou médios e, de forma contraditória, impactos reduzidos ou mesmo desfavoráveis naqueles grupos pertencentes às camadas mais pobres da população (HYNDMANN, 1998).

Publicações revisadas por Carvalho (2004) e trabalhos de Labonte & Penfold (1981) e Labonte (1993) demonstram que este fenômeno – o melhor impacto sobre estratos populacionais mais favorecidos – é objeto de inúmeros estudos que apontam certo grau de debilidade do modelo explicativo da promoção da saúde. A incorporação residual e secundária de fatores como classe social, etnia, gênero e a

excessiva ênfase em interpretações de cunho "*behaviorista*" ou comportamental são as principais críticas do modelo da promoção da saúde clássica. Deriva daqui o conceito de "culpabilização das vítimas" (*blaming the victims*) no qual grupos populacionais mais vulneráveis e à margem do desenvolvimento são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de seu controle ou governabilidade (CRAWFORD, 1977).

Watt (2004), seguindo a mesma crítica ao modelo, ratifica que abordagens educacionais isoladas têm efeito limitado e podem, por outro lado, acentuar desigualdades, isto é, são mais efetivas àqueles que menos necessitam.

A crítica ao modelo explicativo da promoção da saúde clássica deve ser aliada ao entendimento de que para comunidades ou indivíduos terem saúde é necessário retomar as condições de equidade, entendida aqui como sendo a justiça social e a melhor condição de acesso a bens e serviços de forma igualitária. Que essas pessoas possam fazer das escolhas saudáveis a opção mais simples; a criação de ambientes sustentáveis; a reorientação dos serviços e ações de saúde; o desenvolvimento das capacidades individuais e o fortalecimento das ações comunitárias é a base da chamada Nova Promoção da Saúde. (WHO, 1984).

A importância do estabelecimento de políticas públicas que impactem positivamente as condições de saúde é corroborada na Carta de Bangkok (WHO, 2005), que apresenta ações, compromissos e garantias requeridos para atingir os determinantes de saúde no mundo globalizado por meio da Promoção da Saúde.

6. CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS DEMANDAS DOS USUÁRIOS

Os princípios da equidade, participação social, atuação interdisciplinar em base territorializada, desenvolvimento de estratégias promocionais de saúde, qualificação de recursos humanos e resolutividade da atenção são elementos essenciais para a concretização da mudança do modelo de atenção em saúde bucal a partir da Estratégia de Saúde da Família.

No momento em que a ESF encontra-se implantada em 80% dos municípios brasileiros com menos de 5.000 habitantes e em praticamente 100% dos municípios com mais de 100.000 habitantes (BRASIL, 2007) a oferta de serviços ampliada

resulta em transferência de responsabilidades para as equipes da atenção básica (OPAS, 2003). Essa transferência de responsabilidades, seja no âmbito da gestão ou do provimento de ações e serviços de saúde, não tem sido acompanhada de adequada estruturação da rede de serviços para, entre outros fatores, ampliar a resolutividade das ações pelas equipes locais ou por serviços de referência especializados disponibilizados às mesmas quando necessário.

A necessidade de conciliar o enfoque na família e em comunidades fragilizadas com a qualificação da assistência e conseqüente aumento da resolutividade clínica pelas equipes de saúde bucal na ESF é fundamental para a consolidação da estratégia, seja junto aos usuários dos serviços, pelos trabalhadores da saúde ou frente aos gestores públicos municipais. Em documento institucional a Organização Panamericana de Saúde destaca a necessidade de maior integração entre os diversos níveis de complexidade dos sistemas de saúde na busca de maior resolutividade da atenção:

“[...] Existe evidência internacional que os sistemas de saúde que integram os níveis de atenção primária com os de maior complexidade são mais eficientes, têm melhores resultados sanitários e logram maior aceitação e legitimidade da população” (OPAS, 2003).

Os sistemas municipais de saúde carecem de maior resolutividade da rede de atenção básica e de um nível intermediário resolutivo que estabeleça uma adequada articulação entre as equipes de saúde da família na atenção básica e os níveis de média e alta complexidade do sistema.

ANEXO 3. REFERÊNCIAS COMPLETAS

1. ANDRADE, Luiz Odorico M. de; BARRETO, Ivana Cristina de H. C.; BEZERRA Roberto C.. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006, p. 783-836.
2. BATISTA, Sylvia Helena S. **A Interdisciplinaridade no Ensino Médico**. Rev Bras de Educ Médica. v. 30, n. 1, 2006. p. 39-46.
3. BERTUSSI, Débora C. *et al.* **Implantação do Projeto GERUS na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba**. Rev. esp. para a saúde, CEBES. v. 5, n. 5; 1996. p. 48-56.
4. BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**. PNAD, 1998; Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em: 26 Fev.2007. .
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final**; Brasília, 1993.
6. _____. **Portaria nº 1444/GM**, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União. Seção 1, pg.85. Publicado em 29 Dez.2000.
7. _____. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH — SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Brasília, 2002.
8. _____. SAS/DAB/Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. 16p.
9. _____. DAB/Saúde da Família. Brasília, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#diretriz>. Acesso em: 02 Jan.2007.
10. _____. Portaria 687/GM (anexo I) – **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. 38 p.
11. _____. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Municípios com Equipes de Saúde Bucal**. Brasília, 2007 Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/cidades_atendidas.php. Acesso em: 21 Jan.2007.
12. BUSS, Paulo M., RAMOS, C.L. **Desenvolvimento Local e Agenda 21: Desafios da cidadania**. Cadernos da Oficina Social, v.3; Rio de Janeiro, 2000. p. 13-65
13. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Balanço do Paidéia**, 2003. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/paideia/paideia/htm>. Acesso em 19 Dez.2006.

14. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Audiência pública. Prestação de Contas/FMS**, 2006. Disponível em: http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/dados/gestao_financ/audit_publica_2006.ppt. Acesso em 31 Jan.2007.
15. CAMPOS, Gastão Wagner de S.. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro:Ed. Fiocruz; 2006. 871p.
16. CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde**. In: _____ *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 53-92.
17. _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo:Edit. Hucitec, 2003. 185p.
18. _____. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991. 175p.
19. CANADA . A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. (LALONDE REPORT), Ottawa (Can); 1974. 77 p.
20. CARVALHO, Sérgio R. de. **As Contradições da Promoção à Saúde em Relação à Produção de Sujeitos e a Mudança Social**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3; 2004. p. 669-78.
21. CERÁVOLO, Maria Cristina Silveira. **Perfil do Cirurgião-Dentista no Programa Paidéia Saúde da Família na Cidade de Campinas (SP)**. 2006. 108 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, 2006.
22. CRAWFORD, R. **You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming**. *International Journal of Health Services*, n. 7, v. 4; 1977. p. 663-80.
23. CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde. **10 Anos do PSF em Curitiba: A História Contada Por Quem Faz a História**. Ed. Comemorativa; Curitiba, 2002. 52p.
24. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Acolhimento Solidário: A saúde de braços abertos**, 1998. Disponível em: http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/acolhimento_solidario/index.htm. Acesso em: 16 Nov.2006.
25. FIOCRUZ. **II CICLO DE DEBATES: Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família. Gastão Wagner de Souza Campos**. Rio de Janeiro, 11 Mai.2006. Gravação em Vídeo. Duração 02h41min04seg. Disponível em: <http://redefiocruz.fiocruz.br/demanda.php>. Acesso em: 10 Fev.2007.

26. GEVAERD, Sylvio P.; GUGISCH, Eliana R. **Primórdios da Odontologia no Serviço Público Municipal de Curitiba**. In: Os Dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy Silveira *et al* (org.), MOYSÉS, Samuel J. (coord.), Rio de Janeiro:CEBES; 2002. p.11-5.
27. GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2; 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200015
28. HILLS, Marcia. **Workshop for teachers of Health Promotion**. VI Brazilian Congress on Collective Health. Abrasco-ENSP-CPHA; Rio de Janeiro, 2000.
29. HYNDMANN, B. The evolution of health promotion. Health promotion in action: a review of the effectiveness of health promotion strategies. Centre of Health Promotion/ParticipACTION. Section 1-3; Toronto (Can), 1998.
30. LABONTE Ron. **Health Promotion and Empowerment: practice frameworks**. Centre for Health Promotion; Toronto (Can), 1993.
31. LABONTE, Ron. & PENFOLD, Susan. **Canadian Perspectives in Health Promotion: a critique**. Health Education. n.19, v. 3-4, 1981. p. 4-9.
32. McWHINNEY, Ian R. Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus;1994. p. 11-22.
33. MENDES, Eugênio V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. p. 71-154.
34. _____. **O processo social de distritalização da saúde**. In: Mendes, E.V. (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo:HUCITEC/Abrasco; 1993.
35. MOYSÉS, Simone Tetü *et al*. **A Formação e Desenvolvimento da Equipe de Saúde Bucal**. In: Os Dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy Silveira *et al* (org.), MOYSÉS, Samuel Jorge (coord.). Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p.45-56.
36. MOYSÉS, Samuel J.; GEVAERD, Sylvio. **A Superação do Sistema Incremental de Atenção a Escolares em Curitiba**. In: Os Dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy S. *et al*. (org), MOYSÉS, Samuel J. (coord). Rio de Janeiro:CEBES; 2002. p. 17-26.
37. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Discussão sobre o marco conceitual e referencial da atenção básica e saúde da família no Brasil. Brasília, 2003. 12 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5309.pdf>. Acesso em: 19 Mar.2007.

38. POMBO, Olga. **Interdisciplinaridade e integração dos saberes.** *Liinc em Revista.* v. 1, n. 1, 2005. p. 4-16. Disponível em: http://www.liinc.ufrj.br/revista/revista_um/Olga1.pdf. Acesso em: 04 Mar.2007.
39. ROMANÓ JR., Dante *et al.* **Saúde da Família: A experiência de Curitiba.** *Rev. Méd. Paraná,* v. 57, n. 1/2; 1999. p. 53-60.
40. WATT, Richard G. Introdução. In: Bönecker M; Sheihan **A. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas.** São Paulo: Ed. Santos; 2004. p. 1-12.
41. WHO – World Health Organization. Health Promotion: a discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promotion,* v. 1; 1984. p. 73-78.
42. _____ . The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Bangkok, Thailand; 2005. 5p.

ANEXO 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, RG número _____, emitido pela SSP-____, aceito participar da pesquisa intitulada “SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Mudança de práticas ou diversionismo semântico?”, conduzido pelo aluno Antonio Carlos Nascimento e Orientado pelo Prof. Samuel Jorge Moysés, do Programa de Pós – Graduação, Mestrado em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com sede na Cidade de Curitiba, Estado do Paraná.

Declaro ainda ter ciência de que as informações por mim prestadas serão obtidas por meio de entrevistas individuais ou em grupo de, no máximo, seis pessoas e que as mesmas serão conduzidas através de questionários específicos ou gravação por meio eletrônico.

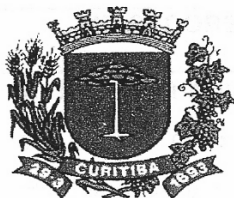
Declaro que recebi do pesquisador manifestação clara e específica que minha identidade será devidamente resguardada, bem como as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fins de análise e condução da pesquisa em questão.

Declaro, finalmente, que o presente termo de consentimento foi entendido e que posso declinar em qualquer tempo de participar da presente pesquisa.

_____, _____, de _____ 2006.

Assinatura.

ANEXO 5. Termo de aprovação de pesquisa pelo CEP da SMS Curitiba – PR



REFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of 03/2006.

Curitiba, 19 de maio de 2006.

Ilmo. Sr.
Antonio Carlos Nascimento
Nesta

Prezado Pesquisador

Em atenção à sua solicitação referente à análise do projeto "As equipes de saúde bucal no PSF são capazes de mudar o modelo de prática?", Protocolo 182/2005, informamos que o mesmo foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Atenciosamente


Dr. Samuel Jorge Moyses
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

ANEXO 6. Roteiro de condução dos grupos focais.

INDICADORES DE ANÁLISE	QUESTÃO INDUTORA DE DEBATE EM GRUPOS FOCALIS
1. Base conceitual sobre atuação em Saúde da Família e aplicação cotidiana para mudança do modelo de prática em saúde bucal.	<i>Qual a diferença entre atuar no Paidéia/ESF e em unidades de saúde tradicionais? Como isso se reflete no seu cotidiano?</i>
2. Atuação interdisciplinar pelas equipes de saúde bucal.	<i>O que é e como se dá o trabalho em equipe em sua unidade? Exemplifique.</i>
3. Territorialização e atuação sobre coletivos social e epidemiologicamente vulneráveis.	<i>Como se deu a definição dos territórios operativos das equipes e quais as características da população destes territórios priorizados?</i>
4. Priorização do processo de educação continuada para a estratégia em análise pelo gestor local.	<i>A instituição promove reciclagens, treinamentos para o desenvolvimento da estratégia? Como se dá?</i>
5. Incorporação de práticas promocionais de saúde no cotidiano das equipes.	<i>Promoção da Saúde é uma proposta potencialmente importante na busca da reorientação da atenção básica. Como você avalia esta assertiva e como ela se dá no seu cotidiano?</i>
6. Capacidade de resposta das equipes de saúde bucal às necessidades referidas pelos usuários do serviço.	<p><i>-Qual o percentual aproximado de tempo gasto com atenção à demanda, atendimentos programados e atividades externas?</i></p> <p><i>-Como se dá o atendimento às necessidades sentidas?</i></p>

ANEXO 7. Normas para submissão de artigo



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

**ISSN 0034-8910 versão
impressa**
ISSN 1518-8787 versão on-line

Apresentação

A **Revista de Saúde Pública** é inter e multidisciplinar e arbitrada. Publica prioritariamente pesquisas originais sobre temas relevantes e inéditos sobre o campo da saúde pública, que possam ser replicadas e generalizadas, e também outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseadas na literatura recente, bem como artigos sobre temas atuais ou emergentes, comunicações breves e cartas ao editor.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **Revista de Saúde Pública**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como figuras ou tabelas quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos. Os autores devem assinar e encaminhar uma [declaração de responsabilidade](#) cujo modelo está disponível no site da Revista.

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à política à sua editorial e às instruções aos autores, que seguem os "**Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**" (<http://www.icmje.org>). No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento. Os manuscritos que não atenderem a essas instruções serão devolvidos.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e generalizados, têm prioridade para publicação. Tais contribuições representam não somente pesquisas levadas a efeito no País, mas também na América Latina e em outros países. As contribuições podem ser apresentadas em português, inglês ou espanhol. Os artigos publicados em português são traduzidos para o inglês e divulgados somente no formato eletrônico.

A objetividade é o princípio básico para a elaboração dos manuscritos, resultando em artigos mais curtos de acordo com os limites estabelecidos pela Revista.

Atendidas as condições acima, os manuscritos são encaminhados à Editoria Científica para análise preliminar. Aceitos nesta fase, os manuscritos serão avaliados por relatores externos. Atendidas as condições acima, os manuscritos são encaminhados à Editoria Científica para análise preliminar. Aceitos nesta fase, os manuscritos serão avaliados por relatores externos.

Relações que podem estabelecer [conflito de interesse](#), ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma e inclusão de links para artigos da RSP sem a autorização do Editor Científico. Desta forma, os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, cujo modelo encontra-se disponível no site da Revista.

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica comunicações breves, revisões sistemáticas, comentários, cartas ao editor, editoriais, além de outras.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Deve ter a

objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder.

- Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.
- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de *valor não representativo*. Quanto às *figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas*.
- *As referências bibliográficas estão limitadas a um número máximo de 25*, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Referências a documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, podem ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A *Introdução* deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de *Resultados* deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão*. A *Discussão* deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Comunicações Breves - São artigos curtos destinados à divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância a área de saúde pública.

- Devem ter de *800 a 1.600 palavras* (excluindo tabelas, figuras e referências) *uma tabelafigura e 5 referências*.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos

originais, exceto para resumos, que não são estruturados e devem ter até 150 palavras.

Revisões sistemáticas - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de *5.000 palavras*.

Comentários - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou artigos opinativos. Sua extensão deve ser de *3.000 palavras*.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a *600 palavras e a 5 referências*.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" que se coadunem com a sua política editorial e que sejam aprovados na fase

preliminar de análise, são encaminhados aos Editores Associados que selecionarão os relatores para avaliação.

Cada manuscrito é enviado relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelos Editores Científicos. Cópias dos pareceres são encaminhadas aos autores e relatores.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição retornarão aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com o estilo da Revista.

Preparo dos manuscritos

- Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.
- Os manuscritos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf. Deve ser apresentado com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho A-4, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em uma via em papel, por correio e o arquivo do texto para o e-mail da Revista.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. O limite de caracteres é 93, incluindo os espaços. **b)** Indicar no rodapé da

página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura. **d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência. **g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Comentários e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings](#) (MeSH), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados

entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja [permissão expressa](#) dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev. Saúde Pública* 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo; EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. *Epidemiologia geral*. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas. Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citadas; quando imprescindível, podem figurar no rodapé da página que as cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "*et al*".

Exemplo:

Terris et al⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente.^{9,12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do (s) autor (es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua

reprodução, com resolução mínima de 300 dpi. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente, e os custos de impressão são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em uma via em papel para o seguinte endereço e e-mail:

Editor Científico da Revista de Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715

01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Fone/Fax 3068-0539

e-mail: revsp@edu.usp.br

Verificação de itens

Itens exigidos para apresentação dos manuscritos

1. Enviar ao Editor uma via impressa do manuscrito e o arquivo eletrônico por e-mail.
2. Fornecer endereço para troca de correspondência incluindo e-mail, telefone e fax.
3. Incluir título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres,

- incluindo os espaços entre as palavras.
4. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
 5. Verificar se o texto está apresentado em letras arial, corpo 12 e espaço duplo, com margens de 3 cm, e em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
 6. Se subvencionado, incluir nomes das agências financiadoras e números dos processos.
 7. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano de defesa.
 8. Incluir resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, em folhas separadas, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
 9. Incluir resumos narrativos originais em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
 10. Incluir declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)", "[Conflito de interesses](#)" e "[responsabilidade de agradecimentos](#)", esta última assinada pelo primeiro autor.
 11. Incluir documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica.
 12. Verificar se as tabelas estão numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
 13. verificar se as figuras estão no formatos: pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
 14. A soma de tabelas e figuras não deve exceder a cinco.
 15. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
 16. Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados depende em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Os interesses financeiros podem incluir: emprego, consultorias, honorários, atestado de especialista, concessões ou patentes recebidas ou pendentes, royalties, fundos de pesquisa, propriedade compartilhada, pagamento por palestras ou viagens, consultorias de apoio de empresas para pessoal. São interesses que, quando revelados mais tarde, fazem com que o leitor se sinta ludibriado.

Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho. Eles devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa.

Para que o corpo editorial possa melhor decidir sobre um manuscrito, é preciso saber sobre qualquer interesse competitivo que os autores possam ter. O objetivo não é eliminar esses interesses; eles são quase que inevitáveis. Manuscritos não serão rejeitados simplesmente por haver um conflito de interesses, mas deverá ser feita uma declaração de que há ou não conflito de interesses.

Os autores devem relatar informações detalhadas a respeito de todo o apoio financeiro e material para a pesquisa ou trabalho, incluindo, mas não se limitando, a apoio de concessões, fontes de financiamento, e provisão de equipamentos e suprimentos. Cada autor também deve assinar e submeter a seguinte declaração: “Certifico que todas minhas afiliações com ou sem envolvimento financeiro, dentro dos últimos cinco anos e para o futuro próximo, com qualquer organização ou

entidade com interesse financeiro em ou conflito financeiro com o objeto ou assunto discutidos no manuscrito estão completamente divulgados”.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista. Além disso, os autores que não têm interesses financeiros relevantes devem fornecer uma declaração indicando que eles não têm interesse financeiro relacionado ao material do manuscrito.

As contribuições de pessoas que são mencionadas nos agradecimentos por sua assistência na pesquisa devem ser descritas, e seu consentimento para publicação deve ser documentado.

Os revisores devem revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em suas opiniões sobre o manuscrito, e devem declarar-se não-qualificados para revisar originais específicos se acreditarem que esse procedimento é apropriado. Assim como no caso dos autores, se houver silêncio por parte dos revisores sobre conflitos potenciais, isso pode significar que tais conflitos existem e que não foram revelados ou que os conflitos não existem. Assim, solicita-se também aos revisores que forneçam declarações de interesses competitivos, os quais são utilizados para avaliar o valor dos relatórios dos pares.

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade, (2) Declaração de conflito de interesses, (4) Transferência de Direitos Autorais. Apenas a (3) Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada apenas pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Conflito de interesses
3. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito:

4. Direitos autorais