

## PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

### AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA, AMAZONAS, BRASIL.

WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA

MANAUS  
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL EM SAÚDE,  
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO  
DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA, AMAZONAS, BRASIL<sup>1</sup>.

Dissertação apresentada ao Programa Multi-institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, Área de Concentração Determinantes Biossociais do Processo Saúde-Doença na Amazônia.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Janete Maria Rebelo Vieira

Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Augusta Bessa Rebelo

MANAUS

2013

<sup>1</sup> Pesquisa apoiada pelo Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia, Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – PRONEX/FAPEAM/CNPq, Edital 003/2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL EM SAÚDE,  
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

Ficha catalográfica

(elaborada pela Biblioteca Central da UFAM)

Morais Silva, Wagner Vicente de

S586a

Avaliação da Atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil / Wagner Vicente de Moraes Silva. - Manaus: UFAM/UFGPA/FIOCRUZ, 2013.

101 f.; il. color.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas/ Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz) / Universidade Federal do Pará, 2013.

Orientadora: Dra. Janete Maria Rebelo Vieira

Co-orientadora: Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo

1. Saúde bucal 2. Saúde indígena 3. Políticas públicas – Odontologia I. Vieira, Janete Maria Rebelo (Orient.) II. Rebelo, Maria Augusta Bessa III. Universidade Federal do Amazonas IV. Título

CDU 616.314-084(=1-82)(043.3

WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO  
DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA, AMAZONAS, BRASIL.

Dissertação apresentada ao Programa Multi-institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, Área de concentração Determinantes Biossociais do Processo Saúde-Doença na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira - (Presidente) – UFAM

Parecer Aprovado.....Assinatura.....

Prof. Dr. Rui Arantes – FIOCRUZ/MS

Parecer APROVADO.....Assinatura.....

Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo – FIOCRUZ

Parecer APROVADO.....Assinatura.....

Aos meus pais,

Dedico todo meu esforço e dedicação em recompensa aos seus esforços para investimento em meus estudos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pela sabedoria e saúde;

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo e apoio;

Aos familiares e amigos que souberam compreender um pouco da minha ausência em suas vidas durante esse período, em especial os amigos Liliane Ramos, Paula Sigríde, Adriano Moreira, Joane Costa, Zuíla Cunha e Fram;

A Pedagoga Irney Marques pelo apoio, incentivo, carinho e amizade;

Ao senhor Miguel e a Dr<sup>a</sup>. Elaine pela sociedade e parceria firmada;

A família Sá pelo amparo, carinho, apoio e incentivo, em especial, Marlinda Sá;

As professoras Maria Augusta Bessa Rebelo e Janete Maria Rebelo Vieira por toda paciência, dedicação e excelente orientação na condução desse trabalho, que o tornou mais sutil e prazeroso;

A professora Maria Luíza Garnelo pela oportunidade de inserção no Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia do Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – PRONEX/FAPEAM desenvolvido no ILMD;

Ao professor Carlos Braga pela credibilidade e oportunidade dada no exercício da docência em sua instituição de ensino;

Ao Programa Multi-intitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, equipe de docentes, funcionários e coordenação;

Aos colegas de turma que hoje são grandes amigos em especial Andrea Beber, Andrea Santa Rita, Joyce e Marcuce, obrigado pela companhia, pelo apoio, pela amizade, pelas reuniões em grupo e saídas;

Ao inesquecível Município de São Gabriel da Cachoeira-AM, local de desenvolvimento da minha pesquisa.

Ao amigo Gabriel Côrtes que além de ter me dado todo apoio foi uma espécie de “orientador de campo”, me ajudou bastante na ida ao município, foi um facilitador, abriu as portas do município para mim;

Aos amigos Bruno Vinícius e Vicente que os conheci durante o desenvolvimento da pesquisa valeu pela convivência e companhia;

A minha amada Marluce Mineiro pelo carinho, amizade e por ter estado comigo no município me ajudando, apoiando e divertindo, com certeza fui muito feliz ao estar ao seu lado;

Ao Secretário municipal de São Gabriel da Cachoeira, Cláudio Pontes;

Ao Chefe do DSEI/ARN Luiz Lopes;

A coordenadora de Saúde bucal do Município Alfacélia Coimbra e a coordenadora de saúde bucal do DSEI/ARN Daniele M.; Aos Cirurgiões-dentistas da prefeitura, do Hospital de Guarnição do Exército de SGC e do DSEI/ARN. Todos esses contribuíram de forma ímpar na execução do trabalho, foram muito importantes e agradeço imensamente por toda a receptividade e colaboração.

A Universidade Federal do Amazonas que além de ter me graduado como Cirurgião-Dentista, hoje, também me presenteia com o Título de Mestre.







*“Através do buraco da orelha do pequeno índio.  
Vejo máquinas esmagando florestas.  
Um bicho de pele branca, com a boca cheia querendo mais!  
Mastigando a sapiência.  
Cuspindo na cultura.  
Transformando folhas e troncos em papel moeda”.*

Marcelo Leite.

## RESUMO

Com o objetivo de avaliar o grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira - AM foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação abordando os determinantes contextuais com ênfase nas dimensões estrutura e processo. A estratégia utilizada foi a de estudo de caso único. Um Modelo lógico e uma matriz avaliativa foram elaborados como referência para apreciação do grau de implantação dos serviços a serem avaliados. As informações foram coletadas a partir de entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves e análise documental. Os resultados do estudo mostraram um grau de implantação dos serviços de saúde bucal classificado como aceitável (50,25%). Em relação à dimensão estrutura obtiveram um grau insatisfatório de implantação em todas as unidades analisadas. Com exceção da unidade F que apresentou um grau de implantação insatisfatório em relação à dimensão processo, as demais unidades apresentaram um grau de implantação aceitável. Esse estudo revelou deficiências quanto à infraestrutura das unidades de saúde, necessidade de melhoria no sistema de informação e planejamento além de mudanças nas subdimensões de acesso e promoção e proteção de saúde do DSEI/ARN.

**Palavras-chave:** saúde bucal; serviços de saúde; saúde indígena; avaliação.

## **ABSTRACT**

Aiming to assess the degree of implementation services oral health care in the municipality of São Gabriel da Cachoeira - AM we conducted a survey of evaluative implementation analysis addressing the determinants contextual dimensions with emphasis on structure and process. The strategy used was the single case study. A logical model and an evaluation matrix was developed as a reference for assessing the degree of implementation of the services to be evaluated. Information was collected from semi-structured interviews with key informants and documentary analysis. The study results showed a degree of implementation of oral health services rated as acceptable (50,25%). Regarding size structure obtained a degree unsatisfactory deployment in all units analyzed. With the exception of unit F which showed a poor level of implementation regarding the process dimension, the other units showed an acceptable degree of implementation. This study revealed deficiencies in the infrastructure of health facilities, need for improvement in the information system and planning as well as changes in sub dimensions access and promoting and protecting the health of DSEI / ARN.

**Keywords:** oral health; health services; indigenous health; evaluation.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Estrutura organizacional dos serviços de saúde bucal.....	36
Figura 2 - Modelo lógico da atenção à saúde bucal.....	37
Quadro 1 – Matriz avaliativa .....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do grau de implantação.....	48
Tabela 2 - Grau de implantação quanto à estrutura.....	48
Tabela 3 – Grau de implantação quanto o processo.....	51
Tabela 4 – Produção odontológica DSEI.....	52
Tabela 5 – Produção odontológica UBS.....	54
Tabela 6- Produção odontológica CEO.....	54
Tabela 7 – Atenção á saúde dos Polos-Base.....	56
Tabela 8 – Estrutura do Polo-Base Ilha das Flores.....	57

## LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde	IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
AISAN	Agente Indígena de Saneamento	IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
AM	Amazonas	LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	MS	Ministério da Saúde
ARN	Alto Rio Negro	OMS	Organização Mundial de Saúde
ART	Tratamento Restaurador Atraumático	PMAQAB	Programa Nacional de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
ATF	Aplicação Tópica de Flúor	PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial	PRONEX	Programa de Apoio a Núcleos de Excelência
CTBMF	Cirurgia Bucomaxilofacial	RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
CD	Cirurgião Dentista	SBBRASIL	Saúde Bucal Brasil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas	SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa	SGC	São Gabriel da Cachoeira
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
DATASUS	Departamento de Informática do SUS	SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
DESAI	Departamento de Saúde Indígena	SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena	SUS	Sistema Único de Saúde
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena	TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ESB	Equipe de Saúde Bucal	UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família	USF	Unidade Saúde da Família
FAPEAM	fundação de amparo à pesquisa do estado do Amazonas	UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde		

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>OBJETIVO</b> .....	19
<b>CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	20
1.1 Políticas de Saúde Bucal no Âmbito do SUS e do Subsistema de Atenção á Saúde Indígena.....	20
1.2 A Avaliação na Área da Saúde - Pesquisa Avaliativa - Análise de Implantação.....	28
<b>CAPÍTULO 2: METODOLOGIA</b> .....	33
2.1 Local da Pesquisa.....	33
2.2 Estratégia da Pesquisa.....	35
2.3 Contexto Organizacional Local.....	46
2.4 Financiamento .....	47
<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS</b> .....	48
3.1 Grau de implantação dos serviços de saúde bucal do município.....	48
3.2 Grau de implantação da dimensão estrutura.....	48
3.3 Grau de implantação da dimensão processo.....	51
<b>CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO</b> .....	58
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
<b>ANEXOS</b> .....	80
<b>APÊNDICE</b> .....	97

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde bucal vem se consolidando no Brasil por meio da Política Nacional de Saúde Bucal que tem como objetivo a reorganização dos serviços de saúde bucal e ampliação do acesso da população as ações de saúde bucal (BRASIL, 2004). Por outro lado, a atenção à saúde bucal da população indígena vem sendo construída a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com a implantação das Ações de Saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) levando em consideração fatores como a realidade epidemiológica, especificidades culturais e os espaços geográficos inseridos ao contexto indígena (BRASIL, 2007a).

Essas políticas e suas diretrizes visam à melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, no entanto, estudos apresentam dados que sugerem a necessidade de melhorias na atenção à saúde bucal. O Projeto SB Brasil (2003) apontou diferenças regionais consideráveis quanto às condições de saúde bucal da população brasileira onde a cárie dentária, doença periodontal e o uso e necessidade de prótese apresentaram índices maiores nas regiões Norte e Nordeste quando comparadas com as demais regiões do país. Dados atuais do Projeto SB Brasil (2010) demonstram a redução desses índices, porém, ainda são marcantes as diferenças regionais da prevalência e magnitude da cárie e, as necessidades de próteses são significativas entre os idosos. A população indígena não foi objeto do SB Brasil 2003 e 2010, mas estudos (CARNEIRO et al. 2008; DUMONT et al.2008; ARANTES et al. 2010; MOURA et al. 2010) têm demonstrado a presença da cárie dentária com diferentes valores do índice CPO-D em diversas etnias.

Esses dados, que evidenciam as desigualdades no Brasil, reforçam a necessidade de avaliação dos serviços de atenção à saúde bucal. No Brasil estudos relacionados ao grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal apontam como resultado, em sua maioria,



grau incipiente ou de não implantação, apresentando dificuldades no cumprimento das práticas estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Bucal, dificuldades no acesso e utilização dos serviços e deficiência na estrutura da rede de atendimento dos serviços de saúde bucal (CAVALCANTE et al. 2006; REIS et al. 2009; PIMENTEL et al. 2010). A avaliação das atividades de saúde bucal realizadas nos DSEIs é inexistente na literatura o que remete a necessidade de estudos nessa linha de pesquisa.

Diante do exposto, justifica-se a avaliação de serviços em saúde pelo fato de dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e subsidiar na identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliando a incorporação de novas práticas sanitárias nas rotinas dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. Neste contexto o processo avaliativo no âmbito da gestão municipal, estadual e federal deve ser implementado nas ações dos serviços de saúde para que possa ter caráter subsidiário ao planejamento, potencializando a utilização de instrumentos de gestão para tomada de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos, beneficiando o sistema e a população assistida (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, a escassez de estudos na literatura que avaliem o grau de implantação dos serviços de saúde bucal direcionados à população indígena torna relevante a realização de um estudo em um município brasileiro, de maior contingente indígena, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu Subsistema de Atenção a Saúde Indígena atuam de forma complementar.

## **OBJETIVO**

Avaliar o grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira considerando os determinantes contextuais do grau de implantação com ênfase nas dimensões estrutura e processo.

## CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1 Políticas de Saúde Bucal no Âmbito do SUS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

O propósito da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) vigente a partir de 2004 visa à reorganização dos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção. Com essa política há também uma mudança no panorama de organização não sendo centrado nas ações de cunho odontológico, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004).

A essa reorganização emprega-se a reorientação da atenção à saúde bucal baseada em pressupostos como a integralidade da atenção; a garantia de uma atenção básica articulada com toda a rede de serviços; a educação permanente da equipe de saúde e a utilização da epidemiologia, da informação em saúde e monitoramento das ações como subsídio para planejamento, dentre outros (BRASIL, 2004).

Além dos princípios doutrinários do SUS estabelecidos na Lei 8.080/90 de universalidade, equidade e integralidade, o Brasil Sorridente no desenvolvimento das ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal acrescenta os princípios norteadores dessas ações através da *gestão participativa* onde usuários, trabalhadores e prestadores possam participar na formulação da política de saúde bucal assegurando que as ações sejam regidas de princípios éticos; *o acesso e acolhimento* buscando o acesso universal para assistência e atenção á saúde onde o serviço de saúde seja centrado no usuário nos atos de receber, escutar, orientar, encaminhar e acompanhar, estabelecendo assim um *vínculo* sempre pautado na *responsabilidade profissional* (BRASIL, 2004).

Ao se falar do processo em saúde bucal alguns preceitos são considerados. A *interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo* entendidos como a não limitação da equipe de

saúde bucal ao campo puramente biológico e sim a interação com profissionais de outras áreas permitindo a abordagem do indivíduo como um todo atento ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A *integralidade da atenção* é outra prática pautada no atendimento integral do paciente onde a equipe esteja capacitada para oferecer ao usuário ações de promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação. A *intersetorialidade* como importante aliado no envolvimento do planejamento com diferentes setores que envolvem a saúde humana como escolas, locais de trabalho, meio ambiente, comunicação, esportes etc. e por último vemos a *ampliação e qualificação da assistência* onde possa garantir procedimentos mais complexos e conclusivos e para isso as condições de trabalho deve ser respeitada com a manutenção de aparelhos e equipamentos, assim como a variedade e quantidade de insumos odontológicos além de uma estrutura adequada para atendimento (BRASIL, 2004).

Essa ampliação da assistência também é expressa pelo aumento do número de atendimento diário de usuários, incorporação de procedimentos de urgência na atenção básica e articulação com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2006b). Estes definidos pela Portaria n. 599/GM de 23 de Março de 2006, onde o último é responsável pela elaboração de no mínimo próteses dentárias totais ou parciais removíveis para a população assistida pelo município, e a primeira ofertando aos usuários que necessitam de serviço especializado como diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais. São classificados em CEO tipo I (três consultórios odontológicos completos); CEO tipo II (quatro a seis consultórios odontológicos completos) e CEO tipo III (sete ou mais consultórios odontológicos completos) (BRASIL, 2006b).

Como forma de readequar esses pressupostos, princípios e diretrizes e obter uma melhor articulação do serviço de saúde com o usuário o Brasil adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para organização da atenção básica revigorada pela Portaria nº 2.488/2011 sendo esta desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a).

Essa forma de atenção orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Para assegurar essa atenção vale lembrar o que preconiza a legislação brasileira que define a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Institui-se também o princípio da descentralização político-administrativa preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde (BRASIL, 1990).

Esse fato é bastante relevante quando se observa que o Brasil é um território de grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental possibilitando que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações.

Tendo em vista essas grandes diversidades culturais é pertinente ressaltar a população indígena. Em 1988 a Constituição Federal Brasileira reconhece as organizações socioculturais dos povos indígenas assegurando-lhes a capacidade civil plena e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena.

Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 é instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, nos seguintes termos:

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999).

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

A partir daí a legislação voltada à saúde indígena passou por uma série de Leis, Decretos e Portarias visando cada vez mais o aperfeiçoamento da atenção à saúde a essa população. Dentre elas destaca-se a Portaria n. 852/1999 que versa sobre a Criação dos DSEIs, organizados na forma de 34 distritos distribuídos em vários estados do Brasil, exceto, Piauí e Rio Grande do Norte. No estado do Amazonas localizam-se em regiões do Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, nos municípios de Manaus e Parintins e na divisa com os estados do Rondônia e Roraima, e a Portaria n. 254/2002 que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na qual estabelece e conceitua os DSEIs como um modelo de organização de serviços que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde considerando critérios que contemplam a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde (BRASIL, 2002).

Esses Distritos são organizados em uma rede de saúde dentro das áreas indígenas com serviços de atenção básica em articulação com a rede do SUS (Anexo 1). A rede de atendimento deve ser composta de Postos de Saúde Indígena, Polos Base e a Casa de Apoio à

Saúde do Índio na condição de prestar apoio e assistência aos indígenas, descritos abaixo conforme a Portaria n.840/2007 que revigora a portaria n.479/2001 e estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas (BRASIL, 2007).

O Posto de Saúde Indígena é um estabelecimento de saúde onde os agentes indígenas de saúde e as equipes multidisciplinares devem realizar a atenção básica conforme planejamento das ações e serve de referência aos Agentes Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN) das unidades de apoio, podendo ser localizado em zonas rurais ou em terras indígenas. Dentre as atividades básicas de saúde recomenda-se que realizem ações coletivas de saúde bucal e atendimento odontológico individual. Na sua estrutura física prever uma varanda com bancada, lavatório e escovódromo assim como consultório odontológico (BRASIL, 2007a).

Outro estabelecimento de saúde é o Polo Base que deve servir de referência para os Postos de Saúde Indígena, unidades de apoio e aldeias no que tange as ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área geográfica de abrangência. Devem-se localizar numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível. Definem-se dois tipos de Polo Base o Tipo I que desenvolve atividades técnico-administrativas, de saúde e de saneamento na sua área de abrangência com atividades odontológicas semelhantes às executadas nos Postos de Saúde Indígena e Tipo II que desenvolvem apenas atividades administrativas e de saneamento (BRASIL, 2007b).

Os agravos à saúde que não forem, ou não puderem ser atendidos, em função da complexidade do caso nos Polos Base serão encaminhados para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI. Essa rede deve ter sua localização geográfica definida

e é articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena (BRASIL, 2002).

Os serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do SUS são prestados pelas Casas de Apoio à Saúde do Índio. Estas devem possuir condições de receber, alojar e alimentar o paciente encaminhado e seu acompanhante, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso (BRASIL, 2002).

Embora a estrutura de atendimento em área indígena seja a descrita acima, estudos com populações indígenas têm demonstrado realidades que distanciam da preconizada pelas diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas (CARNEIRO et al. 2008; ERRICO,2011).

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do DSEI, será organizado um sistema de informações em saúde voltada para a população indígena fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade (BRASIL, 2002).

O acompanhamento e avaliação desta política terão como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e



político, visando à coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas (BRASIL, 2002).

Até meados de 2006 o enfoque desta política era a promoção, proteção e recuperação da saúde de uma forma geral. Em 2007 o Departamento de Saúde Indígena (DESAI) em sua gestão Nacional, priorizou uma organização dos serviços de saúde bucal dos povos indígenas por meio de ações de controle de infecções intrabucais e da promoção de saúde, vindo a concretizar com o documento “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (BRASIL, 2007a).

Com esse documento o DESAI definiu como prioridade a organização dos serviços de saúde bucal direcionado aos povos indígenas, por meio da elaboração de diretrizes para a execução das ações de controle das doenças bucais e da promoção da saúde (BRASIL, 2007a).

A organização de serviços de saúde bucal compreende o controle de infecção intrabucal que visa à promoção de saúde e remoção dos focos de infecção no âmbito individual e coletivo; a reabilitação constituída pela reabilitação funcional e social, por meio de tratamentos com próteses totais, parciais e outras, bem como a reconstituição estético-funcional com material restaurador indicado; a assistência especializada através da garantia de sistemas de referência e contrarreferência, para assegurar à população indígena o acesso a este nível de assistência. Isto se dará pelas pactuações efetuadas entre o DSEI/conveniada – município e/ou estado (BRASIL, 2007a).

O último item da organização dos serviços é a informação como recurso estratégico da atenção. Para auxiliar neste trabalho a Funasa desenvolveu o Sistema de Informação da Saúde Bucal que será alimentado no âmbito de cada DSEI, gerando relatórios, indicadores que

possibilitarão o acompanhamento, avaliação e planejamento. Além de aspectos relacionados à qualidade, acesso, produtividade, organização e funcionamento, o sistema de informação contém dados epidemiológicos e antropológicos da população assistida (BRASIL, 2007a).

Em 2011, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena formula o documento intitulado como “Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal” que apresenta as diretrizes nacionais de saúde bucal para a organização da atenção a saúde bucal dos povos indígenas no âmbito do SUS, tendo como meta à produção do cuidado, respeitando a autonomia, as diferenças culturais e o mosaico extremamente diversificado formado pelos povos indígenas do Brasil (BRASIL, 2011b).

Sete anos após a implantação do Brasil Sorridente em 2004, assim como a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros através da Portaria n.1.444/2000, foi lançado o Brasil Sorridente indígena visando zerar as necessidades de atendimento odontológico nas comunidades indígenas e levar atendimento em saúde bucal às aldeias, garantindo assistência odontológica integral. Esse programa além de ter uma equipe especializada, disponibilizará consultórios portáteis para se chegarem aos locais de difíceis acesso, a instalação de centros especializados e laboratórios de próteses, e com tendência a expansão para abranger todos os DSEIs do Brasil (BRASIL, 2011b).

O panorama histórico da atenção à saúde bucal indígena passa por um processo evolutivo de políticas de saúde bucal. Sua implantação é recente, a partir de 2007, porém em longo prazo objetiva-se uma redução em índices das principais patologias de saúde bucal. Novas perspectivas também estão sob a mudança da transição da gestão do Subsistema de Atenção à saúde Indígena para o Ministério da Saúde através da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) em consonância com o Art. 6º do Decreto n.7.336/2010 alterado pelo Decreto n. 7.461/2011.

## 1.2 A Avaliação na Área da Saúde.

Diversos *conceitos* têm se aplicado ao termo avaliação.

Na visão de Contandriopoulos et al. (1997):

“É a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (1997, p.31).

Na conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS), "*em termos gerais, a avaliação é o processo de determinar qualitativa ou quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou de um acontecimento. Na prática, e tal como se aplica a um dado projeto da OMS, a avaliação consiste na apresentação de dados e na apreciação do progresso realizado para a consecução dos objetivos estabelecidos no plano de operações. É, pois, essencial que o processo de avaliação se inicie com a elaboração do projeto e dele constitua parte integrante e contínua*".

Na concepção de Silva e Brandão (2003):

“Entendemos avaliação como a elaboração, a negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações”.

Qualquer seja o conceito de avaliação, todos estão fundamentados em objetivos comuns como ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhoria de uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção e contribuir para o progresso dos conhecimentos (HARTZ, 1997).

Na década de 70 a necessidade de avaliar ações sanitárias se sobressaiu, em virtude de fatores como o término do período de implantação dos grandes programas (seguro médico), a diminuição do crescimento econômico e o papel do estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde. Neste contexto a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução (HARTZ, 1997).

Guba e Lincoln (apud Hartz, 1997, p.30) dividiram em quatro estágios a historicidade das práticas de avaliação. No primeiro estágio a avaliação baseava-se em parâmetros de mensuração, inicialmente em escolares, através do desempenho e produtividade. No segundo estágio apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos descrevendo-os se atingem ou não seus resultados. O terceiro estágio preocupava-se em mensurar, descrever, mas a finalidade é julgar o mérito do programa e a partir daí (quarto estágio) negociar parâmetros de avaliação com os atores envolvidos (avaliações participativas). Salientando que a passagem de um estágio para outro se fez com o desenvolvimento de conceitos e a acumulação dos conhecimentos.

Por muito tempo a avaliação em saúde foi associada a pesquisas acadêmicas com a intenção de avaliar os serviços e estabelecimentos de saúde, hoje, pode-se afirmar que o interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico. O Ministério da Saúde (MS) tem se preocupado em institucionalizar a prática avaliativa no país, a exemplo, cita-se, o Programa Nacional de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o intuito de induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

Sendo o objetivo final da avaliação o de ajudar na tomada de decisões, é preciso interrogar sobre a influência que as informações fornecidas pelo avaliador podem ter nas decisões. Para aumentar as chances de que os resultados de uma avaliação sejam úteis, é importante se conscientizar de que avaliação é um dispositivo de produção de informações, é fonte de poder para os atores envolvidos, e as chances de sucesso está nas mãos desses atores que com os dados em mãos sejam responsáveis na aplicabilidade direta nas ações e serviços que repercutam melhorias aos sistemas e seus beneficiários dependentes (HARTZ, 2005).

Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação. Se buscarmos estudar cada um dos componentes da intervenção através de normas e critérios, trata-se de avaliação normativa. Ao passo que, podemos querer examinar, através de um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Trata-se de uma pesquisa avaliativa (HARTZ et al. 1997).

De uma forma mais ampliada na dimensão do conhecimento, a avaliação normativa insere-se dentro de um procedimento de verificação dos componentes da intervenção como estrutura, processo e resultado sempre relacionados com as referências, devendo ser feito de acordo com as normas existentes. Já a pesquisa avaliativa busca investigar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, o rendimento e as relações entre a intervenção e o contexto através de uma série de análise. Permite analisar e compreender as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção, visando não só medir o que é produzido pela intervenção, mas também compreender como e por quê? (CONTANDRIOUPOULOS et al., 1997). Essa intervenção é caracterizada por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento. Podendo ser uma técnica, um tratamento, uma prática, uma organização, um programa ou uma política (HARTZ, 1997).

A pesquisa avaliativa pode se decompor ainda em seis tipos de análise, e na área da saúde dentre as análises existentes, a análise de implantação se sobressai. Consiste, por um lado, medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção de seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção. Podem-se acrescentar ainda cinco tipos de procedimentos em que a análise de implantação compreende: a avaliação do esforço, o monitoramento dos programas, avaliação do processo, a avaliação dos componentes e a especificação do tratamento (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na área da saúde bucal a avaliação torna-se uma ferramenta de grande valia para subsidiar políticas, programas e ações de saúde bucal com o intuito da melhoria e aprimoramento das já existentes. Alguns autores já discutem essa importância da prática avaliativa.

Contandriopoulos et al. (1997) considera como propósito na avaliação de programas e políticas a busca pela melhoria das políticas e ação do estado, ao recomendar e sugerir modificações na formulação, na implementação e nos resultados. O que pode resultar na melhoria dos serviços prestados e aprimoramento de programas e políticas públicas de atenção à população. Neste mesmo raciocínio, Denis e Champagne (1997) destacam a necessidade de se institucionalizar as práticas avaliativas no cotidiano dos serviços de saúde como os da atenção primária que envolve processos de trabalhos diversos.

Na visão de Farias et al. (2003) a implantação de uma política terá um impacto positivo em uma população quando suas diretrizes e ações são executadas conforme o planejado. A avaliação tende a ser um instrumento valioso de contribuição para o delineamento e aprimoramento dos programas e políticas públicas a fim de oferecer adequada

atenção aos cidadãos. Para Tanaka e Melo (2001) a incorporação da avaliação na prática dos programas contribui para a melhoria de qualidade do serviço prestado.

No tocante à atenção em saúde bucal, os estudos de avaliação têm sido desenvolvidos em diversos municípios do país. Alguns com experiências exitosas, outros com a realidade não condizente com o esperado, mais em ambos os casos os estudos serviram de base para melhoria do serviço avaliado. Esses estudos adotam metodologias semelhantes demonstrando o interesse em desenvolver modelos de avaliação para o contexto do SUS que contemplem objetos mais amplos que ações ou programas exitosos e relatos de casos (NICKEL et al., 2009).

Dentro desse contexto destacam-se dois estudos que discorrem sobre pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação e avaliação normativa. O primeiro estudo realizado por Vieira-da-Silva et al. (2007) versa sobre um estudo avaliativo e comparativo entre cinco municípios do estado da Bahia estimando o grau de implantação da gestão em saúde e seus efeitos na saúde da população. O segundo realizado por Goes et al. (2012) aprecia a avaliação da atenção secundária em saúde bucal por meio dos CEOs do Brasil no âmbito da vigilância em saúde. Ambos os estudos contribuíram como base para aperfeiçoamento e melhoria dos pontos negativos encontrados durante a realização dos mesmos.

## **CAPÍTULO 2: METODOLOGIA DA PESQUISA**

Este estudo realizou uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, abordando os determinantes contextuais do grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal com ênfase nas dimensões estrutura e processo.

### **2.1 Local da Pesquisa**

O Município de São Gabriel da Cachoeira, sede do DSEI/ARN, localiza-se no extremo noroeste do Amazonas, situado na região conhecida como “Cabeça do Cachorro” (Anexo 2), na bacia do Alto Rio Negro, no interior da maior floresta tropical do planeta. É o terceiro maior município do país em extensão, com 109.183,450 km<sup>2</sup>, distam 852 km da capital amazonense. Sua extensão territorial abrange 19 Polos Base (Anexo 3) e seu Índice de Desenvolvimento Humano – IDH médio é de 0,62.

Estima-se que hoje a população São Gabrielense ultrapasse o valor estimado pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística no ano de 2010 que contava 37.896 habitantes.

O município abriga cerca de 10% da população indígena do País, e esta correspondem a aproximadamente 83% de seus moradores, oriundos de 22 diferentes etnias existentes na região sendo elas, os Arapaso, Baniwa, Barasana, Baré, Desana, Hupda, Karapanã, Kubeo, Kuripako, Makuna, Miriti-tapuya, Nadobs, Pira-tapuya, Potiguá, Siriano, Taiwano, Tariana, Tukano, Tuyuka, Wanana, Werekena e Yanomami, sendo o município com maior concentração de diferentes etnias indígenas do país.

As diversas comunidades indígenas distribuem-se nos bairros da sede municipal, no núcleo urbano de Iauaretê e ao longo dos rios que cortam o município como, por exemplo, o Uaupés, Içana, Xié, Tiquié e Negro. São mais de 400 pequenas comunidades que vivem em



terras indígenas demarcadas, homologadas e registradas, conquistadas na década de 1990. As Terras Indígenas abrangem cerca de 80% do território municipal (NAKANO, 2006).

São Gabriel da Cachoeira é acessível por transportes aéreos e fluviais. Em seu principal aeroporto pousam e decolam, semanalmente, aviões vindos de Manaus. Está a uma distância fluvial de 1.061 km pelo Rio Negro até Manaus. Não há conexões terrestres com outros municípios da região. A única via aberta através da floresta é a BR 307 que liga a sede municipal ao núcleo de Cucuí, localizado na divisa entre Brasil e Venezuela. Essa via, construída pelo Programa Calha Norte, não está pavimentada e não se encontra em boas condições. Por estar na faixa de fronteira entre Brasil, Colômbia e Venezuela e inserir-se em região de grande interesse nacional e internacional, São Gabriel da Cachoeira foi incluído em área de segurança nacional por meio da Lei Federal n. 5.449 de 1968. Essa condição estratégica intensifica a presença do Exército e da Aeronáutica no município (NAKANO, 2006).

Sendo uma região de fronteira, o exército está presente na sede do município, com o 5º BIS e seis pelotões de Fronteira sendo eles Maturacá, Iuarete, Querari, São Joaquim, Pará Cachoeira e Cucuí (NUNES, 2003).

A execução dos serviços de saúde bucal na região se dá por meio da Prefeitura Municipal de São Gabriel da Cachoeira (SEMSA/SGC) onde a população é assistida pelas quatro Estratégias Saúde da Família (ESF) (atenção básica) e pelo CEO e LRPD (atenção especializada). Os casos de não resolubilidade nos polos base, o DSEI/ARN referencia os pacientes para as unidades da prefeitura. Assim atuam o SUS e seu Subsistema de Atenção à Saúde Indígena de forma complementar.

## 2.2 Estratégia da Pesquisa

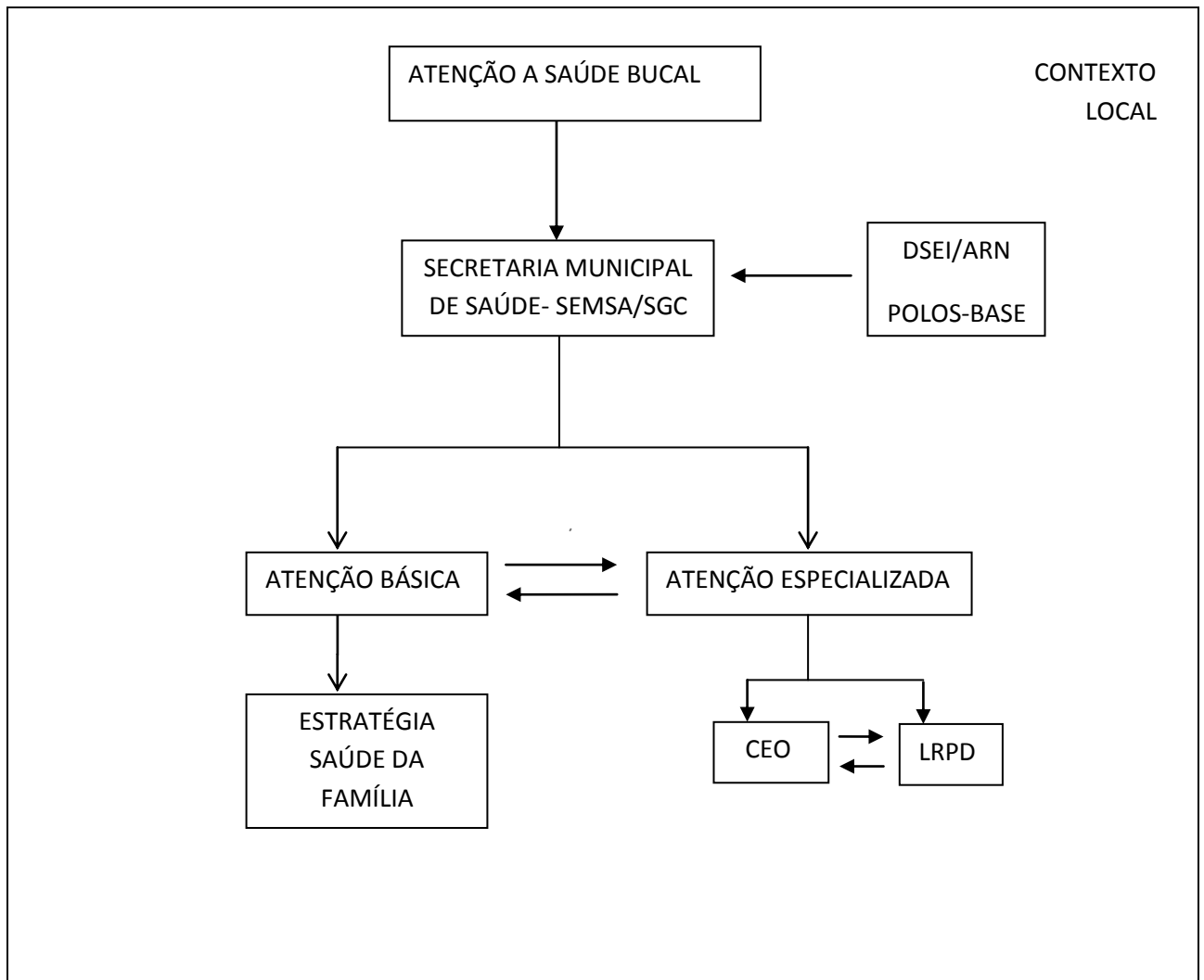
A estratégia utilizada foi a de estudo de caso único. De um modo geral, o estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado de seu contexto (YIN, 2001). Limita-se à análise em profundidade de um fenômeno em um só meio (HARTZ, 1997). É uma estratégia de pesquisa que remete a questões do tipo “como” e “por que”, não exige controle sobre eventos comportamentais e focaliza acontecimentos contemporâneos (YIN, 2001).

No estudo de caso único, do tipo crítico, o pesquisador confronta um modelo-teórico com uma realidade empírica, este modo de estudo oferece conclusões que poderão eventualmente servir para explicar situações análogas (DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

Foi elaborado um modelo da estrutura organizacional dos serviços de saúde bucal do município, além de apresentar uma imagem visual de como é seu funcionamento e quais os resultados esperados, permite um estudo detalhado da estrutura organizacional do serviço a ser avaliado (HARTZ, 2005) (Figura 1). Um modelo-lógico foi elaborado de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos DSEIs com o objetivo de explicitar os componentes da PNSB e suas inter-relações, bem como os fatores relevantes do contexto onde se desenvolve, descrevendo suas potenciais influências sobre os resultados esperados (Figura 2).

Na figura 1, a organização dos serviços de saúde bucal pauta-se na complementaridade entre o SUS e seu Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, onde a SEMSA/SGC é responsável pela população residente nas áreas urbanas e os polos base do DSEI/ARN pela população rural. Nos casos de não resolubilidade do DSEI o paciente é referenciado a rede de atendimento do SUS.

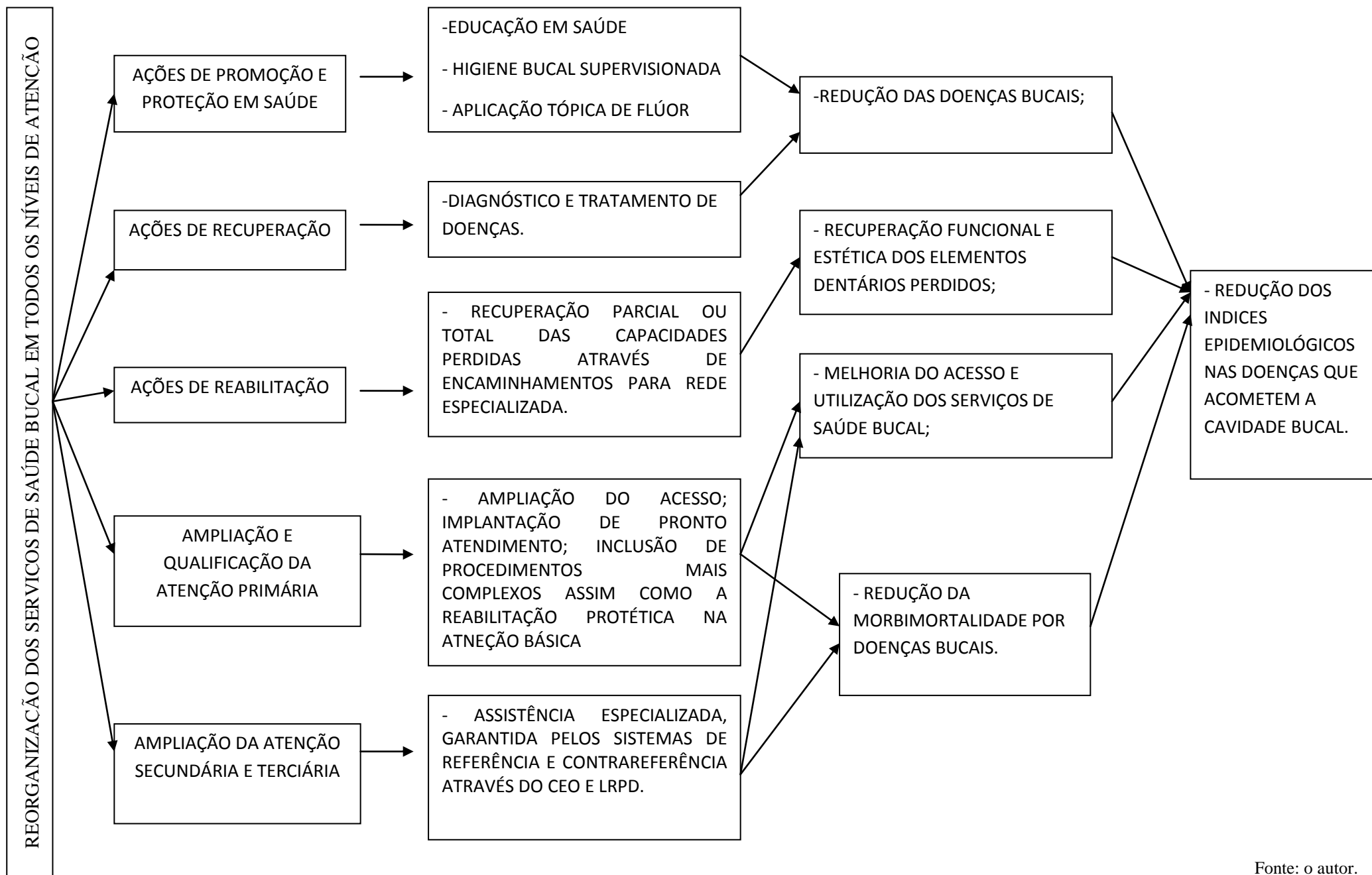
Figura 1. Estrutura organizacional dos serviços de Saúde Bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas.



Fonte: o autor

Na figura 2, mostra um modelo lógico com um entendimento dos objetivos da atenção à saúde bucal, ações desenvolvidas, a maneira de desenvolvê-las (processos), resultados esperados e os impactos na saúde bucal da população.

Figura 2 - Modelo lógico da atenção à saúde bucal - Adaptado segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) e Diretrizes de Atenção a Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Brasil, 2007).



Uma matriz de avaliação foi desenvolvida com base nos aspectos a serem avaliados, apresentando as dimensões de análise, critérios, fonte de coleta, as pontuações e os parâmetros que serão utilizados para avaliação. Foram selecionadas para análise as dimensões de estrutura e processo. Essa matriz foi baseada e adaptada segundo estudo de Bueno et al. (2011) (Quadro 1).

A apreciação da estrutura trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Compararam-se então os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A apreciação do processo trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Assim, visando oferecer serviços para uma clientela pode ser decomposta em três dimensões: a dimensão técnica (adequação dos serviços às necessidades; inclui a apreciação da qualidade dos serviços), a dimensão das relações interpessoais (interação psicológica e social que existe entre os clientes e os produtores de cuidados) e a dimensão organizacional (acessibilidade aos serviços, extensão da cobertura dos serviços oferecidos pela intervenção considerada, globalidade e continuidade dos cuidados e dos serviços) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). No presente estudo foi dada ênfase na dimensão técnica e organizacional.

Para compor a dimensão “estrutura” os materiais foram coletados através de fontes primárias com questionário estruturado e entrevista com roteiro semiestruturado (apêndice A, B e C) realizada com o Secretário Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, diretores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) / Estratégia Saúde da Família (ESF), Cirurgiões-Dentistas (CDs), o chefe do DSEI-ARN, as coordenadoras de saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do DSEI-ARN e a responsável técnica das UBS-ESF totalizando 30 entrevistados. Os participantes das entrevistas foram convidados a assinar o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para realização das mesmas (Apêndice D). As fontes secundárias foram oriundas de bases nacionais como Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), DATASUS e IBGE; Planos Municipais de Saúde; Plano distrital de saúde; documentos referentes à saúde bucal: projetos desenvolvidos e relatórios de ações desenvolvidas. As subdimensões utilizadas para medir o grau de implantação em relação à *estrutura* foram: instalações físicas, equipamentos, instrumentais e materiais odontológicos, recursos humanos e planejamento.

As Unidades de Saúde estão representadas no presente estudo por letras, a saber, (A), (B), (C) e (D) Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), (E) o CEO. Todas essas instâncias possuem serviço odontológico ativo, sob a gestão municipal, inseridos no contexto do Sistema Único de Saúde-SUS responsáveis pelo atendimento à população indígena e não indígena residente nos centros urbanos do município informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Embora o objetivo do estudo não fosse avaliar a estrutura das unidades de saúde do DSEI-ARN devido maior grau de dificuldade de acesso, aspectos logísticos e operacionais e condições de infraestrutura, foi realizada uma visita in loco do Polo-Base de Ilha das Flores, um dos 25 Polos-Bases do DSEI/ARN/SGC (representado pela letra F) pertencente ao seu município sede. A visita ao Polo-Base Ilha das Flores teve o intuito de se verificar como se encontra a estrutura física de um estabelecimento de saúde indígena e se o mesmo está de acordo com a Portaria n.840/2007 que estabelece as Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas (Tabela 8). Foi realizada uma avaliação normativa onde foram adotados parâmetros para verificar se correspondia a estrutura física recomendada. Alguns ambientes (área coberta para veículo e sala de motoristas) foram retirados do quadro, pois os mesmos não estabeleciam critérios condizentes ao nosso estudo.

Para compor a dimensão “processo”, foram analisados os indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2009 a 2010, assim como também as ações de saúde bucal disponibilizadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com relação aos procedimentos odontológicos de atenção básica e especializada. As subdimensões utilizadas para medir o grau de implantação em relação ao *processo* foram à promoção e proteção em saúde, o sistema de informação em saúde e o acesso.

Pontuações foram estabelecidas para cada subdimensão avaliada que ao final foram somadas e contabilizadas para estimar o grau de implantação do serviço de saúde bucal. A classificação final do grau de implantação proposta foi a de “quartil”, por entendê-la como uma possibilidade maior de detalhamento do grau de implantação. Na estatística descritiva, um quartil é qualquer um dos três valores que divide o conjunto ordenado de dados em quatro partes iguais, e assim cada parte representa  $\frac{1}{4}$  da amostra ou população. Essa classificação foi utilizada por Rebelo Vieira (2010), em que o grau de implantação foi considerado satisfatório com valores acima de 75%; aceitável, entre 50% e 75%; regular, entre 25% e 49%; e crítico, abaixo de 25%. No presente estudo optou-se em substituir a palavra regular pela palavra insatisfatória quanto ao valor entre 25% e 49%. Esse percentual foi obtido através do quociente entre a pontuação obtida pela pontuação máxima, multiplicado por 100.

Quadro I. Matriz utilizada na avaliação do Serviço de Saúde Bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, AM.

SUBDIMENSÃO DE ANÁLISE	CRITÉRIOS	FONTE DE COLETA	PONTOS MÁXIMOS	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
INSTALAÇÕES FÍSICAS	a) A implantação e localização dos estabelecimentos foram feitas de acordo com as características da sua área de abrangência.	Entrevista e visita	02	Crítico < 25% Insatisfatório 25 - 49% Aceitável 50 - 75% Satisfatório > 75%
	b) os estabelecimentos de saúde seguem as normas segundo a RDC50/ ANVISA.	Entrevista e visita	02	
	c) há consultórios odontológicos satisfatórios e em funcionamento nos estabelecimentos de saúde.	Entrevista e visita	02	
	d) há a quantidade exata de consultórios odontológicos conforme a classificação do CEO instalado no município.	Entrevista e visita	02	
	e) há espaços para realização de ações de saúde bucal, e escovódromo.	Entrevista e visita	04	
	f) há entrada diferenciada para pacientes com necessidades especiais	Entrevista e visita	02	
	g) a radiologia no estabelecimento de saúde segue as normas da portaria	Entrevista e visita	02	



	n <sup>os</sup> 453 (diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico).			
	Subtotal	-	16	
<b>EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS</b>	a) há equipamentos em condições de uso e em quantidade suficiente para uso.	Entrevista e visita	02	Crítico < 25% Insatisfatório 25 - 49% Aceitável 50 - 75% Satisfatório > 75%
	b) há frequência de serviços de manutenção dos equipamentos.	Entrevista e visita	02	
	c) há materiais de consumo em quantidade e diversidade que atenda a necessidade de atividades básicas.	Entrevista e visita	02	
	d) os instrumentais odontológicos estão em número suficientes para o atendimento diário e em diversidade conforme a especialidade.	Entrevista e visita	02	
	e) há materiais educativos para realização de atividades preventivas em saúde bucal.	Entrevista e visita	02	
	Subtotal	-	10	
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	a) há proporção entre o número de dentistas com a área de cobertura atendida.	Entrevista e dados secundários	02	Crítico < 25% Insatisfatório 25 - 49%
	b) a equipe de saúde bucal é constituída de	Entrevista e		

	<p>profissionais conforme categoria CD, TSB e ASB.</p> <p>c) há cursos de educação continuada aos profissionais de saúde bucal.</p> <p>d) há interdisciplinaridade e multiprofissionalismo entre as equipes de saúde.</p> <p>Subtotal</p>	<p>dados secundários</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista e visita</p> <p>-</p>	<p>02</p> <p>02</p> <p>02</p> <p>08</p>	<p>Aceitável 50 - 75%</p> <p>Satisfatório &gt; 75%</p>
<b>PLANEJAMENTO</b>	<p>a) há participação da população nos planejamentos em saúde.</p> <p>b) há controle social ativo e presente.</p> <p>c) há levantamentos epidemiológicos periódicos realizados e se houver são utilizados no planejamento.</p> <p>d) são realizadas avaliações das ações tendo em vista os resultados dos levantamentos epidemiológicos.</p> <p>Subtotal</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista e análise documental</p> <p>Entrevista e análise documental</p> <p>-</p>	<p>02</p> <p>02</p> <p>02</p> <p>02</p> <p>08</p>	<p>Crítico &lt; 25%</p> <p>Insatisfatório 25 - 49%</p> <p>Aceitável 50 - 75%</p> <p>Satisfatório &gt; 75%</p>
<b>PROMOÇÃO E PROTEÇÃO EM SAÚDE.</b>	<p>a) a promoção de saúde está inserida em um conceito amplo de saúde que transcende o setor odontológico.</p>	<p>Entrevista</p>	<p>02</p>	<p>Crítico &lt; 25%</p> <p>Insatisfatório 25 - 49%</p>

	<p>b) as ações de saúde bucal são realizadas por componentes da equipe de saúde bucal (CD, TSB e ASB).</p> <p>c) nas ações de proteção há distribuição de escovas e cremes dentais.</p> <p>d) há realização de educação em saúde (ATF, escovação supervisionada) nas unidades de saúde.</p> <p>e) há serviços de referência e contrarreferência nos casos de complexidade ou atendimento especializado que compete cada caso de reabilitação.</p> <p>Subtotal</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista e visita</p> <p>Entrevista e visita</p> <p>-</p>	<p>02</p> <p>02</p> <p>02</p> <p>02</p> <p>10</p>	<p>Aceitável 50 - 75%</p> <p>Satisfatório &gt; 75%</p>
<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>	<p>a) há alimentação frequente do sistema de informação da saúde bucal (SIA-SUS, SIAB).</p> <p>b) após o término de atendimento, os procedimentos são preenchidos nas fichas padronizadas para posterior alimentação do sistema de informação.</p> <p>c) Há treinamento frequente para a execução do SIASI.</p>	<p>Entrevista, visita e dados secundários.</p> <p>Entrevista e visita</p> <p>Entrevista</p>	<p>02</p> <p>02</p> <p>02</p>	<p>Crítico &lt; 25%</p> <p>Insatisfatório 25 - 49%</p> <p>Aceitável 50 - 75%</p> <p>Satisfatório &gt; 75%</p>

	<p>d) há suporte físico satisfatório (computadores, internet) para o SIASI.</p> <p>Subtotal</p>	Entrevista e visita	-	08	
<b>ACESSO</b>	<p>a) há fluxo estruturado de referência e contrarreferência para serviços de maior complexidade</p> <p>b) há prioridade nos casos de dor, infecção e sofrimento.</p> <p>c) há atendimento domiciliar nos casos de pacientes enfermos impossibilitados de locomoção.</p> <p>d) a oferta de serviços é condizente com ao contingente populacional.</p> <p>e) observa-se ampliação e qualificação da assistência de forma a garantir acesso e qualidade no atendimento.</p> <p>f) há serviços de urgência e emergência em unidades de saúde do SUS.</p>	Entrevista e visita	02		Crítico < 25% Insatisfatório 25 - 49% Aceitável 50 - 75% Satisfatório > 75%
		Entrevista e visita	02		
		Entrevista	02		
		Entrevista e análise documental	02		
		Entrevista	02		
		Entrevista e visita	02		

	g) há inserção de saúde bucal nos programas integrais de saúde. (grupo de crianças, adultos, idosos, gestantes).	Entrevista e visita	02	
	Subtotal	-	14	

Fonte: adaptado de acordo com Bueno et al. (2011).

### **2.3 Contexto Organizacional Local no Grau de Implantação dos Serviços de Atenção à Saúde Bucal**

A análise de implantação visa, entre outras coisas, definir a influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação de intervenção. O modelo escolhido para analisar o contexto na ocasião deste estudo foi o modelo do desenvolvimento organizacional.

Esta abordagem sugere que um contexto favorável a implantação se caracteriza pela presença de um estilo participativo de gestão, de uma descentralização dos processos de decisão e mecanismos que favorecem uma boa comunicação na gestão (DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

Para a análise da relação do contexto organizacional local ao grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal, durante as entrevistas, buscou-se o ponto de vista dos autores, constando apenas algumas questões pertinentes ao objeto de pesquisa. Com base nas entrevistas procurou-se entender o contexto do grau de implantação e entender melhor o funcionamento dos serviços de saúde.

Este projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde do município de São Gabriel da Cachoeira (Anexos 4, 5, 6) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal do Amazonas com um parecer de aprovação concedido à pesquisa sob o número de registro CAAE: 00826112900005020 (Anexo 7).

#### **2.4 Financiamento**

Esta pesquisa faz parte do Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia do Programa de Apoio a Núcleos de Excelência- PRONEX/FAPEAM/CNPq (em anexo). Foi financiada pelo PRONEX, em projeto aprovado sob o Edital FAPEAM/CNPq 003/2009, coordenado pela pesquisadora Prof. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira do Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz (Anexo 8 ).

## CAPÍTULO 3: RESULTADOS

### 3.1 Grau de implantação dos serviços de atenção à saúde bucal de SGC/AM.

Tabela 1. Classificação do grau de implantação das unidades de saúde em SGC/AM.

DIMENSÃO	PONTOS MÁXIMOS	Σ PONTUAÇÃO OBTIDA		GRAU DE IMPLANTAÇÃO
		N	%	
<b>ESTRUTURA E PROCESSO</b>	402	202	50,25	<b>ACEITÁVEL</b>

A tabela 1 apresenta a classificação do grau de implantação nas dimensões estrutura e processo dos serviços de saúde bucal do município de SGC/AM como Aceitável (50,25%).

### 3.2 Grau de implantação das unidades de saúde na dimensão estrutura.

Tabela 2. Classificação do grau de implantação das unidades de saúde quanto a estrutura em SGC/AM.

UNIDADES SAÚDE/ SUBDIMENSÕES DE ANÁLISE	Ì.F. (Σ da pontuação obtida)		E.M.I.O (Σ da pontuação obtida)		R.H. (Σ da pontuação obtida)		PLANEJ. (Σ da pontuação obtida)		TOTAL DE PONTO OBTIDO (TODAS SUBDIMENSÕES)		GRAU DE IMPLANTAÇÃO DIMENSÃO ESTRUTURA
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>A</b>	4	25	8	80	4	50	4	50	20	47,61	<b>INSATISFATÓRIO</b>
<b>B</b>	4	25	8	80	4	50	4	50	20	47,61	<b>INSATISFATÓRIO</b>
<b>C</b>	4	25	8	80	4	50	4	50	20	47,61	<b>INSATISFATÓRIO</b>
<b>D</b>	2	12,5	8	80	4	50	4	50	18	42,85	<b>INSATISFATÓRIO</b>
<b>E</b>	4	25	7	70	3	37,5	4	50	18	42,85	<b>INSATISFATÓRIO</b>

Parâmetros: < 25% (crítico); 25-49%(insatisfatório); 50-75% (aceitável); > 75% (satisfatório).

Foram analisados cinco estabelecimentos de saúde quanto à estrutura. O grau de implantação em relação a esta dimensão, em todas as unidades, foi classificado como

insatisfatório (Tabela 2). A primeira subdimensão avaliada foi *instalações físicas* onde 80% das unidades obtiveram grau de implantação insatisfatório. Para enunciar este resultado alguns critérios foram julgados, dentre eles procurou-se identificar se a implantação e localização dos estabelecimentos foram feitas de acordo com as características geográficas, quantitativo da população, condições de acesso e o perfil epidemiológico da sua área de abrangência, como resultado observou-se que durante as entrevistas com diretores das unidades de saúde não foram relatadas informações condizentes com este critério. Um segundo critério analisado foi verificar se os estabelecimentos de saúde seguiam a Resolução – RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, as unidades não conseguiram alcançar as normas estabelecidas por esse regulamento, dentre elas a ausência de uma entrada diferenciada para pacientes com necessidades especiais e falhas nos critérios estabelecidos do uso da radiologia nos estabelecimentos de saúde. O próximo critério apontado foi sobre os consultórios odontológicos das unidades (Anexos 9,10 e 11), onde se observou que as unidades A, B e C mostraram consultórios satisfatórios e em funcionamento, já nas unidades D e E foram observadas as menores instalações. Quando se falava em atividades preventivas como palestras e escovação supervisionada, espaços para realização de ações de saúde bucal puderam ser observados, porém as unidades eram desprovidas de escovódromos/ escovário.

Quanto à subdimensão de equipamentos, materiais de consumo e instrumentais odontológicos. Com exceção da unidade E que obteve um grau de implantação aceitável, todas as outras obtiveram grau de implantação satisfatório. Os equipamentos encontravam-se em condições de uso assim como havia disponíveis materiais de consumo para realização das atividades. Os instrumentais odontológicos estavam em quantidades aceitáveis para o atendimento diário. Para realização de atividades preventivas em saúde bucal encontraram-se



recursos como escovódromos portáteis, fantoches, kits com escova e dentífrico fluoretado. No critério de manutenção dos equipamentos 100% das unidades não possuíam convênios com uma assistência técnica especializada para tal execução.

Na subdimensão recursos humanos com exceção da unidade E que obteve grau de implantação insatisfatório, as outras obtiveram um grau aceitável. O município em questão conta com aproximadamente 37.896 pessoas de acordo com o Censo do IBGE/2010, o número de Equipe de Saúde Bucal (ESB) é insatisfatório para a cobertura da população urbana do município (19.054 hab.), existindo quatro ESB modalidade I (um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal) sendo necessária mais uma ESB para satisfazer o que preconiza a legislação pertinente. Observou-se a qualificação profissional nas ESF, por intermédio de parcerias com universidades, através do Telessaúde e programas de especialização UNA/SUS. Quanto à interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo entre os profissionais de saúde não foi observado.

A última subdimensão analisada foi o planejamento onde 100% das unidades obtiveram grau de implantação aceitável. O Plano Municipal de Saúde demonstra a organização do planejamento em diretrizes, metas e o período de execução, centrado nas áreas de condições de saúde da população, determinantes e condicionantes da saúde e gestão em saúde. Nesses planejamentos há a participação popular (controle social) através do Conselho Municipal de Saúde. Não há no município, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, levantamentos epidemiológicos assim como ações de monitoramento e avaliação das ações em saúde.

### 3.3 Grau de implantação das unidades de saúde na dimensão processo.

Tabela 3. Classificação do grau de implantação das unidades de saúde quanto ao processo em SGC/AM.

UNIDADES SAÚDE/ SUBDIMENSÕES DE ANÁLISE	P.P.S. ( $\Sigma$ da pontuação obtida)		S.I. ( $\Sigma$ da pontuação obtida)		ACESSO ( $\Sigma$ da pontuação obtida)		TOTAL PONTO OBTIDO (TODAS SUBDIMENSÕES)		DE GRAU DE IMPLANTAÇÃO DIMENSÃO PROCESSO
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>A</b>	6	60	4	50	10	71,43	20	62,50	<b>ACEITÁVEL</b>
<b>B</b>	6	60	4	50	10	71,43	20	62,50	<b>ACEITÁVEL</b>
<b>C</b>	6	60	4	50	10	71,43	20	62,50	<b>ACEITÁVEL</b>
<b>D</b>	6	60	4	50	10	71,43	20	62,50	<b>ACEITÁVEL</b>
<b>E</b>	3	37,5	4	50	9	64,28	16	50	<b>ACEITÁVEL</b>
<b>F</b>	4	40	2	25	4	33,3	10	31,25	<b>INSATISFATÓRIO</b>

Parâmetros: < 25% (crítico); 25-49% (insatisfatório); 50-75% (aceitável); > 75% (satisfatório).

O grau de implantação para a dimensão processo foi classificado como aceitável em cinco das seis unidades analisadas, a unidade F obteve um grau de implantação insatisfatório. A subdimensão promoção e proteção em saúde obteve um grau de implantação aceitável nas unidades A, B, C e D já nas E e F insatisfatório. Para atingir esse grau alguns critérios descritos a seguir foram avaliados. O conceito de promoção de saúde está restrito as atividades preventivas, não sendo observada a integração da saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. A educação em saúde realizada pela equipe de saúde bucal, geralmente pelos cirurgiões-dentistas, consiste em atividades de ATF, escovação supervisionada, palestras, porém, a distribuição de escovas e dentifrício fluoretado nem sempre está disponível a população. Sobre a atenção secundária aos usuários, não há no município uma central de regulação de marcação de consultas e encaminhamentos.

Na unidade F a ESB durante as viagens aos polos-base executa ações de caráter preventivo como ATF, escovação supervisionada, e quando disponível, a distribuição de kits com escova dentária e creme dental, em geral executam atividades de atenção básica. A tabela 4 mostra os procedimentos mais executados durante as visitas as comunidades. Observou-se que os procedimentos curativos mutiladores são predominantes quando comparados aos de prevenção. Houve também uma redução do número de procedimentos no período estudado. Os casos que não são resolvidos na atenção básica os pacientes recebem encaminhamentos para a procura de atendimento na rede do SUS no município sede.

Tabela 4. Procedimentos mais executados pela ESB nos Pólos-base do DSEI-ARN no município de São Gabriel da Cachoeira executados nos anos de 2009-2010.

<b>Tipo de procedimento</b>	<b>Ano</b>	
	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>1.Proced. individ. preventivos</b>	1004	708
<b>2.Proced. restauradores</b>	7838	3519
<b>3.Proced. Cirúrgicos básicos</b>	4068	2167
<b>4.Periodontia básica</b>	627	340
<b>Total</b>	<b>13537</b>	<b>6734</b>

Fonte: SIASI (arquivos do DSEI/ARN-São Gabriel da Cachoeira).

Classificaram-se como procedimentos individuais preventivos a aplicação terapêutica de flúor; aplicação cariostático - por dente; aplicação selante - por dente; evidenciação de placa bacteriana - por indivíduo. Destes a aplicação de selante em 2009 obteve maior proporção 39,54% em contrapartida a evidenciação de placa bacteriana obteve menor 0,1%. Em 2010 a aplicação de cariostático ficou com 41,38% ao passo que também a evidenciação da placa bacteriana obteve o menor índice 0,2%. Houve uma diminuição de procedimentos individuais preventivos no período estudado.

Foram classificados como procedimentos restauradores a proteção de complexo dentino-pulpar, tratamento restaurador atraumático, restauração com ionômero de vidro, restauração em resina, restauração de amálgama e outras restaurações. Dentre os procedimentos descritos os mais executados foram o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) (73%, 2009 e 73,45%, 2010) merece destaque também a porcentagem de restauração em resina 12,14% e 14,75%, respectivamente.

Para os procedimentos cirúrgicos empregaram-se as extrações de dentes decíduos, extrações de dentes permanentes e outras cirurgias. No ano de 2009 o número de extração de dentes permanentes foi superior aos dentes decíduos, em contrapartida, o ano de 2010 obteve um maior índice de dentes decíduos quando comparados aos permanentes.

Nos procedimentos de periodontia básica predominam as atividades de raspagem supra e subgingival, onde as primeiras são mais executadas do que as últimas.

Sobre a subdimensão Sistema de Informação em Saúde a unidade F obteve um grau de implantação insatisfatório quando comparado às demais que obtiveram o grau aceitável. Nas unidades os profissionais de saúde preenchem as fichas após o atendimento clínico e repassavam aos técnicos responsáveis à produção diária para posterior alimentação do sistema de informação em saúde. Não há na unidade F alimentação regular do sistema, observando-se durante visita ao setor de funcionamento do SIASI no DSEI/ARN/SGC o acúmulo de fichas na sala.

Avaliou-se também a produção ambulatorial das unidades de saúde através de dados contidos no SIA/SUS. As tabelas 5 e 6 expressam em números esses dados no período 2009-2010.

Tabela 5. Produção Odontológica nas UBS/ESF 2009-2010.

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>1.Primeira consulta odontol. programática</b>	13.035	9.028
<b>2.Procedimentos individ. preventivos</b>	7.270	684
<b>3. Procedimento coletivo preventivo</b>	14.043	6.913
<b>4.Procedimentos cirúrgicos básicos</b>	3.059	187
<b>5.Periodontia básica</b>	9.013	56
<b>6. Procedimentos restauradores</b>	13.941	684
<b>TOTAL</b>	<b>47.326</b>	<b>8.524</b>

Fonte: SIA/SUS

Através da análise da tabela 5 observou-se que o município tem se preocupado em trabalhar em razão dos principais indicadores de saúde bucal (primeira consulta programática e ações coletivas em saúde bucal). Observou-se também uma redução na quantidade de procedimentos do ano de 2009 para 2010, o que ser explicado por um período de troca de gestão e reforma de algumas unidades de saúde. Os procedimentos considerados “mutiladores” tem mostrado redução quando comparado aos de cunho preventivo.

A tabela 6 mostra a produção odontológica por especialidades do CEO nos anos de 2009-2010. Com base no que se estabelece a portaria n. 1570/2004, por ano, deve-se produzir 1080 procedimentos do subgrupo da periodontia; 720 da endodontia; 1080 da CBMF e odontologia cirúrgica básica. Com exceção dessa última especialidade, as outras atingiram os números de procedimentos desejados.

Tabela 6. Produção Odontológica no CEO 2009-2010

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>1.Periodontia</b>	2.535	1.914
<b>2. Endodontia</b>	1.394	2.524

<b>3.Cirurgia Buco Maxilo Facial</b>	599	764
<b>4.Prótese Odontológica</b>	887	432
<b>TOTAL</b>	5.415	5.634

Fonte: SIA/SUS

A produção referente aos serviços de prótese odontológica baseou-se em procedimentos de reembasamento e conserto de próteses dentárias (maior número dentre os procedimentos); confecção de próteses totais e parciais maxilares e mandibulares e em menor número coroa provisória.

O acesso, última subdimensão do processo, mostrou como resultados o grau de implantação aceitável nas unidades A, B, C, D e E. A procura aos serviços de saúde pelos usuários se dá por demanda espontânea quando os usuários procuram as unidades de saúde para atendimento e por agendamento quando as ESB visitam os domicílios e verificam a necessidade de tratamento agendando os pacientes para serem atendidos nas unidades. Como pressupostos da ampliação e qualificação da assistência, há a garantia dos serviços de urgência na atenção básica onde cada unidade reserva duas vagas por turno para este tipo de atendimento, podendo este número ser aumentado de acordo com a procura. Foi verificada também nesta subdimensão a inserção da equipe de saúde bucal nos programas integrais de saúde (grupo de idosos, crianças, gestantes) com exceção da unidade F. E por último julgou-se o critério oferta de serviços de acordo com o contingente populacional e verificou-se que a cobertura de serviços está abaixo de 50% sendo, portanto, considerado insatisfatório.

Na unidade F o grau de implantação foi insatisfatório. A rede de atendimento que o abrange é desprovida de postos de saúde indígena. O número de vezes em que a ESB visita os Polos é em média duas vezes ao ano. A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena não foi priorizada como instrumento fundamental da adequação das ações dos

profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades dos povos indígenas. A integralidade da assistência não é alcançada. Não há uma articulação estruturada na referência e contrarreferência dos pacientes às unidades de saúde.

Ainda como parte da metodologia realizou-se a pesquisa em Bases Nacionais como o CNES, SIASI com o intuito de verificar através de números como se dá a produção ambulatorial, o número de pessoas atendidas, usuários referenciados e número de procedimentos realizados (Tabela 7).

Tabela 7. Atenção à saúde dos Polos-Bases no período de 2009-2010.

Pólo- Base	Pessoas atendidas		Procedimentos		Usuários referenciados		Total da população
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	
CAMARÃO	337	254	998	703	9	2	1029
CANADÁ	244	201	520	943	1	2	1007
CARURU TIQUIÉ	173	141	351	224	3	0	690
CARURU UAUPÉS	458	12	1271	31	0	0	824
CUCUÍ	230	85	505	125	0	0	1033
CUMATÍ	191	238	420	648	0	5	960
ESTRADA	425	219	1075	681	0	9	765
ILHA DAS FLORES	281	0	808	0	0	0	1143
JURUTÍ	403	90	895	196	0	9	1098
MÉDIO UAUPÉS	344	115	1291	49	115	0	1208
PARÍ CACHOEIRA	418	224	1240	450	25	0	899
PATOS	246	8	579	24	0	0	891
SÃO JOAQUIM	170	0	353	0	2	0	1089
SÃO JOSÉ II	270	13	623	29	1	0	1700
TAPERERA	266	683	312	1213	28	4	1599
TARACUÁ	391	151	912	364	10	2	1286
TUCUMÃ	168	2	368	4	0	0	837
TUNUÍ CACHOEIRA	306	91	695	197	0	1	1283
YAUARETÊ	550	531	1589	1732	8	2	2719
<b>TOTAL</b>	<b>5871</b>	<b>3058</b>	<b>14805</b>	<b>7613</b>	<b>200</b>	<b>36</b>	<b>22060</b>

Fonte: SIASI (arquivos do DSEI/ARN- São Gabriel da Cachoeira e Plano Distrital de Saúde).

Tendo em vista o total da população no período estudado, o número de pessoas atendidas nos dezenove polos-base foi de 26,61% em 2009, e 13,86% em 2010. O número de procedimentos realizados em 2009 atingiu um percentual de 67,11% e em 2010 34,51%. O

número de usuários referenciados em 2009 foi inferior ao de 2010 e as especialidades em que mais foram referenciados pacientes foram a endodontia e prótese dentária, de acordo com dados do SIASI do DSEI/ARN.

Durante visita ao Polo-Base Ilha das Flores não se observou uma sede própria desse Polo-Base. Quatro comunidades pertencentes a esse Polo foram visitadas. Não se encontrou o mínimo de estrutura física para atendimento, onde o mesmo era realizado no improvisado em cima de mesas, cadeiras e o que estivesse por perto. Por não existir ao menos uma sala própria para acomodação da equipe, durante visita as famílias, o atendimento ou cadastramento era realizado na própria casa das famílias. A tabela 8 mostra o que foi observado quanto à estrutura do Polo

Tabela 8. Estrutura física do Polo-base Ilha das Flores.

<b><u>ESTRUTURA FÍSICA RECOMENDADA</u></b> <b><u>AMBIENTE</u></b>	<b><u>PARÂMETROS</u></b>	
	<b><u>PRESENTE</u></b>	<b><u>AUSENTE</u></b>
Sala administrativa- chefia		X
Sala administrativa- apoio		X
Sala para técnico SIASI		X
Sala para referência		X
Sala de técnicos em saneamento		X
Almoxarifado		X
Sala de reunião e educação em saúde		X
Sala de armazenamento e distrib. de medicamentos		X
Sala de recepção espera e registro de pacientes		X
Varanda com bancada, lavatório e escovódromo		X
Consultório de enfermagem com baneheiro (pne)		X
Consultório indiferenciado		X
Consultório odontológico		X
Sala de procedimentos		X
Sala de vacinação		X
Central de material esterilizado		X
Área para guarda de macas e cadeira de rodas		X
Sanitários femininos e masculinos para público		X
Sanitários femininos e masculinos para funcionários		X
Copa		X
Depósito para material de limpeza com tanque		X

Fonte: Adaptado de acordo com as Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas(Brasil,2007b).



## CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos, verificou-se que as condições de infraestrutura das unidades de saúde pesquisadas encontravam-se insatisfatórias. Os espaços físicos dos consultórios, cerca de 80%, eram limitados dificultando assim a locomoção da equipe de saúde bucal, do paciente e de seu acompanhante. Essa falta de espaço influenciava negativamente na proteção da equipe durante a realização de tomadas radiográficas, pois algumas unidades não possuíam a distância de 2 metros preconizada e não havia aventais plumbíferos. No momento da pesquisa, a unidade D encontrava-se em reforma, porém, através de relato de profissional essa possuía o menor espaço de todas as unidades. Em relação às instalações físicas das Unidades de Saúde, o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008) recomenda alguns critérios que devem ser considerados na elaboração desses projetos arquitetônicos, sendo assim as unidades de saúde pouco responderam a essas recomendações, bem como o espaço físico dos consultórios odontológicos mostrou-se aquém do desejado (Anexos 9, 10, 11).

Essa realidade assemelha-se aos resultados do estudo de Rocha e Araújo (2009) em que analisam as condições de trabalho das equipes de saúde bucal no programa saúde da família do Distrito Sanitário Norte em Natal-RN onde a estrutura física mostrou-se inadequada identificada por 98,29% dos dentistas como o fator negativo que mais influencia suas condições de trabalho com relação ao ambiente físico e a falta de espaço para as ações educativas. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Moura et al. (2010) que avaliaram a estrutura das unidades de saúde de dois municípios da Bahia observando-se deficiências quanto à estrutura física das unidades nos dois municípios, infiltrações e instalações inadequadas, condições inadequadas de biossegurança e falta de materiais de limpeza, equipamentos e insumos. Já no estudo de Niquini et al. (2010) que avaliou sete

unidades de saúde da família para oferta de assistência de pré-natal no município do Rio de Janeiro, todas as unidades avaliadas possuíam planta física mínima para assistência, condições satisfatórias de infraestrutura para execução das atividades e recursos materiais adequados para as ações.

Em relação à subdimensão equipamentos, instrumentais odontológicos e materiais de consumo, durante entrevista com os Cirurgiões-Dentistas classificaram como bom o local de atendimento onde trabalham, onde é permitido realizar os procedimentos de maneira satisfatória. Unâimes em relatar a disponibilidade de insumos odontológicos em quantidades suficientes e diversidade para o atendimento diário. Equipamentos e instrumentais bons para uso, porém, apontaram pelo menos uma vez, a falta de atendimento por falta de material, instrumental ou problemas em equipamentos. Por questões de logística entre outras, não há frequência de serviços de manutenção dos equipamentos odontológicos, não havendo no município uma equipe técnica capacitada voltada para esses serviços. O estudo de Silva (2008) retratou uma realidade bem diferente da encontrada nesse estudo, ao avaliar a atenção à saúde bucal no programa saúde da família do Recife encontrou sobre a estrutura, e mais especificamente em relação aos equipamentos, unidades de saúde da família montadas com equipamentos remanescentes das unidades tradicionais que foram transformadas, ressaltando que muitos desses equipamentos já eram velhos. Em estudo realizado em municípios de São Paulo, Leal e Tomita (2006) encontraram como uma das dificuldades das ESB o fato de os equipamentos serem muito velhos, o que gera a maior necessidade de manutenção, dificuldade do atendimento do cirurgião-dentista e põe em risco a qualidade do serviço. Ainda vale citar o estudo de Soares e Paim (2011) que destacam uma rede insuficiente de equipamentos em unidades de saúde do município de Salvador.

Quanto aos Recursos Humanos, a quantidade de equipes de saúde bucal presentes no município (100% modalidade D) mostrou-se inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde

através da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, ao recomendar um CD para quatro mil habitantes. Encontrou-se 4 ESB no município sendo necessária mais 1 equipe para satisfazer as recomendações da legislação para atender a população urbana. Alguns estudos também registram essa carência de profissionais, no que tange a contratação e rotatividade de profissionais chegando até a paralisar as atividades na unidade de saúde por falta destes (ANJOS et al. 2011; COLUSSI; CALVO, 2011; SOARES; PAIM, 2011). Ainda nesse contexto o processo de trabalho em saúde bucal requer dentre outros a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo. Essas equipes não podem se limitar ao campo técnico- odontológico devendo haver uma interação com as outras equipes permitindo assim a abordagem do indivíduo como um todo, beneficiando na ampliação de seu conhecimento (BRASIL, 2004). Durante a visita as unidades observou-se uma interação entre os profissionais de saúde, porém essa não refletiu no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Bucal, constatando-se um trabalho técnico isolado e centrado na sua área específica de atuação. Outro fator relevante apontado no que concerne aos recursos humanos foi à educação permanente aos profissionais das equipes da atenção básica. A portaria n. 2.488/2011 discorre também sobre a importância da educação continuada através da troca de experiências, discussão em grupos, aprendizado qualificado através de cursos e especializações. A SMS /SGC propicia aos cirurgiões-dentistas cursos e palestras através de Teleconferências e especializações em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA/SUS). Com relação a essa capacitação dos profissionais de saúde achados semelhantes foram encontrados no estudo de Niquini et al. (2010), onde esses afirmaram participar de programas de capacitação desenvolvidos pela Secretaria de Saúde. No que concerne essa capacitação o estudo de Anjos et al. (2011) contraria o presente estudo onde os recursos humanos constitui-se o problema central quanto à capacitação e motivação.

No que se refere ao planejamento, a Constituição Federal de 1988 o assegura como uma função estratégica de gestão. Sendo assim o Plano Municipal de Saúde torna-se um importante instrumento de gestão do serviço e de controle social na saúde. Segundo Almeida e Ferreira (2008) a utilização de estudos avaliativos e levantamento epidemiológico como norteador do planejamento e realização das ações ainda são incipientes na área de saúde bucal. Santos e Merhy (2006) acrescentam que a avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. De acordo com Hartz (1999, p. 343) “à medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação de programas baseados em princípios epidemiológicos, necessários para determinar estratégias de maior efetividade é consensualmente tida como indispensável”. No município em estudo não se observou levantamento epidemiológico nem o uso de recursos avaliativos para o monitoramento das ações em saúde do município, logo, não inseridos no planejamento. Quanto à utilização de instrumentos de avaliação para verificar mudanças ou impacto nos indivíduos ou grupos beneficiados com as ações, o estudo de Almeida e Ferreira (2008) constatou que a maioria dos dentistas relatou a inexistência de instrumentos avaliativos (73,7%). O gestor local tem ciência da ausência dessa importante ferramenta, no entanto, não se visualizou no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 estratégias para que possa programá-los.

Quanto à subdimensão promoção e proteção em saúde, a portaria n. 687/06 que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde discorre, dentre outros: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e incorporar e implementar ações de promoção de saúde, com ênfase na atenção básica”. No

campo da saúde bucal a prevenção e proteção tem-se destacado no desenvolvimento de ações como ATF, escovação supervisionada, distribuições de escova e cremes dentais e palestras (ALMEIDA; FERREIRA, 2008), todos com cunho técnico-odontológico sem haver a transcendência para outros campos da área de saúde. Em um entendimento em que a promoção da saúde está inserida em um campo que extrapola as atividades de cunho preventivo, Kusma et al. (2012) enfatizam que boa parte das práticas anunciadas como de “promoção da saúde”, sobretudo no nível da atenção primária, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada, palestras, aplicações de fluoretos, desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares.

No que tange a proteção em saúde e a sua incorporação aos serviços de saúde o MS (BRASIL, 1990) ao descrever o fluxo de usuários no sistema define Referência e Contrarreferência:

“Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado”.

“Por contrarreferência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contrarreferência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde”.

O município de São Gabriel da Cachoeira é desprovido de um sistema de regulação e os pacientes são encaminhados da rede básica para a de média complexidade através de encaminhamentos, porém, esses não garantem o controle e atendimento nas unidades de

saúde. Pimentel et al. (2010) acrescentam a esses achados um ponto importante que é a forma de como esse encaminhamento é feito, pois quanto mais rápido e confiável for esse encaminhamento, maiores as chances do paciente seguir o fluxo correto da referência. Segundo o Manual da Atenção Básica- Saúde Bucal o encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência e contrarreferência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. Chaves e Vieira-da-Silva (2007) também observaram em seu estudo a completa ausência, em um dos municípios estudados da Bahia, de um sistema de referência para a média complexidade em saúde bucal.

Ao se falar da rede de média complexidade, a Portaria n. 599/GM de 23 de Março de 2006 dispõe sobre a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), estabelecendo o mínimo de atividades a serem realizadas no tipo de CEO II como diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Verificou-se a existência apenas de duas especialidades (endodontia e prótese) no município de SGC. A falta de profissionais especialistas e a baixa remuneração são fatores que explicam a ausência das demais especialidades no quadro funcional do CEO, segundo a coordenadora de saúde bucal de SGC. Deve-se também manter no quadro de funcionários um auxiliar de saúde bucal por consultório, a realidade mostrou um auxiliar para quatro consultórios odontológicos, onde deveria ter quatro auxiliares.

Após avaliação do CEO o grau de implantação da dimensão estrutura foi insatisfatório, já a outra dimensão foi classificada como aceitável. Este resultado demonstra a realidade de grande parte dos CEOs do país. Estudos como o de Goes et al. (2011), em que avaliaram a atenção secundária dos CEOs implantados no Brasil no ano de 2007, verificaram

que na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas. Segundo os autores a região Norte apresentou menor percentual de serviços implantados havendo necessidade da readequação de critérios e normas na implantação e implementação dos CEOs, assim como definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento de tais serviços.

Em relação ao sistema de informação em saúde a alimentação do SIAB/SIA-SUS é feita mensalmente através de Boletins de Produção Ambulatorial (BPAs), após o término do atendimento os procedimentos são registrados nas fichas padronizadas, as unidades digitam os boletins (as unidades que não possuem computador enviam as fichas para o responsável técnico dos sistemas SIAB/SIA-SUS), que fazem faturamento, enviam para o estado via malote e este envia para o sistema central no Rio de Janeiro-RJ. Está em fase de teste o repasse dos dados via transmissor direto para o sistema central no RJ. Dificuldades com o sistema foram registradas tais como o suporte técnico e físico insuficientes para a realização das atividades pertinentes a alimentação do sistema, a fragilidade do sistema e não fidedignidade de dados e a não aplicação desses achados subsidiando o planejamento.

Esses achados assemelham-se aos do estudo de Silva e Laprega (2005) que relatam algumas limitações desse sistema *como*: dificuldade de identificação de indivíduos no software, número limitado de doenças referidas, pouca utilização para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões em nível local. Já o estudo de Rivemales et al. (2012) mostrou o SIAB como uma importante ferramenta no processo de tomada de decisão baseada na realidade situacional da saúde da população e que através dos dados fornecidos pelo sistema permitiram a caracterização do perfil populacional, epidemiológico e condições de vida da população, assim como a avaliação quantitativa da produção de serviços da USF.

Sobre o acesso aos serviços de saúde, Peres et al. (2012) relatam em seu estudo que analisar e monitorar condições de saúde da população, bem como o acesso e uso de serviços

de saúde são condições fundamentais para a orientação das políticas públicas e avaliação da efetividade das iniciativas adotadas. O município em estudo vem se adequando à Política Nacional de Saúde Bucal: buscando-se o acesso universal para a assistência e atenção a toda demanda expressa ou reprimida; priorizando os casos de dor, infecção e sofrimento através do atendimento de urgência na atenção básica e assegurando cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização; A SMS/SGC maximizou a hora-clínica do CD para aperfeiçoar a assistência assim como a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária através da implantação do CEO e dos LRPD.

Corroborando o presente estudo, o estudo de Peres et al. (2011), que ao analisar o acesso e os serviços odontológicos do Brasil através de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou um aumento da utilização dos serviços odontológicos e uma diminuição na falta de acesso entre 2003 e 2008, observando uma diminuição nas desigualdades do acesso e utilização de serviços odontológicos.

A dimensão processo na unidade F resultou em índices inferiores aos das outras unidades analisadas.

Para a realização de ações em saúde em áreas indígenas deve haver um conhecimento prévio da comunidade assim como seus costumes e crenças além de conhecer também as peculiaridades e adaptações dos atendimentos nessas áreas. A Lei n. 9.836/99 em seu Art.19-F destaca:

“Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”.



No município em questão os profissionais que atuam nesse contexto recebem uma breve capacitação de como atuar em áreas indígenas, porém, em entrevistas com os dentistas de área observou-se uma minoria (dois) totalmente desinformada e com pouca noção de saúde indígena, das portarias, diretrizes, decretos e leis que amparam a saúde indígena. O profissional iniciante viaja com um dentista já atuante na área onde é repassado tudo referente às atividades executadas durante a viagem. Não há exatamente um curso introdutório para o trabalho em área indígena, sendo captadas experiências vivenciadas por outros profissionais.

Sobre essa temática Athias e Machado (2001) destacam que os profissionais são inexperientes no trato com a questão indígena, apontam dificuldades em abordar as necessidades destes do ponto de vista antropológico, e não adotam modelos de assistência à saúde que viabilizem um diálogo entre as concepções de saúde e doença das populações indígenas e a medicina. A instabilidade de profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde indígena é um grande problema enfrentado o que dificulta ainda mais a atenção prestada à população. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira et al. (2012), ao estudar a comunidade indígena de Pankararu e a percepção quanto a sua situação de saúde, que apontaram pelo despreparo do profissional para atender conforme as necessidades da população indígena local.

O MS (BRASIL, 2011b) assegura aos indígenas, através das Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, ações de promoção e proteção em saúde bucal por meio de educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor, ações de recuperação e reabilitação. Embora essas atividades sejam realizadas, as ações curativo-mutiladoras ainda são prevalentes e no contexto e nas reais condições de atenção a saúde bucal aos indígenas encontra-se aquém do que é desejado. Oliveira et al. (2012) complementam através de achados do seu estudo que a promoção da saúde na comunidade indígena em especial a Pankararu (seu objeto de estudo) necessita do

desenvolvimento de ações integradas e articuladas ao comportamento dos mesmos, focando em seu ambiente cultural diferenciado, seu estilo de vida e a relação entre eles e o meio ambiente. Os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, que propiciem a disseminação de conhecimento científico articulado ao saber popular, instrumentalizando os profissionais de saúde e a população na identificação e priorização dos problemas de saúde, como também no levantamento de propostas para sua resolubilidade.

Nas ações de reabilitação que consistem na recuperação das capacidades funcionais perdidas em resultado da doença, os profissionais de saúde bucal devem garantir o encaminhamento ao nível de atendimento especializado a que compete cada caso de reabilitação. Os pacientes de área que necessitam desse tipo de tratamento são encaminhados, mas esse encaminhamento por si só não garante a continuidade do cuidado. Na visão de Bertanha et al. (2012), esse atendimento especializado a longo prazo vem a ser promissor com a implantação do Brasil Sorridente indígena que visa acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal e garantindo assistência odontológica integral a estes povos.

Em relação ao Sistema de Informação em Saúde Indígena, o MS (BRASIL, 2007a) organizou um manual técnico enunciando as Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos DSEIs, onde dentro da organização de serviços de saúde bucal está a informação como recurso estratégico da atenção, em que descreve:

“o Sistema de Informação da Saúde Bucal deverá ser alimentado no âmbito de cada DSEI, gerando relatórios, indicadores que possibilitarão o acompanhamento, avaliação e planejamento. Além de aspectos relacionados à qualidade, acesso, produtividade, organização e funcionamento, o sistema de informação contém dados epidemiológicos e antropológicos da população assistida”.

Cabe ainda por parte da ESB o preenchimento das fichas, padronizadas por este manual, para posterior alimentação do sistema. Algumas dificuldades na execução e funcionamento do SIASI foram observadas. Uma delas é a periodicidade de alimentação do sistema que deveria ser mensal, porém, nem todo mês há viagem para as comunidades indígenas, pois depende da programação da equipe, da disponibilidade de combustível, insumos, transporte dentre outros.

Ainda merece destaque a falta de profissionais capacitados para executar o SIASI e a precária disponibilidade de recursos físicos como computadores e internet dificultando ainda mais o processo de alimentação do sistema. Vale ressaltar também, falhas encontradas no sistema como a não disponibilidade de um espaço para a inserção de algumas informações pertinentes relacionadas à saúde bucal, bem como a falta de uma equipe voltada para realizar atualizações e treinamentos aos técnicos que executam o sistema. Todos esses fatores acabam dificultando o repasse da produção do DSEI-ARN para Brasília o que conseqüentemente pode resultar no atraso de repasse de verbas.

Garnelo (2012) retrata que com a criação do Subsistema, no âmbito do SUS, e o desenvolvimento do SIASI, algumas informações demográficas e de morbidade passaram a ser coletadas de forma mais abrangente e com certa regularidade, porém, dentre os módulos estruturados do SIASI, hoje, apenas os módulos demográfico, de morbidade e de imunização estão em funcionamento, e, mesmo assim, têm diferentes graus de implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os módulos de saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação e recursos humanos, infraestrutura e saneamento ainda não estão disponíveis (SOUZA et al., 2007).

Coimbra Jr. e Santos (2000) confirmam essa realidade apontando que a coleta e análise das informações demográficas e epidemiológicas do SIASI são ainda bastante

deficientes. Souza et al. (2007) enunciam em seu estudo que a qualidade dos dados presentes no SIASI carece de maior confiabilidade, pois, como todo sistema de informação, sofre influência de deficiências relacionadas ao momento da coleta dos dados (SOUZA et al., 2007).

Assim, lista-se a irregularidade na frequência da coleta e no preenchimento correto dos instrumentos de coleta de dados, decorrente da grande diversidade e rotatividade de profissionais envolvidos no processo, falta de treinamento específico sistematizado e da comunicação ineficaz entre o SIASI e os demais sistemas de informação do Ministério da Saúde (SOUZA et al., 2007).

Como última dimensão avaliada o acesso aos serviços de saúde bucal à população indígena revelou-se bastante restrito. Alguns fatores como a logística, barreiras geográficas e dependência das equipes de saúde para ofertar ações em saúde à população foram destacados pelos cirurgiões dentistas atuantes nessas áreas.

Em geral, os serviços ofertados nas áreas indígenas apresentam variabilidade na qualidade e na efetividade, com fragmentação da assistência associada a dificuldades no sistema de referência e contrarreferência para a atenção de média e alta complexidade (GARNELO; BRANDÃO, 2003).

Como consequência dos problemas relacionados à fixação dos profissionais de saúde nas áreas indígenas há uma alta rotatividade dos profissionais de saúde das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Ao lado disto, registra-se problemas no registro e disponibilização dos dados epidemiológicos, o que torna a caracterização epidemiológica das necessidades de saúde de cada povo deficiente (SANTOS; COIMBRA JR., 2007; SOUZA et al., 2007).

Assim como no acesso, são observadas disparidades na utilização dos serviços de saúde entre as áreas urbanas e rurais. Em geral, nas áreas urbanas, apesar do volume de serviços oferecidos, estes ainda são insuficientes, o tempo de espera para o atendimento é longo e, muitas vezes, o horário de funcionamento dos serviços não é compatível com a disponibilidade de tempo do usuário. Nas áreas rurais, os problemas para utilização são a insuficiência dos serviços, a localização geográfica e a restrição para realizar os deslocamentos até os locais de atendimento devido à insuficiência dos recursos financeiros. Com efeito, não é só a distribuição geográfica dos serviços que influencia a utilização, mas também a capacidade que os indivíduos possuem para superar os problemas decorrentes da distância e das barreiras geográficas inerentes a cada área (FIELD; BRIGGS, 2001; KUMAR, 2004; LADITKA; LADITKA; PROBST, 2009; LIU, 2007; LUO, 2004; UNGLERT, 1990; VIEIRA, 2010 apud ERRICO, 2011, p.21).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos resultados do estudo observou-se que o serviço de saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira vive um período de mudanças que vem resultando em melhorias, ainda que incipientes, porém, alguns ajustes são necessários.

A matriz avaliativa de dimensões desenvolvida no estudo pode ser utilizada como instrumento de acompanhamento do processo gestão para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde bucal a nível local.

Algumas práticas exercidas sejam elas pela administração direta da atenção à saúde bucal das esferas municipal e estadual, sejam pelas ações executadas pelas equipes de saúde bucal, ainda apresentam dificuldades no cumprimento e efetividade conforme preconiza políticas, leis e decretos. Existe ainda uma deficiência no monitoramento e avaliação das atividades, bem como na execução de um levantamento epidemiológico o que refletem negativamente no planejamento em saúde bucal.

Por outro lado mudanças em todas subdimensões de análise do DSEI/ARN/SGC devem ser realizadas. Apontou-se no presente estudo um distanciamento entre as propostas regulamentadas das organizações e estabelecimentos do subsistema em saúde indígena e o modo de atenção que a população vem recebendo atualmente. Pode-se observar a falta de organização no atendimento das necessidades de saúde da comunidade, com pouca resolutividade e total descontinuidade nas ações de atenção à saúde. Não se observa uma assistência continuada e integral das ações de saúde, ausência de planejamento, levantamento epidemiológico, controle social e promoção à saúde em seu real significado. Além de carência no acesso, oferta de serviços, assim como precariedade na execução e funcionamento do SIASI.

É sabido que os desafios para o atendimento e cuidado com a saúde bucal de uma população quer seja indígena ou não são muitos, mas uma equipe capacitada, ajustes nas

deficiências encontradas, uma gestão ativa e presente são requisitos iniciais para uma mudança no panorama encontrado.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, G. C. M. A; FERREIRA, M. A. F. *Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo*. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008.
2. ANJOS, F.S. et al. *Equipes de Saúde Bucal no Brasil: Avanços e Desafios*. *Ciênc. Cuid Saude*, v. 10, n. 3, p. 601-607, jul./set. 2011.
3. ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZAO, P. *Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil.*: *Rev. bras. Epidemio*, v.13, n. 2, p. 223-236, 2010.
4. ATHIAS, R.; MACHADO, M. *A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar*. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.2, p.425-431, mar./abr. 2001.
5. BERTANHA, W. F. F. *Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios - uma Revisão de Literatura*. *Rev Bras Cienc Saúde*, v.16, n. 1, p. 105-112, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <http://www.cnes.gov.br>. Acesso em: 05/06/2012.
7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 20/08/2012.
8. \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena SIASI*. 2010. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena> Acesso em: 20 dez 2011.
9. \_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990.
10. \_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Portaria n- 599/GM de 23 de Março de 2006. *Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento*. Brasília, 2006.
11. \_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, 2011.



12. \_\_\_\_\_. Fundação Nacional da Saúde. *Diretrizes Para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico*. Brasília, 2007a. 68p.
13. \_\_\_\_\_. Fundação Nacional da Saúde. *Diretrizes para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde para Povos Indígenas* (Portaria n. 840, de 15 de agosto de 2007). Brasília, 2007b. 37p.
14. \_\_\_\_\_. Fundação Nacional da Saúde. *Sistema de Atenção à Saúde Indígena- SIASI, Quantitativo de Pessoas e Pirâmide Populacional*. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/saude indigena.php](http://dab.saude.gov.br/saude%20indigena.php)> Acesso em 07/07/2011.
15. \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília, 2002a. 40p.
16. \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde, Água, Esgotamento Sanitário e Melhorias Sanitárias Em Áreas Indígenas*. Brasília, 2002 b.44p.
17. \_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). CENSO 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_vizualiza.php](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_vizualiza.php). Acesso: 15/01/2013.
18. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. *Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50. Brasília, 2002c.144p.
19. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção básica. SAÚDE BUCAL*. n. 17.p. 15-16, Brasília, 2006a. 92p.
20. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
21. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.
22. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Diretrizes do componente indígena da política nacional e saúde bucal*. Brasília, 2011b.
23. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://www.cnes.gov.br>> Acesso em: 02 mar. 2011.
24. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://www.cnes.gov.br>> Acesso em: 03 abr. 2011.

25. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://www.cnes.gov.br>> Acesso em: 02 jun. 2011.
26. BUENO, V. L. R. C., et al. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. *Ciênc. saúde colet.*, v.16, n. 7, p. 3069-3082, 2011.
27. CARNEIRO, M. C. G.; SANTOS, R. V.; GARNELO, L.; REBELO, M. A. B.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciênc. saúde colet.*, v. 13, n. 6, p. 1985-1992, 2008.
28. CAVALCANTE, M. G. S. et al. Implantação das áreas estratégicas da atenção básica em município do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, out. / dez. 2006.
29. CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1119-1131, mai. 2007.
30. COIMBRA JÚNIOR, CEA; SANTOS, RV. Saúde, minorias e desigualdades: algumas ideias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.
31. COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-1745, set. 2011.
32. CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
33. COSTA, M. C. C.; SOUZA, R. G.; SOUZA, M. K. B. Sistema de Informação da Atenção Básica como instrumento de gestão: estudo de caso em Santo Antônio de Jesus / BA. *Online braz. j. nurs.* (Online), v. 11, n. 1, may. 2012.
34. DENIS, J. L., CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: Hartz, Z. M. A. (Org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.
35. DUMONT, A. F. S. et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Ciênc. saúde colet.*, v. 13, n. 3, p. 1017-1022, 2008.
36. FARIA, C. A. P.; FILGUEIRAS, C. A. C. A avaliação de políticas públicas como instrumento de planejamento: os casos do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb). *Ciência social brasileira* (1970-1995). 2003, [vol. 3: *Ciência política*], São Paulo/Brasília, Sumaré/Anpocs/Capes, pp. 59-100.

37. FIELD, K.S.; BRIGGS, D.J. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health and Social Care in the Community*, Oxford, v. 9, n.5, p. 294-308, 2001.
38. GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 120p.
39. GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003, p. 235-257.
40. GARNELO, L.(Org.); PONTES, A.L. (Org.) *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
41. GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28 Sup., p. S81-S89, 2012.
42. GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fouth Generation Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1990.
43. HARTZ, Z. M. A. et al. *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
44. HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
45. HEUFEMANN, NEC; GONÇALVES, MJF; GARNELO, ML. *Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari*. ACTA AMAZÔNICA, vol. 43, n.1, p.35 - 44, 2013.
46. KUMAR, N. Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996. *Social Science & Medicine*, v. 58, n. 10, p. 2045-2067, May 2004.
47. KUSMA, S. Z; MOYSÉS, S. T; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28 Sup., p. S9-S19, 2012.
48. LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B.; PROBST, J. C. Health care access in rural areas: evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health & Place*, v. 15, n. 3, p. 731-740, 2009. Disponível em: <[www.elsevier.com/locate/healthplace](http://www.elsevier.com/locate/healthplace)>. Acesso em: 31/03/2012.

49. LEAL, R. B; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc. saúde colet.*, v.11, n. 1, p. 155-60, 2006.
50. LEMOS, P. et al. O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingú. *Ciênc. saúde colet.*, v. 15 (Supl. 1), p. 1449-1456, 2010.
51. LIU, M. et al. Rural and urban disparity in health services utilization in China. *Medical Care*, v. 45, n. 8, p. 767-773, August 2007.
52. LUO, W. Using a GIS-based floating catchment method to assess areas with shortage of physicians. *Health & Place*, v. 10, n. 1, p. 1-11, March 2004.
53. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.V. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1990.
54. MOURA, P. G. et al. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização Urbana no estado nutricional e na saúde bucal. *Rev. Nutr.*, v. 23, n. 3, p. 459-465, 2010.
55. NAKANO, K. *São Gabriel da Cachoeira: A Descentralização do Sistema Municipal de Planejamento e Gestão Territorial em Terras Indígenas*. Instituto Polis, 2006.
56. NICKEL, D. A.; CAETANO, J. C.; CALVO, M. C. M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. *Pesq. Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 373-379 set./dez. 2009.
57. NIQUINI, R. P. et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, v. 10 (Supl. 1), p. S61-S68 nov. 2010.
58. NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
59. OLIVEIRA, J. W. B.; AQUINO, J. N.; MONTEIRO, E. M. L. M. A promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 437-44, mai./jun. 2012.
60. PATTON, M. Q. *Creative Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1981.
61. PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev. Saúde Pública* [online], v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.
62. PIMENTEL, F. C et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc. saúde colet.*, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010.
63. REBELO VIEIRA, J. M. *Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso do município de Manaus-AM, Brasil*. 2010.158p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

64. REIS, C. et al. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. *Ciênc. saúde colet.*, v. 14, n. 4, p. 1287-1295, 2009.
65. ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 481-517, mar./abr. 2009.
66. SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.19, p.25-41, 2006.
67. SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. *Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Rio Negro*. 2008-2010.
68. SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. 2010-2013.
69. SILVA, R. S.; BRANDÃO, D. *Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil*. São Paulo: Instituto Fontes, 2003.
70. SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1821-1829, 2005.
71. SOARES, C. L. M. S; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, mai. 2011.
72. SOUZA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.
73. TANAKA, O. Y; MELO, C. *Avaliação de programa de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp; 2001.
74. VERANI, C; MORGADO, A. Fatores culturais associados à doença da reclusão do Alto Xingu (Brasil Central). Considerações antropológicas sobre a abordagem epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 515-537, out/dez. 1991.
75. VEUGELERS, P. J.; YIP, A. M. Socioeconomic disparities in health care use: does universal coverage reduce inequalities in health? *Journal Epidemiology Community Health*, v. 57, p. 424-428, 2003. Disponível em: <[jech.bmj.com/cgi/content/full/57/6/424](http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/6/424)>. Acesso em; 26/4/2012.
76. VIEIRA-DA-SILVA LM et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.355-370, fev. 2007.

77. VIEIRA, E. W. R. *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária Em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais. 2010.* 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
78. YIN, R. K. *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos.* Porto Alegre: Bookman; 2001.

**ANEXOS**





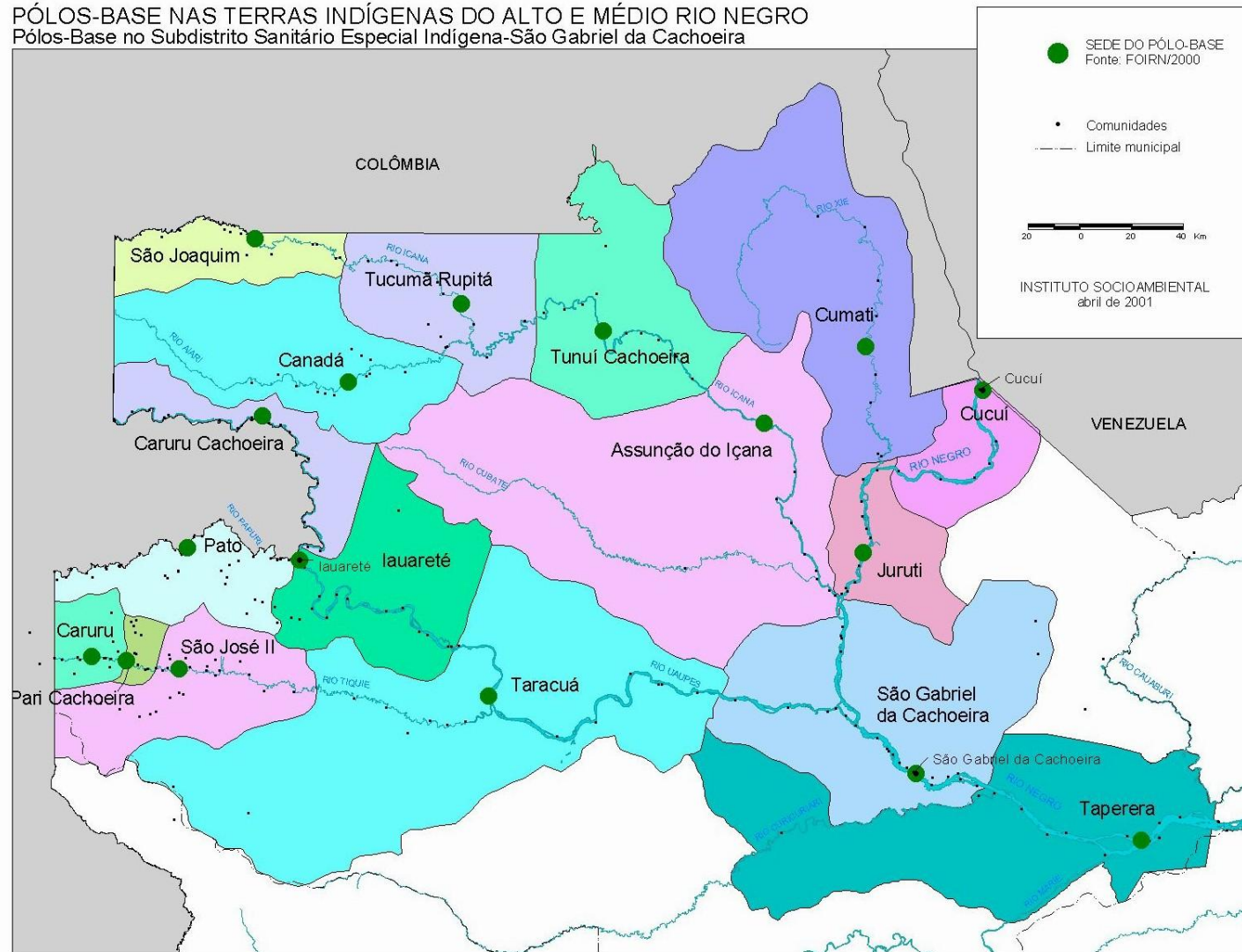






Anexo 3. Distribuição dos Polos-Base do município de SGC.

PÓLOS-BASE NAS TERRAS INDÍGENAS DO ALTO E MÉDIO RIO NEGRO  
 Pólos-Base no Subdistrito Sanitário Especial Indígena-São Gabriel da Cachoeira



## Anexo 4. Termo de anuência do CONDISI/ARN.

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Após termos sido informados sobre os objetivos e propósitos da pesquisa "ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DO ALTO RIO NEGRO (SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA)", Concordamos com a pesquisa e nos dispomos no que for possível a colaborar com a mesma.

São Gabriel da Cachoeira, 20 de Julho de 2011.

**Luiz Brázeo dos Santos**  
Presidente do CONDISI/ARN  
Conselho Distrital de Saúde Indígena do Alto Rio Negro



## Anexo 5. Termo de anuência do DSEI/ARN.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA  
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO NEGRO

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Após termos sido informados sobre os objetivos e propósitos da pesquisa "ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DO ALTO RIO NEGRO (SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA)", Concordamos com a pesquisa e nos dispomos no que for possível a colaborar com a mesma.

São Gabriel da Cachoeira, 20 de Julho de 2011.

Atenciosamente,

**LUIS LOPES DE AGUIAR NETO**  
Chefe do DSEI Alto Rio Negro/MS/SESAI



## Anexo 6. Termo de anuência do DSEI/ARN.



ESTADO DO AMAZONAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA  
ADMINISTRAÇÃO: "ADMINISTRANDO PARA TODOS"  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**TERMO DE ANUÊNCIA**

Após termos sido informados sobre os objetivos e propósitos da pesquisa "ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DO ALTO RIO NEGRO (SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA)",  
Concordamos com a pesquisa e nos dispomos no que for possível a colaborar com a mesma.

São Gabriel da Cachoeira, 21 de Julho de 2011.

  
Cláudio Pontes Ferreira  
Secretário Municipal de Saúde  
SEMSA

Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Virgílio Cardoso, n.º 425 – Centro – São Gabriel da Cachoeira – AM  
CEP: 69750-000  
Tel: ( 97 ) 3471-2070



## Anexo 7. Parecer de aprovação do CEP/UFAM.

Plataforma Brasil http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisad...

**BRASIL**

principal ajuda on-line ajuda sair  
 MARIA AUGUSTA BESSA REBELO v.2.4  
 Sua sessão expira em: 39min 52

Cadastros

**GERIR PESQUISA**

Para cadastrar um novo projeto, clique aqui: [Nova Submissão](#) Para cadastrar projetos anteriores à Plataforma Brasil, clique aqui: [Submeter Projeto Anterior à PLATBR](#)









Projetos de Pesquisa:

Título da Pesquisa:  Número CAAE:

Situação da Pesquisa:  Pesquisador Principal:  Última Modificação:

Tipo de Submissão:

Projeto de Pesquisa:

Tipo	Número CAAE	Título da Pesquisa	Nome do Pesquisador	Versão	Última Modificação	Situação	Gestão da Pesquisa
P	00826112.9.0000.5020	ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DO ALTO RIO NEGRO, AMAZONAS, BRASIL	WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA	2	18/05/2012	Aprovado	 
E	00826112.9.0000.5020	ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DO ALTO RIO NEGRO, AMAZONAS, BRASIL	WAGNER VICENTE DE MORAIS SILVA	3		Em Edição	 
P	02301112.1.0000.5020	Avaliação do Crescimento Craniofacial e da Aparência Nasolabial em Indivíduos Portadores d...	MARIA AUGUSTA BESSA REBELO	1	18/05/2012	Pendente	 
P	02317712.0.0000.5020	ANÁLISE DE FLUXO SALIVAR POR ESTÍMULO MECÂNICO E QUÍMICO-MECÂNICO	Juliana Vianna Pereira	2	20/05/2012	Em Apreciação pelo CEP	 

1 de 1 21/05/12 09:28

Anexo 8. Edital de aprovação, FAPEAM/CNPq 003/2009 .



**CONSELHO DIRETOR – DECISÃO 137/2009 – ANEXO ÚNICO**  
**Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – PRONEX - Edital FAPEAM/CNPq 003/2009**

	PROPONENTE	INSTITUIÇÃO SEDE	TÍTULO DO PROJETO	MESES	GRANDE ÁREA	VALOR TOTAL R\$
1	Eliana Feldberg	INPA	Genômica comparativa de peixes amazônicos frente a diferentes desafios ambientais	48	Ciências Biológicas	387.500,00
2	Maria Luiza Gamelo Pereira	Fiocruz	Saúde e condições de vida de povos Indígenas na Amazônia	48	Ciências da Saúde	499.215,81
3	*Albertina Pimentel Lima	INPA	Fatores ecológicos e históricos na evolução da biota Amazônica: variação molecular e fenotípica de espécies e comunidades biológicas na Amazônia Ocidental	48	Ciências Biológicas	411.216,95
4	*Flávio Jesus Luizão	INPA	Potencialidades e suscetibilidades ambientais da meso-região Sul do Amazonas: clima, hidrologia e biogeoquímica numa fronteira de expansão agropecuária e hotspot de biodiversidade	48	Ciências Biológicas	405.600,00
5	Renato de Azevedo Tribuzy	UFAM	Geometria das Imersões Isométricas	48	Ciências Exatas e da Terra	500.000,00
6	Bruce Rider Forsberg	INPA	A Biogeoquímica do Carbono e Mercúrio na bacia Amazônica	36	Ciências Biológicas	499.928,53
<b>TOTAL</b>						<b>2.703.461,29</b>

\* Recomendado com Restrição

FONTE: Departamento de Análise de Projetos – DEAP



Anexo 9. Consultório odontológico da UBS/ESF Albino Couto (UNIDADE A).



Anexo 10. Consultório odontológico da UBS/ESF Geraldo Siqueira (UNIDADE B).



Anexo 11. Consultório odontológico da UBS/ESF Dabaru (UNIDADE C).





## **APÊNDICES**





**Universidade Federal do Amazonas**  
**Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia**  
**Instrumento de coleta de dados**

“Atenção a saúde bucal em um município do Alto Rio Negro-AM, Brasil”

Entrevista com Diretores das UBS/CEO, Coordenador de Saúde Bucal da SMS e Secretário Municipal de Saúde.

Dados profissionais

1. Função na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)\_\_\_\_\_.
2. Tempo na função: \_\_\_\_\_.
3. Qual sua formação?\_\_\_\_\_.
4. Participou de cursos na área de gestão em saúde? ( ) sim ( ) não Qual?\_\_\_\_\_ Quando?\_\_\_\_\_.

Atenção a saúde bucal

1. Quais ações priorizadas no atual modelo de saúde bucal.
2. Como foi feito o planejamento dessas ações a partir de 2009?
3. Comente sobre seu processo de gestão em saúde bucal tendo em vista a política nacional de saúde bucal.
4. Houve unidades de saúde que interromperam atendimento odontológico por falta de profissionais e ou equipamentos/ materiais odontológicos. ( ) sim ( ) não
5. Como funcionam os serviços de Urgência e Emergência em Odontologia?
6. Em procedimentos de média e alta complexidade como o paciente é assistido pelo município?\_\_\_\_\_.

Planejamento e organização

1. Quantas unidades de saúde realizaram reuniões de planejamento mensal no ano de 2009 e 2010? \_\_\_\_\_ E qual a periodicidade?\_\_\_\_\_.
2. Há supervisão nos estabelecimentos de saúde? ( ) sim ( ) não Quem é o responsável? Qual periodicidade?\_\_\_\_\_.
3. São desenvolvidas ações de promoção e prevenção em saúde bucal (palestras, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor) ? ( ) sim ( ) não
4. Em sua opinião está havendo melhoria nos serviços de saúde bucal? Quais?
5. Como se dá a logística (compra/recebimento) dos materiais de consumo odontológico?
6. Quem é o responsável pela aquisição de materiais?

Informação e Recursos humanos

1. Como é feita a alimentação de base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica(SIAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)? ( ) diário ( ) semanal ( ) mensal Quem os faz?
2. Qual o vínculo dos Cirurgiões-dentistas?\_\_\_\_\_.
3. Qual a carga horária dos CD? ( ) 10h ( ) 20h ( ) 30h ( ) 40h
4. A SMS proporciona educação permanente dos profissionais de saúde bucal?

Apêndice B. instrumento de coleta de dados (2).

**Universidade Federal do Amazonas**  
**Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia**  
**Instrumento de coleta de dados**

Entrevista com Chefe do DSEI, Cirurgiões-Dentistas do DSEI e Coordenador de Saúde Bucal do DSEI.

“Atenção a Saúde Bucal em um Município do Alto Rio Negro-AM, Brasil”

Dados profissionais

1. Função no Distrito Sanitário Especial Indígena: \_\_\_\_\_.
2. Tempo no Cargo: \_\_\_\_\_.
3. Qual sua formação? \_\_\_\_\_.
4. Qual sua carga horária de trabalho? \_\_\_\_\_.
5. Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_.
6. Participou de algum curso de Saúde Indígena? \_\_\_\_\_.
7. Participou de algum curso de Gestão em Saúde? \_\_\_\_\_.

Organização e planejamento

1. Como se dá a organização do DSEI? \_\_\_\_\_.
2. Como foi feito o planejamento das ações a partir de 2009?
3. Quais são as metas a serem cumpridas na saúde bucal indígena?
4. Como se dá a alimentação de dados ao SIASI? Quem os faz? Qual a periodicidade? \_\_\_\_\_.
5. Há indicadores que apontem as condições de saúde bucal? Faz uso desses?  
 sim  não
6. Há participação indígena no planejamento, implantação e formulação de políticas?  sim  não
7. Como são referenciados os pacientes com necessidade de procedimentos de alta e média complexidade? \_\_\_\_\_.
8. Há uma relação de complementaridade entre o SUS e o DSEI? \_\_\_\_\_.
9. Há uma boa articulação da esfera municipal com a estadual e federal?  sim  não

Atividades em saúde bucal

1. Houve recebimento de consultórios ou equipamentos portáteis para atendimento na comunidade rural?  sim  não  não se aplica.
2. Há atendimento odontológico nos Pólos-Bases tipo I e nos postos de saúde indígena?  sim  não
3. Qual a periodicidade de deslocamento da equipe de saúde bucal para atendimento nas comunidades indígenas?
4. Qual a maior dificuldade encontrada nos atendimentos em comunidades distantes?
5. Em sua opinião o atendimento é satisfatório? Atende as perspectivas da população?  sim  não
6. Em sua opinião o que falta para melhoria dos atendimentos em saúde bucal?
7. Como é realizado o atendimento nas comunidades indígenas?
8. Qual o período que cada equipe passa em uma comunidade indígena? Há um acompanhamento nessas viagens de ASB ou TSB?  sim  não

Apêndice C. instrumento de coleta de dados (3).

**Universidade Federal do Amazonas**  
**Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia**  
**Instrumento de coleta de dados**

Entrevista com Cirurgiões-Dentistas

Tipo de Unidade de Saúde: ( ) UBS ( ) UBS/ESF ( ) CEO ( ) HGuSGC

1. Tempo na secretaria municipal de Saúde \_\_\_\_\_.
2. Qual o cargo que você ocupa na SMS? ( ) CD/Clínico geral ( ) CD/\_\_\_\_\_.
3. Qual seu vínculo empregatício na secretaria?\_\_\_\_\_.
4. Qual a jornada de trabalho? ( )20h ( ) 30h ( )40h ( ) outra \_\_\_\_\_.
5. Quantos pacientes são atendidos por dia e/ou viagem?\_\_\_\_\_.
6. Qual a demanda de usuários? ( ) agendado ( ) encaminhado ( ) demanda espontânea.
7. Qual ao nível de complexidade do atendimento? ( ) básica ( ) média complexidade ( ) alta complexidade.
8. Existem planos de ação com metas a cumprir? ( )sim ( )não Quais? \_\_\_\_\_.
9. Alguma vez deixou de atender por falta de material, instrumental ou equipamento? ( ) sim ( ) não
10. Como você classificaria o sistema de atendimento onde trabalha? ( ) regular ( ) bom ( ) ótimo
11. O local de atendimento permite realizar os procedimentos de maneira satisfatória? ( ) sim ( ) não
12. Sobre a infra-estrutura no local de atendimento atende as necessidades básicas para um atendimento de atenção básica? ( )sim ( ) não
13. Há serviços de atendimento de urgência e emergência? ( ) sim ( ) não
14. Há suporte para atendimento de pacientes com necessidades especiais? ( )sim ( )não
15. A unidade de saúde dispõe de insumos básicos em quantidades suficientes para o atendimento diário? ( ) sim ( ) não
16. Qual o intervalo de tempo que se dá, de acordo com o planejamento, a visitas aos residentes em locais de difícil acesso? \_\_\_\_\_.
17. Há dificuldade de acesso a essas comunidades? ( ) sim ( ) não Qual ?
18. São desenvolvidas estratégias de promoção e prevenção de saúde bucal, respeitando-se a cultura local?
19. Há um planejamento de ações na unidade? ( ) sim ( ) não
20. Há supervisão dos estabelecimentos de saúde? Se houver quem é o responsável e qual a periodicidade? \_\_\_\_\_.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor (a):

Cumprimentando-o (a), convidamos a participar da pesquisa que será realizada pelo mestrando Wagner Vicente de Moraes Silva intitulada “Atenção à saúde bucal em um município do Alto Rio Negro, Amazonas, Brasil”.

A mesma tem por objetivo descrever a implantação do serviço de atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, com ênfase nas dimensões de estrutura e processo.

A participação é voluntária. Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para que possamos realizar uma entrevista que constará de um roteiro com assunto pertinente a forma como a atenção à saúde bucal está funcionando no município de São Gabriel da Cachoeira. Seu nome será omitido quando da divulgação em meio científico dos resultados.

Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da pesquisa.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais ou dúvidas.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar da pesquisa, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca desta pesquisa poderá ser obtido junto aos pesquisadores, pelo telefone ou pelo e-mail:

Maria Augusta Bessa Rebelo	Wagner Vicente de Moraes Silva	Comitê de Ética e Pesquisa CEP/UFAM
(92) 9989-0882	(92) 8162-7652	(92) 3305-5130
augusta@ufam.edu.br	wagnnervms@msn.com	cep@ufam.edu.br

Eu, Sr (a): \_\_\_\_\_,

Considero-me informado (a) sobre a pesquisa “Atenção à saúde bucal em um município do Alto Rio Negro, Amazonas, Brasil”, e aceito participar da mesma, consentindo que a entrevista seja realizada e utilizada para coleta do material de pesquisa.

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) entrevistado (a)