

OLAVO DAS NEVES JÚNIOR

**EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS: ASPECTOS
ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Doutor em Odontologia, Área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

**PIRACICABA
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8ª. / 8099

N414e	<p>Neves Júnior, Olavo das. Equipes de saúde da família em Manaus: aspectos operacionais e administrativos / Olavo das Neves Júnior. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010.</p> <p style="text-align: center;">Orientador: Marcelo de Castro Meneghim. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p style="text-align: center;">1. Programa Saúde da Família. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">(eras/fop)</p>
-------	--

Título em Inglês: Family health team in Manaus: administrative and operational aspects

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Family health program

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutor em Odontologia

Banca Examinadora: Marcelo de Castro Meneghim, Francisco Carlos Groppo, Luiz Renato Paranhos, Eliel Soares Orenha, Arsenio Sales Peres

Data da Defesa: 16-12-2010

Programa de Pós-Graduação em Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 16 de Dezembro de 2010, considerou o candidato OLAVO DAS NEVES JUNIOR aprovado.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

Prof. Dr. ELIEL SOARES ORENHA

Prof. Dr. ARSENIO SALES PERES

Prof. Dr. FRANCISCO CARLOS GROPPPO

Prof. Dr. LUIZ RENATO PARANHOS

Dedico esse trabalho ao meu filho, Olavinho, pelas horas de atenção a que tinha direito e que lhe foram roubadas.

In memoriam, agradeço a meus pais Maria e Olavo das Neves, que jamais mediram esforços no meu processo educacional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por todas as oportunidades que me foram oferecidas na vida.

Agradeço a todos os meus mestres na vida. Desde as minhas professoras, no ensino fundamental, até os do presente. Nominá-los a todos seria tarefa quase impossível. Esquecer de alguém, seria imperdoável.

À Universidade do Estado do Amazonas, pela oportunidade de cursar o Doutorado em Odontologia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, pela concessão da bolsa de estudos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse trabalho chegasse a bom termo.

O meu muito obrigado.

“Tudo vale à pena, se a alma não é pequena”

Fernando Pessoa

RESUMO

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Equipes de Saúde Bucal (ESB), representou uma possibilidade de mudança no modelo de atenção vigente no Brasil. Os modelos assistenciais em saúde implantados anteriormente não conseguiram dar uma resposta satisfatória às necessidades da população. Em Manaus, capital do Estado do Amazonas, o PSF, iniciou-se em março de 1999. Buscou-se neste trabalho descrever os aspectos administrativos e operacionais das equipes de saúde da família no município de Manaus. Todos os Coordenadores do PSF e todos os 387 profissionais de saúde, entre os quais, 167 Médicos, 167 Enfermeiros e 53 Cirurgiões-Dentistas, integrantes do PSF na cidade de Manaus, receberam dois tipos de questionários: um abordando aspectos administrativos, tendo sido dirigido aos coordenadores do programa, e o segundo abordando aspectos operacionais das ESF, aos demais profissionais; desse total, 103 profissionais do PSF aceitaram participar da pesquisa, perfazendo uma taxa de resposta de 26,6%, retornando, portanto os questionários. O percentual de Médicos respondentes correspondeu a 33,9% (35), de Enfermeiros respondentes 47,6% (49), e de Cirurgiões-Dentistas respondentes 18,5% (19). Todos os profissionais trabalham uma jornada de oito horas diárias de trabalho, 60,2% utilizavam mais de uma forma de agendamento dos usuários; 93,2% relataram atender gestantes e bebês, 91,3% dos profissionais Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas relataram já ter participado de algum curso de capacitação no PSF; um total de (40,8%) respondeu não haver integração entre os profissionais das ESB e ESF, apenas (36,9%) das ESB participam de reuniões freqüentemente e 54,4% não utilizam prontuários únicos. Conclui-se que, como pontos positivos, a jornada de trabalho de oito horas diárias e a valorização por meio da qualificação profissional e, como pontos negativos, a precariedade da estrutura física dos módulos de saúde da família e a falta de envolvimento entre ESB e ESF.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The introduction of the Family Health Program (FHP), with the Family Health Team (FHT) and Oral Health Team, represented a possibility in changing the role model of health care previously installed in Brazil. The former health models did not achieve its results for population needs. In Manaus, the capital of the State of Amazonas, The FHP, began in March, of 1999. The purpose of this study is to describe the administrative and operational aspects of FHP, in the county of Manaus. All the Coordinators from the Family Health Program and all health professionals totaling 387 professionals, among them, 167 physicians, 167 nurses and 53 dentists, in the city of Manaus, received two kinds of questionnaires, a questionnaire including questions about the administrative aspects was applied to the coordinators of the program and the one with the operational aspects of FHP, was applied to the rest of the professionals. From those, 26.6% (n=103) of questionnaires were returned representing, 33.9% (35) of the physicians; 47.6% (49) of the nurses; and 18.5% (19) of the dentists. All health professionals, related to work a full-time journey in the program of 8 hours a day, 60.2% used more than one way to schedule the patients, 93.2% related to attend mostly pregnant women and babies, 91.3% of the professionals, Physicians, Nurses and Dentists informed that had attended some kind of professional qualification with the FHP, a total of 40.8% replied that did have a lack of integration among professionals of OHT and FHT professionals and only 36.9% of OHT attended meetings on a regular basis and 54.4% did not use common charts. As a conclusion, on the positive aspects, the full-time journey at work and the valorization through continuing education program. On the negative aspects, the lack of infra-structure of the facilities of the FHT, and the lack of integration among, OHT and FHT.

Key words: Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACD – Auxiliar de Cirurgião-Dentista
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AIS - Ações Integradas de Saúde
- CD - Cirurgião-Dentista
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNS - Conferência Nacional de Saúde
- DENASUS – Departamento Nacional de auditoria do Sistema Único de Saúde
- DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
- ESA – Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Amazonas
- ESB – Equipes de Saúde Bucal
- ESF- Equipes de Saúde da Família
- FOP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba
- LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
- MS - Ministério da Saúde
- ONG – Organização Não Governamental
- PAB - Piso de Atenção Básica
- PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
- PSF - Programa de Saúde da Família
- RET – Regime Especial Temporário
- SAMU – Serviço de Assistência Médica de Urgência
- SEMMA – Secretaria Municipal do Meio Ambiente de Manaus
- SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
- SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde

SUSAM – Superintendência de Saúde do Estado do Amazonas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THD – Técnico em higiene dental

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1: <i>Estratégia Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais</i>	10
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
BIBLIOGRAFIA	32
ANEXO 1 – Parecer da Revista	34
ANEXO 2 – Carta do Comitê de Ética em Pesquisa	35
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	36
ANEXO 4 – Questionários	37
ANEXO 5 – Carta para Secretaria de Saúde de Manaus	42

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início em 1994, criado pelo Ministério da Saúde do Brasil para transformar-se em um novo paradigma de reorientação assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2001a). Este novo modelo, o PSF, surge como resposta à falta de atenção à saúde e ao modelo de assistência à saúde que ainda predominava no país caracterizado pela prática hospitalocêntrica, individualista e de alto custo, não atendendo as necessidades de saúde das pessoas. Deste modo, para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto das famílias foi criado o PSF (Roncalli, 2000; Brasil, 2000b; Gonçalves, 2002).

Esta nova prática exige a presença de equipes multiprofissionais com visão holística do indivíduo, da família e da comunidade, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade no sentido de estimular sua participação e envolvê-la nas atividades (Brasil, 2000a).

Um atributo fundamental da atenção primária é a sua definição como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis. O cumprimento dessa função pelo serviço de atenção primária implica acessibilidade (geográfica, temporal e cultural), utilização do serviço por parte dos usuários a cada novo episódio e exigência, bem como, realização de encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

O PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços e ações de saúde, bem como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Essa estratégia assume o compromisso de prestar assistências universais, integrais, equânimes, contínuas e resolutivas à população, tanto nas unidades de

saúde quanto nos domicílios, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (Alves Sobrinho & Sousa, 2002; Silva, 2007).

Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene. Foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, por não se tratar de intervenção pontual no tempo e no espaço e tampouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde (Maia *et al.*, 2003).

Segundo Pinto (2000), o conceito de programa é um conjunto orgânico de projetos e atividades, não necessariamente com limites rígidos de tempo de execução, que permite concretizar o processo de planejamento, já o planejamento estratégico, significa que este assume um caráter conjuntural, amplo, no qual as análises ligadas às causas, efeitos e soluções dos problemas procuram abranger, o maior número de variáveis relacionadas, buscando compreender cada situação dentro do ambiente social, econômico e político em que ocorre.

Segundo Costa (2002), as políticas orientadas para a mudança no sistema de saúde brasileiro ocorreram em três fases: a primeira no final do regime militar em período de grande recessão da economia com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, que buscou aumentar a eficiência nas ações de saúde e a contenção dos custos da assistência médica. A segunda foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que iria transferir recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde.

O terceiro e definitivo passo foi à promulgação da Constituição de 1988 que, incorporando as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), daria seqüência a descentralização iniciada pelas (AIS) e pelo (SUDS), transferindo ao município a responsabilidade pelas ações em saúde (Brasil, 1988).

O caráter de transformação e criação característico desta fase possui, naturalmente, grande relevância para o objeto aqui considerado – a formação de uma política pública de proteção à saúde (Goulart, 2002).

Segundo Alves Sobrinho & Sousa (2002), para o PSF se desenvolver em grandes centros, entre outros pontos, é preciso rever as políticas de incentivos federais, em relação aos critérios populacionais.

A inclusão de ESB no PSF teve a sua concretização através da Portaria nº 1.444 de 2000, na qual o MS objetivava diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal (Brasil, 2000b). Autores como Narvai (2001), Medina & Aquino (2002), Silveira Filho (2002) e Baldani *et al.* (2003), têm questionado as formas de implantação e da inclusão das ESB no Brasil. Há que se considerar dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, em razão da implantação ter se dado tardiamente.

Na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas, o referido programa iniciou-se no mês de março, do ano de 1999, onde todos os recursos humanos foram contratados pela própria Secretaria Municipal de Saúde, SEMSA, por meio de Regime Especial Temporário (RET), por período de um ano, renovável por mais três anos, não existindo terceirização dos contratos de trabalho em Manaus (ENSP, 2002).

Os profissionais com vínculo empregatício com a SEMSA, estatutários com estabilidade, que optaram por ingressar no PSF solicitaram afastamento não remunerado embora fossem em número reduzido. Na avaliação realizada pelos gerentes da SEMSA, as resistências recaíam nos médicos e não estavam relacionadas com o tipo de vínculo trabalhista oferecido e sim com a exigência de carga horária integral, pois a grande maioria, além da SEMSA, exercia atividade profissional em outros locais.

Dada à importância das equipes de saúde no âmbito individual e coletivo em uma comunidade, e como parte integrante das políticas públicas de saúde no Brasil e sua inserção no SUS, buscou-se neste trabalho compreender os aspectos administrativos e operacionais nos quais atuam as equipes de saúde da família do município de Manaus, capital do Estado do Amazonas, situada à margem esquerda do Rio Negro, que detém hoje cerca de dois milhões de habitantes. É imperativo salientar o impacto que esse trabalho poderá produzir com seus resultados, não apenas, por seu ineditismo no tema proposto no referido município, preenchendo assim uma lacuna de mais de uma década, mas, sobretudo por este programa de saúde ser desenvolvido numa capital que ocupa hoje com destaque, o

lugar de cidade que mais se desenvolve na Amazônia Ocidental, com um crescimento populacional e econômico cada vez maior e conseqüentemente, uma demanda de serviços igualmente crescente em todas as áreas.

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever o perfil de atuação das equipes de saúde do Programa de Saúde da Família, na cidade de Manaus, identificando seus aspectos administrativos e operacionais.

SUS, Programa Saúde da Família e Saúde Bucal

O PSF e seus conceitos

Nos primeiros anos da implantação do SUS, este sistema não encontrou respaldo nas políticas governamentais e o aporte de recursos necessários ao desenvolvimento deste processo não foi realizado, agravando a crise do modelo assistencial que perdurava desde os anos 80.

Segundo o Ministério da Saúde, o modelo de assistência à saúde que ainda predominava no País caracterizava-se pela prática hospitalocêntrica, individualista e de alto custo gerando alto grau de insatisfação em gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema. Desta forma, a rede básica de saúde, constituída pelos centros, postos e unidades básicas de saúde (UBS), se encontrava desqualificada e os níveis seguintes de atenção (secundário e terciário) se tornavam a porta de entrada do sistema (Brasil, 2000b). Deste modo, para reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto das famílias foi criado o PSF (Roncalli, 2000; Brasil, 2000b; Gonçalves, 2002).

O PSF teve seu início em 1994, criado pelo MS para dar seqüência à estratégia de Saúde da Família que começou com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, o qual tinha como unidade de ação a família e já apresentava bons resultados, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001a), a estratégia do PSF tem como base os princípios do SUS: integralidade, universalidade, descentralização e participação da

comunidade. Sendo que a estruturação operacional se dá a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e apresenta as seguintes características:

- **Caráter substitutivo:** O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.
- **Integralidade e hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- **Territorialização e cadastramento da clientela:** A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.
- **Equipe multiprofissional:** Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Outros profissionais - a exemplo de Cirurgiões-Dentistas, Assistentes Sociais e Psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade Básica de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

As Equipes de Saúde da Família

Funcionando adequadamente, as equipes são responsáveis por toda a atenção básica da comunidade adscrita, sendo que as UBSF podem resolver até 85% dos problemas

de saúde na comunidade onde atuam, prestando um bom atendimento, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias, enfim, melhorando a qualidade de vida da população (Brasil 2000a).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000a), as responsabilidades da Equipe de Saúde da Família são;

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

O PSF configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de

sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades (Brasil, 2000a).

Esta nova prática exige a presença de um profissional com visão integral do indivíduo, da família e da comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, de proteção e recuperação da saúde. Além disso, deverá estar apto a planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de estimular sua participação e envolvê-la nas atividades (Brasil, 2000a).

Formas de contratação

Segundo o Ministério da Saúde, em relação à contratação de recursos humanos para o PSF, além da opção de seleção interna (entre pessoas que já trabalham na Prefeitura), normalmente é necessário contratar profissionais de saúde fora dos quadros municipais. Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e Técnicos de Higiene Dental (THD) devem ser contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa deve ser a via preferida para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de governo, observados os limites de despesas estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2001b).

Machado (2002) cita que as formas de contratação para ESF são: convênios com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou cooperativas, contrato com empresas por meio de licitação; contrato temporário renovável por até quatro anos; criação de cargos efetivos mediante concurso público e ainda cargos em comissão. Ainda, segundo este mesmo autor, as formas de seleção têm sido entrevistas e/ou análises de currículos e concursos públicos.

Financiamento

O financiamento das ESFs é definido pela NOB/96 (Norma Operacional Básica do SUS) na qual foi estabelecido o PAB (Piso Assistencial Básico) que consiste em um montante de recursos financeiros, calculados de acordo com a modalidade de gestão e com o número de habitantes (valor per capita/ano) para que se realizem atividades da assistência básica. É repassado do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde (Brasil, 1996). Entre 1998 e 2000, alguns pontos da NOB/96 foram alterados, através de portarias, como por exemplo: o PAB passou a ser denominado Piso da Atenção Básica com a sua cobertura ampliada e dividido em duas partes PAB fixo (valor per capita/ ano) e PAB variável com recursos destinados a ações e programas estabelecidos pelo Governo Federal como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família).

A fração variável do PAB é calculada de acordo com faixas de cobertura populacional e no caso do PSF a NOB/96 definia:

- Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- Acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- Acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm como limite 80% do valor do PAB original do município. A portaria Nº. 1329 de 12/11/99 determinou que, de acordo com a faixa de cobertura das equipes de PSF, os municípios passariam a receber incentivos diferenciados, conforme a tabela 1. A diferenciação se deve ao fato de que quanto maior o número de pessoas cobertas, maior o impacto (Brasil, 2000c).

O financiamento do PSF envolve além dos recursos federais, os recursos estaduais e municipais.

Tabela 1 - Valores dos incentivos para manutenção das equipes de PSF de acordo com a Cobertura populacional.

Faixas de Cobertura	Faixas Populacionais em %	Incentivo/Equipe/Ano em R\$
1	0 a 4,9	28.008,00
2	5 a 9,9	30.684,00
3	10 a 19,9	33.360,00
4	20 a 29,9	38.520,00
5	30 a 39,9	41.220,00
6	40 a 49,9	44.100,00
7	50 a 59,9	47.160,00
8	60 a 69,9	50.472,00
9	70 e mais	54.000,00

Fonte: Brasil, 2001

CAPÍTULO 1

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS: UMA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS.

FAMILY HEALTH STRATEGY IN MANAUS: AN EVALUATION OF THE ADMINISTRATIVE AND OPERATIONAL ASPECTS

Olavo das Neves Junior¹
Marcelo de Castro Meneghim²
Antonio Carlos Pereira²

¹ Doutorando em Saúde Coletiva – PPG – Odontologia da FOP-Unicamp , professor da ESA – Universidade Estadual do Amazonas e bolsista da Fapeam.

² Professor da Área de Odontologia Preventiva e Social da FOP-Unicamp

Endereço para correspondência:
Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp
Av. Limeira, 901. Bairro Areião. Piracicaba/SP
CEP: 13413-901
Telefone: (19)21065219 – meneghim@fop.unicamp.br

RESUMO

O PSF teve seu início em 1994, para transformar-se em um novo paradigma de reorientação assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios básicos do SUS. O objetivo deste trabalho foi o de analisar o perfil de atuação das equipes de saúde do PSF, na cidade de Manaus, identificando seus aspectos administrativos e operacionais. A cidade de Manaus possuía, em 2007, 04 gestores, um para cada distrito e 114 equipes de saúde da família, sendo 53 ESB. O estudo foi de natureza observacional, transversal, qualitativo e quantitativo e constou na aplicação de dois questionários. O primeiro abordou os aspectos administrativos e o segundo, com aspectos operacionais. Foi utilizada estatística descritiva para a análise dos resultados, além do programa do DSC/QUALIQUANTISOFT, no método qualitativo do discurso do sujeito coletivo. Pode-se concluir em relação aos aspectos operacionais e administrativos que destacam-se positivamente: cursos de capacitação e o universo dos usuários assistidos, satisfação da comunidade e a melhoria da atenção à saúde integral da comunidade e; negativamente: não organização da demanda, a precariedade física das UBSF, o número reduzido das ESB frente à demanda da população, dificuldades no gerenciamento técnico das equipes, a gestão do sistema e dificuldades com a equipe de trabalho. Os resultados apresentados demonstraram dificuldades sérias na organização da demanda e principalmente na questão da referencia e contra-referencia.

Palavras-chave: Equipes de Saúde da Família em Manaus, Avaliação Administrativa, Avaliação Operacional

ABSTRACT

The Program began in 1994 to become a new paradigm shift of care from primary care, in accordance with basic principles of the SUS. The aim of this study was to analyze the profile of work of health teams in the city of Manaus, identifying its administrative and operational aspects. The city of Manaus had, in 2007, 04 managers, one for each district and 114 family health teams, 53 oral health teams. The study was observational, cross-sectional, quantitative and qualitative and consisted of the application of two questionnaires, the first dealt with the administrative aspects and the second with the operational aspects. Descriptive statistics were used for the analysis of results and the program of the DSC / Qualiquantisoft, the qualitative method of collective subject speech. It can be concluded in relation to operational and administrative aspects that stand out positively: training courses and the universe of users assisted, community satisfaction and improved health care and comprehensive community; negatively, no organization of demand, poor physical structure of offices, the small number of offices to fulfill the demand of the population, difficulties in managing technical teams, managing the system and difficulties with the team. The results demonstrated serious difficulties in organizing the demand.

Key Words: Family Health Team in Manaus, Administrative Evaluation, Operational Evaluation

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início em 1994, para transformar-se em um novo paradigma de reorientação assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde¹. Este novo modelo surge como resposta ao modelo de assistência à saúde que ainda predominava no país caracterizado pela prática hospitalocêntrica, individualista e de alto custo.

Esta nova prática exige a presença de equipes multiprofissionais com visão holística desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade no sentido de estimular sua participação e envolvê-la nas atividades².

Um atributo fundamental da atenção primária é a sua definição como porta de entrada do sistema de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços e ações de saúde, bem como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Essa estratégia assume o compromisso de prestar assistências universais, integrais, equânimes, contínuas e resolutivas à população, tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada^{3,4}. Nesse sentido, a ESF objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene.

Na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas, o referido programa iniciou-se em março de 1999, onde todos os recursos humanos foram contratados pela própria Secretaria Municipal de Saúde SEMSA, não existindo terceirização dos contratos de trabalho.

Dada à importância das equipes de saúde no âmbito individual e coletivo em uma comunidade, e como parte integrante das políticas públicas de saúde no Brasil e sua inserção no SUS, busca-se neste trabalho analisar o perfil de atuação das equipes de saúde

do Programa de Saúde da Família, na cidade de Manaus, identificando seus aspectos administrativos e operacionais.

Métodos

O projeto foi aprovado pelo CEP/UEA, processo nº. 124/08 em observação aos aspectos éticos preconizados pela Comissão Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, Resolução nº. 196/96.

Caracterização da amostra

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, SEMSA, a cidade de Manaus possuía, em 2007, 04 gestores, um para cada distrito, e 114 equipes de saúde da família, sendo distribuídas da seguinte forma: 15 no Distrito Leste (13,2%), 26 no Distrito Norte (22,8%), 34 no Distrito Oeste (29,8%) e 39 no Distrito Sul (34,2%), Figura 1, nas quais estão inseridas 53 equipes de saúde bucal – tipo ESB I: 18 no Distrito Leste (34%), 17 no Distrito Norte (32,1%), 07 no Distrito Oeste (13,2%) e 11 no Distrito Sul (20,7%), conforme demonstrado no Quadro 1. O número de profissionais, por categoria e região, está demonstrado no Quadro 2. Este estudo considerou todas as equipes de saúde da família.

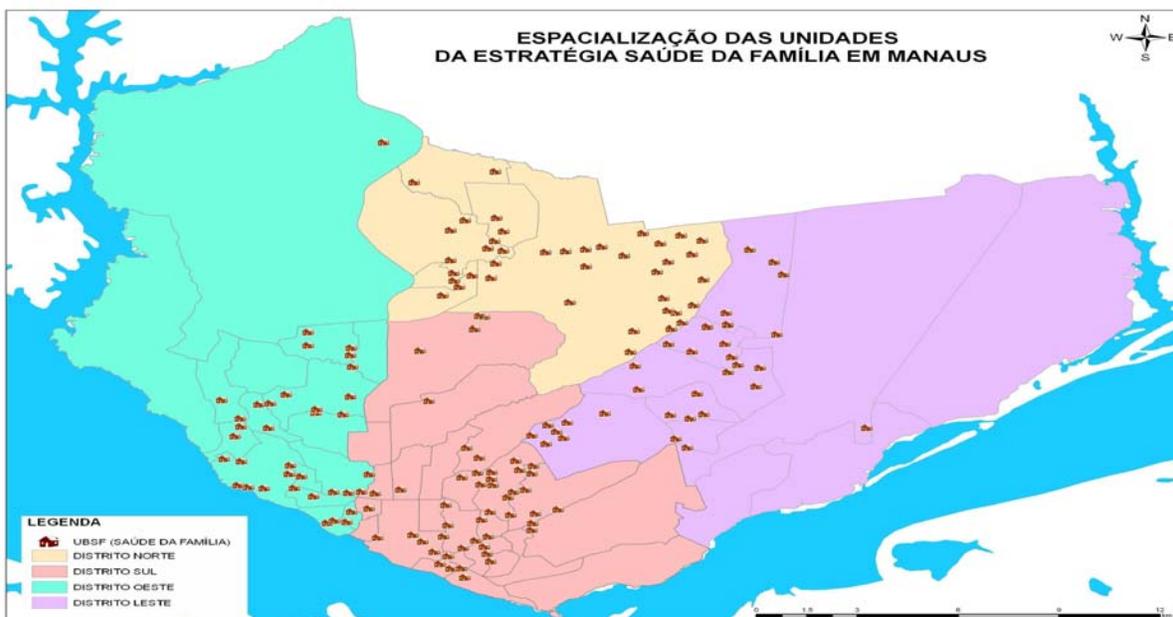


Figura 1 - Mapa de Manaus com seus 04 Distritos de Saúde
Fonte: SEMSA, 2007

Quadro 1 - Equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, segundo a região:

	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal - Modalidade I
DISTRITO LESTE	15	18
DISTRITO NORTE	26	17
DISTRITO OESTE	34	07
DISTRITO SUL	39	11
MANAUS	114	53

Fonte: SEMSA, 2007

Quadro 2 - Distribuição do número de profissionais segundo a categoria e região.

	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	MANAUS
MÉDICO	33	43	41	50	167
ENFERMEIRO	33	43	41	50	167
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	57	83	74	88	302
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	262	299	237	300	1098
CIRURGIÃO-DENTISTA	19	17	7	11	53
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	19	17	7	11	53
TOTAL GERAL:	423	502	407	510	1840

Fonte: SEMSA, 2007

Tipo de Estudo

O estudo foi de natureza observacional, transversal, qualitativo e quantitativo e constou na aplicação de dois tipos de questionários, sendo que o primeiro abordou os aspectos administrativos, tendo sido aplicado aos gestores dos distritos e o segundo, com aspectos operacionais, foi aplicado, aos profissionais, Médicos, Enfermeiros, e Cirurgiões-Dentistas, das equipes de saúde da família em Manaus. Os questionários apresentavam

questões objetivas (fechadas) e subjetivas (abertas), abordando aspectos administrativos e operacionais.

Instrumento de análise

Um dos questionários abordou aspectos administrativos das equipes de saúde da família e das equipes de saúde bucal tendo sido aplicado e respondido por todos os gestores dos distritos, contendo questões relativas à: a) início das implantações das equipes de saúde; b) número de equipes no distrito; c) população coberta pelas equipes de saúde; d) localização das equipes de saúde; e) forma de contratação dos Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas das equipes de saúde; f) jornada de trabalho dos profissionais das equipes de saúde; h) recursos destinados às equipes de saúde da família e de saúde bucal. O segundo questionário abordou aspectos operacionais das equipes de saúde, a todos os 167 Médicos, 167 Enfermeiros e aos 53 Cirurgiões-Dentistas que atuam nas equipes de saúde da família em Manaus, buscando informações relativas à: a) tempo de contratação do profissional no PSF; b) participação em cursos de capacitação; c) tipo de clientela atendida pela equipe de saúde; d) organização da demanda; e) frequência de visitas domiciliares; f) referência e contra-referência; g) ações desempenhadas pelo profissional e pessoal auxiliar; h) integração entre a equipe de saúde da família ESF e a equipe de saúde bucal ESB. A questão subjetiva (aberta) solicitou que fossem relatadas as experiências, inovações, dificuldades ou mudanças observadas em relação às ESF e ESB⁵.

Os questionários foram aplicados através de um contato pessoal com os sujeitos participantes da pesquisa.

Análise Estatística

Foi utilizada estatística descritiva para a análise dos resultados. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de médias e desvios-padrão, enquanto que as variáveis qualitativas foram descritas por meio de porcentagens.

A digitação e consistência dos dados foram realizadas no programa Epi-Info versão 6.04. A análise foi feita utilizando-se o pacote estatístico SPSS, versão 14.0, além do programa do DSC//QUALIQUANTISOFT, recomendado no método qualitativo do discurso do sujeito coletivo, como forma de representar a opinião coletiva por meio de um discurso da realidade, direto, com pouca mediação e que, sem deixar de ser objetivo, foge do distanciamento formal das tabelas, dos gráficos, e mesmo das teorizações explicativas⁶.

Resultados e Discussão

Aspectos Administrativos

Foram entrevistados quatro profissionais, que são os gestores de cada um dos quatro distritos, sendo dois Enfermeiros, um no distrito Norte e outro no distrito Sul, um Cirurgião-Dentista do distrito Leste e uma Assistente Social do distrito Oeste.

Dois gestores responderam que foi por teste seletivo interno a forma de contratação dos profissionais no PSF em Manaus, enquanto um gestor respondeu que a forma foi por contrato estatutário e o outro respondeu que foi por concurso externo e regime de contratação temporária. Em relação à jornada de trabalho, todos os gestores responderam que os profissionais trabalham 8 horas/dia (40 horas/semana).

Quanto aos incentivos financeiros, todos os gestores responderam que o incentivo financeiro (PAB variável) das equipes de Saúde Bucal (ESB) é revertido totalmente para a odontologia no PSF. Dois gestores responderam que há outra forma de financiamento (um deles respondeu que é municipal), enquanto que os outros dois responderam que não há outra forma de financiamento. Além disso, dois gestores responderam que o município foi contemplado com recurso extra para as Equipes de Saúde Bucal no PSF, como o PROESF, enquanto que os dois outros gestores responderam que não, ou seja, o município não foi contemplado com recurso extra.

Para finalizar, todos os gestores responderam que consideram importante a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família.

Aspectos Operacionais

Os questionários respondidos pelos 103 profissionais, Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas, do PSF em Manaus, apontavam que a grande maioria já participou de cursos de capacitação sobre o referido programa (91,3%) e também que a clientela atendida, pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal são gestantes, bebês, pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos e idosos (89,3%), o que pode indicar a observação do princípio da universalidade no atendimento.

Com relação à organização da demanda, observa-se que (67%) é feita principalmente na residência do paciente pelo Agente Comunitário de Saúde, e por outro lado constata-se um baixo número de equipes utilizando a triagem de risco que seria uma forma de incorporar aos serviços os princípios da equidade. A grande maioria respondeu que os casos de maior complexidade são encaminhados ao Centro de Referência (especialidades) no próprio município.

No que se refere à participação das Equipes de Saúde Bucal nas reuniões, metade dos participantes responderam que sim. Com relação às respostas ignoradas (26,2%), os participantes que deixaram de responder, não possuíam Equipe de Saúde Bucal, conjuntamente com a sua Equipe de Saúde da Família. No quesito que dizia respeito ao envolvimento entre a Equipe de Saúde da Família, e a Equipe de Saúde Bucal, metade dos entrevistados declarou que sim, existe o envolvimento e a outra metade declarou que não existe o envolvimento entre as ESF e ESB. Os que responderam ignorarem, são àqueles profissionais que, relataram não possuir Equipe de Saúde Bucal, conjuntamente com suas Equipes de Saúde da Família.

Mais da metade dos respondentes (54,4%) declarou que não são utilizados prontuários únicos para a Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família, novamente os ignorados referem-se aos que disseram não ter uma Equipe de Saúde Bucal conjuntamente com a ESF (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra (número absoluto e porcentagem), de acordo com os aspectos operacionais.

Variável	Categoria	Nº	%
<i>Curso de capacitação (PSF)</i>	Sim	94	91,2
	Não	8	7,8
	Não respondeu	1	1,0
<i>Clientela atendida</i>	Gestantes, bebês, pré-escolares,	96	93,2
	Gestantes, bebês, pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos, idosos	4	3,9
	Não respondeu	3	2,9
<i>Agendamento</i>	Residência, pelo agente de saúde	25	24,3
	Residência, outra forma	62	60,2
	Livre demanda	13	12,6
	Não respondeu	3	2,9
<i>Periodicidade da visita aos domicílios</i>	Sempre que necessário	36	35,0
	Semanalmente	36	35,0
	Nunca	6	5,8
	Outras combinações	25	24,2
<i>Referência e contra-referência</i>	Centro de referência no município	94	91,2
	Centro de referência em outro estado	4	3,9
	Outras combinações	5	4,9
<i>Periodicidade das reuniões</i>	Semanalmente	53	51,4
	Mensalmente	21	20,4
	Quinzenalmente	13	12,6
	Esporadicamente	10	9,7
	Nunca	2	1,9
	Diária	1	1,0
	Outras combinações	3	3,0
<i>Participação da equipe de Saúde bucal na reunião</i>	Sim	38	36,9
	Não	38	36,9
	Ignorado (ESF não possui ESB)	27	26,2
<i>Envolvimento entre a equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família</i>	Sim	40	38,8
	Não	42	40,8
	Ignorado (ESF não possui ESB)	21	20,4
<i>Prontuários únicos</i>	Sim	25	24,3
	Não	56	54,3
	Ignorado (ESF não possui ESB)	22	21,4
Total		103	100,0

Ao analisar-se a participação de profissionais, Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas, conjuntamente na pesquisa realizada, observa-se uma maior participação daqueles do Distrito Sul (39,8%), seguido do Distrito Leste (27,2%). Em relação à profissão, os Enfermeiros foram os que tiveram uma maior participação (47,6%), seguidos dos Médicos (33,9%) e por fim os Cirurgiões-Dentistas (18,5%) (Tabela 2). O tempo médio de trabalho no PSF foi de 5,23% anos (desvio padrão=2,6 anos), com tempo mínimo de 0,2 e máximo de 10 anos.

Tabela 2 - Número e porcentagem para as variáveis de caracterização da amostra estudada na cidade de Manaus, AM em 2009.

Variável	Categoria	Nº	%
Distrito	Norte	16	15,5
	Sul	41	39,8
	Leste	28	27,2
	Oeste	18	17,5
Total		103	100,0
Profissão	Médico	35	33,9
	Enfermeiro	49	47,6
	Cirurgião Dentista	19	18,5
Total		103	100,0

No Distrito Norte, Sul e Oeste. A categoria profissional de Enfermeiros teve uma maior participação na pesquisa, enquanto que no Distrito Leste, a maioria dos participantes foi de Cirurgiões-Dentistas (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra (número absoluto e porcentagem), de acordo com o Distrito e a Profissão, na cidade de Manaus/AM em 2009.

Variável		Distrito								Total	
		Norte		Sul		Leste		Oeste		n	%
Profissão		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissão	Médico	6	37,5	19	46,3	4	14,3	6	33,3	35	33,9
	Enfermeiro	7	43,7	21	51,3	9	32,1	12	66,7	49	47,6
	Cirurgião Dentista	3	18,8	1	2,4	15	53,6	-	-	19	18,5
Total		16	100,0	41	100,0	28	100,0	18	100,0	103	100,0

No que respeita os problemas enfrentados com a questão da referência e contra-referência, no PSF em Manaus, identifica-se grandes dificuldades que vão desde a falta de entrosamento das redes Municipal e Estadual, perpassando por dificuldades de comunicação interinstitucional e do número reduzido de profissionais especialistas que as compõem, resultando no fato de alguns pacientes referenciados retornarem às unidades sem o atendimento pretendido, conforme atestaram 71,84 % dos entrevistados, denotando assim sérios problemas nesse mister dentro do PSF (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentual de Idéias Centrais entre entrevistados frente à questão “Quais os problemas enfrentados com a questão de referência e contra-referência?”. Manaus, 2009.

Idéias Centrais	N	%
Não existe sistema de referência e contra- referência	10	9,71
Há dificuldades no sistema	74	71,84
Problemas de agendamento	20	19,42
Problemas com exames	2	1,94
Não há problemas	4	3,88
Dificuldades burocráticas	3	2,91
Não respondeu	2	1,94
Dificuldade de acesso da população	1	0,97

Obs: foram entrevistadas 103 pessoas. Uma mesma pessoa pode ter emitido mais de uma idéia central - Cálculo percentual: frequência da Idéia Central/ 103*100.

Quando questionados sobre os pontos positivos observados pelas ESF e ESB na cidade de Manaus, verificou-se a boa aceitação, participação e o apoio da comunidade manauara ao programa (20,39%) (Tabela 5), visto como “um novo espaço de práticas e relações a serem construídas” com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e o aumento de cobertura dos serviços de saúde (Brasil, 2004). Muito embora a infra-estrutura dos módulos de saúde da família sejam apontados como pontos positivos, melhorando sobremaneira a relação do binômio paciente/profissional, verifica-se a necessidade de investimentos nessa área. Em relação aos insumos e demais medicamentos, esses apresentam estoque regular.

A inserção e ampliação das ESB dentro do PSF em Manaus, promoveu uma mudança de paradigma, oferecendo atendimento Odontológico para gestantes, hipertensos e

diabéticos, o que não ocorria anteriormente, indo, portanto ao encontro do que preconiza o MS.

A valorização profissional, ainda que seja algo incipiente no âmbito da SEMSA, aliada à melhoria das condições de trabalho apontam para um melhor relacionamento inter-profissional, sendo fundamentais para o sucesso do trabalho multiprofissional. A melhoria da atenção à saúde integral da comunidade com base na prevenção e na promoção de saúde (18,45%), apresenta-se como um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção dos serviços de saúde. A inserção das equipes na comunidade favorece o contato direto com as famílias de uma determinada área geográfica, propiciando assim uma melhor relação inter-pessoal (15,53%). Nota-se que a utilização de ferramentas epidemiológicas é pouco utilizada, embora represente uma importante mudança na maneira de organizar a demanda (11,65%). Há facilidade de acesso da população ao PSF em Manaus com o atendimento domiciliar promovido aos comunitários acamados e, portanto impossibilitados de locomoção até as UBS (6,80%). São realizadas palestras educativas em saúde para a comunidade com frequência mensal (8,74%). Apenas (2,91%) responderam que não há pontos positivos e (22,33%) não responderam a questão.

Tabela 5 - Percentual de Idéias Centrais entre entrevistados frente à questão “Pontos positivos apontados pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal”. Manaus, 2009.

Idéias Centrais	N	%
Apoio, participação e satisfação da comunidade e aderência da população aos programas de saúde	21	20,39
Infra - estrutura, equipamentos e insumos adequados	9	8,74
Inserção e ampliação da equipe de saúde bucal	5	4,85
Equipe valorizada (treinamento, salário, gerenciamento), bem entrosada, disposta, compromissada	15	14,56
Melhoria da atenção à saúde integral da comunidade com base na prevenção, promoção de saúde e desenvolvimento de programas	19	18,45
Conhecimento da comunidade e da realidade do usuário	9	8,74
Aproximação da comunidade e equipe de saúde	16	15,53
Utilização de índices epidemiológicos para o	12	11,65

planejamento e desenvolvimento de ações de vigilância à saúde		
Melhoria do acesso das comunidades aos serviços de saúde	7	6,80
Atividade educativa junto à comunidade	9	8,74
Não há pontos positivos	3	2,91
Não respondeu	23	22,33

Obs: foram entrevistadas 103 pessoas. Uma mesma pessoa pode ter emitido mais de uma idéia central. Cálculo percentual: frequência da Idéia Central/ 103*100

Ao analisar os pontos negativos relatados pelas ESF e ESB na cidade de Manaus (20,39%), relataram que há problemas de gerenciamento, porque a lógica gerencial está centrada no quantitativo de procedimentos em detrimento do qualitativo, contrariando a recomendação do Ministério da Saúde que preconiza que para maior resolutividade do serviço, deve-se disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento⁷, enquanto (0,97%), relataram que as mudanças a cada gestão de um novo prefeito eleito, fazem com que estes fiquem a mercê das alterações político-partidárias, esse fato se repete ao longo dos anos pelo país.

Dificuldades com a infra-estrutura, equipamentos, insumos e outros materiais pontificam como o principal dos problemas enfrentados pelas ESF e ESB na cidade de Manaus, aonde a estrutura física inadequada das UBSF dificulta o atendimento, não havendo privacidade dentro do consultório, em razão de só haver uma sala de atendimento para o Médico e o Enfermeiro, além da falta de materiais e insumos indispensáveis para os profissionais desenvolverem suas atividades dentro das ações planejadas (40,78%). Outro problema elencado pelos profissionais do PSF em Manaus, diz respeito à gestão do programa, faltando à efetiva integração com outras secretarias do próprio município, como a SEMOSB/SAMU/SEMMA, além da falta de colaboração mais efetiva entre a SEMSA e a SUSAM do Estado, principalmente no que respeita o efetivo funcionamento da referência e a contra-referência do PSF em Manaus, quando muitas vezes o encaminhamento dos pacientes das UBSF não é aceito nas unidades de referência do Estado, contrariando assim o MS⁸, que preconiza, “O PSF deve estar articulado com os demais níveis de atenção de sorte a ordenar os encaminhamentos, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos mais

caros”, além do fato das policlínicas possuírem poucos especialistas, para atenderem a demanda (16,50%).

Há problemas também de acessibilidade física dos comunitários às UBSF na cidade de Manaus, bem como das ESF para as visitas domiciliares, devido alguns acidentes geográficos, e ausência de planejamento urbano, como por exemplo, a existência de abismos e crateras em algumas vias da periferia de Manaus (6,80%). Também foram apontados problemas de relacionamento entre as equipes, além da necessidade de maior participação do Serviço Social no programa, sobretudo a necessidade de introdução de profissionais de Fisioterapia nas equipes do PSF em Manaus (19,42%). Não há ESB em todas as UBS, portanto os pacientes com necessidades de tratamento odontológico são encaminhados para os centros de referência mais próximos que oferecem esse tipo de atendimento, entretanto, muitas vezes o encaminhamento Médico não é aceito pelo Cirurgião-Dentista, havendo clara necessidade de expansão da oferta desse importante serviço, aumentando assim, a sua capilaridade no PSF em Manaus, paralelamente dever-se-ia melhor capacitar os Técnicos de Enfermagem e ACS, para a prevenção em saúde bucal (27,18%). Resultados semelhantes são citados por Manfredini⁹, que preconizou “As ações coletivas devem ser feitas pelo THD, pelo ACD e pelo ACS, compete ao Cirurgião-Dentista organizá-las e supervisioná-las”, coadjuvado nesse mister por Capistrano¹⁰, que atestou “ O CD, profissional de nível superior, é muito caro para realizar atividades que técnicos de nível médio bem capacitados podem perfeitamente realizar. As atividades de educação em saúde tem sofrido solução de continuidade constantes, porquanto, há pouco investimento em material didático, além da ausência de espaço físico adequado nas UBSF para a realização das palestras ou reuniões com a comunidade (10,68%).

Alguns problemas entre as equipes do PSF e a comunidade em Manaus, são verificados principalmente pela falta de entendimento dos objetivos do PSF, e de seu caráter preventivo, preferindo-se a livre demanda, à demanda programada (6,80%). Essa opinião da comunidade, se choca com as mais bem sucedidas experiências do programa que visam fundamentalmente à racionalização e conseqüentemente a otimização na utilização das capacidades dos profissionais que compõem as equipes¹⁰.

Problemas com a segurança pública em determinadas áreas e o saneamento básico foram relatados por (6,80%) dos entrevistados, enquanto (1,68%) atestaram não haver problemas de qualquer ordem. Por fim (10,68%) não responderam ao questionamento

Tabela 6 - Percentual de Idéias Centrais entre entrevistados frente à questão “Pontos negativos, enfrentados pela Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal”. Manaus, 2009.

Idéias Centrais	N	%
Problemas com o gerenciamento técnico, burocrático ou administrativo	24	23,30
Problemas políticos	1	0,97
Problemas com a infra-estrutura, equipamentos e insumos	45	40,78
Problemas de gestão do sistema: cobertura, municipalização, referência e contra-referência e integração de serviços	17	16,50
Problema com a acessibilidade dos serviços	7	6,80
Problemas com as equipes de trabalho	19	19,42
Problemas com a equipe de saúde bucal	26	27,18
Atividade educativa deficiente	11	10,68
Problemas com a comunidade	7	6,80
Problemas com a segurança e o saneamento básico	7	6,80
Não há problemas	2	1,94
Não respondeu	11	10,68
Problemas com o saneamento	2	1,94

Obs: foram entrevistadas 103 pessoas. Uma mesma pessoa pode ter emitido mais de uma idéia central. Cálculo percentual: frequência da Idéia Central/ 103*100.

Conclusão

Baseado na análise realizada, conclui-se em relação aos aspectos operacionais e administrativos relacionados à percepção dos profissionais, destacam-se positivamente: cursos de capacitação e o universo dos usuários assistidos, satisfação da comunidade e a melhoria da atenção à saúde integral da comunidade e; negativamente: não organização da demanda, a precariedade física das UBSF, o número reduzido das ESB frente à demanda da população, dificuldades no gerenciamento técnico das equipes, a gestão do sistema e dificuldades com a equipe de trabalho. Ademais, os resultados apresentados demonstraram dificuldades sérias na organização da demanda e principalmente na questão da referencia e contra-referencia.

Colaboradores

Olavo das Neves Junior, Marcelo de Castro Meneghim e Antonio Carlos Pereira trabalharam na pesquisa, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Referências

1. Brasil 2001. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. *Programa Saúde da Família - PSF*. Brasília: MS; 2001.
2. Brasil 2000a. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: MS; 2000.
3. Sousa MF. O PSF nos Grandes Centros Urbanos: o passado nos condena. In: Sousa MF. Organizadora. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002. 1: 23 - 33.
4. Silva HM. *O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção básica à saúde (SUS)*. Faculdade de Bauru, 2007.
5. Lourenço EC. *A inserção de Equipes de saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais*. Dissertação apresentada à faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva. Piracicaba – SP, 2005.
6. Lefevre F, Lefevre AMC. *Depoimentos e Discursos : uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Liber Livro; 2005.
7. Brasil 2004. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: MS; 2004.
8. Brasil 2000b. Departamento da atenção básica. Secretaria de políticas de saúde. Informes técnicos institucionais: programa saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2002; 34 (3): 316-9.
9. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Dias AA., organizador. *Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas*. São Paulo: Santos; 2005.

10. Capistrano DF. *O cirurgião-dentista no programa de saúde da família*. São Paulo: mimeo; 2000.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados, e no que respeita aos aspectos analisados (operacionais e administrativos), das ESF no PSF na cidade de Manaus, identifica-se como pontos positivos a capacitação das ESF, a valorização profissional, a jornada de trabalho de oito horas/dia, somados a satisfação da comunidade.

Como pontos negativos, os resultados apresentados demonstram problemas com a infra-estrutura, equipamentos e insumos das UBSF, organização da demanda, referência e contra-referência, e a falta de envolvimento entre as ESF e as ESB.

REFERÊNCIAS*

1. Alves Sobrinho EJM, Sousa MF. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2003; 8 Suppl 2: 91-2.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: IMESP; 1988.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96). Diário Oficial da União, 1996 nov. 06.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União; 2000b dez. 29. Seção 1, p. 85.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes técnicos institucionais: Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000c; 34(3): 316-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família - PSF. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

11. Capistrano Filho D. O cirurgião-dentista no programa de saúde da família. Rev Bras Odontol Saude Colet. 2000; 2(1):8.
12. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Rev Sociol Polít. 2002; 18: 49-71.
13. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos. Relatório final, Manaus (AM). Rio de Janeiro. ENSP; 2002.
14. Gonçalves CA. A política de saúde bucal no Brasil e o programa de saúde da família (PSF): uma nova perspectiva? [monografia]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2002.
15. Goulart FAA. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso [tese]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2002.
16. Lefèvre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O Discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
17. Lefèvre F, Lefevre AMC, Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro; 2005.
18. Lourenço, EC. A inserção de Equipes de saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2005.
19. Machado MH. Programa saúde da família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC; 2002.
20. Maia D, Dantas MR, Rocha S. Os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e sua Interface com a Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
21. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Dias AA, organizador. Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Santos; 2005.
22. Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC; 2002.
23. Narvai PC. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? J Site Odonto 2001; 3(37) [acesso 2010 Jan 10]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/anteriores/capel18.htm>.

24. Pinto VG. Saúde bucal Coletiva. 4.ed. São Paulo: Santos; 2000.
25. Prefeitura de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde [acesso 2009]. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/>
26. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba: UNESP/FOAR; 2000.
27. Silva HM. O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal pertencentes à região de Bauru: em relação à atenção básica a saúde (SUS) [dissertação]. Bauru: USP/FOB; 2007.
28. Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Rev Programa Saúde Fam. 2002; 36-43 [acesso 2010 Jan 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>.
29. Sousa MF. O PSF nos Grandes Centros Urbanos: o passado nos condena. In: Sousa MF, Organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002a. cap.1, p.23-33.
30. Sousa MF. Organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002b.
31. Zanetti CHG. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) - proposição e programação. Brasília, 2000a [acesso 2010 Jan 20]. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>.
32. Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: Saúde Bucal da Família com equidade e integralidade. Brasília, 2000b [acesso 2010 Jan 20]. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>.

BIBLIOGRAFIA¹

1. Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 3.ed. São Paulo: Ática; 1999.
2. Brasil. 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. Diário Oficial da União; 1990 set 20.
3. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1990 dez 31.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Atualizada Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
6. Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2002.
7. Chaves MM. Odontologia social. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
8. Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 2001.
9. Cunha ES. História da odontologia no Brasil (1500-1900). 2.ed. Rio de Janeiro: Científica; 1952. Apud Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba: UNESP/FOAR; 2000.
10. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2.ed. São Paulo: Santos; 2002.

¹ De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

11. Pinto VG. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos; 1989.
12. Roncalli AG. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde bucal coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. Cap.2, p.28-49.

ANEXO 1 – PARECER DA REVISTA



DEPROF. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM
<MENEGHIM@FOP.UNICAMP.BR>
RESPONDER A"PROF. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM"
<MENEGHIM@FOP.UNICAMP.BR>
PARAOLAVO NEVES <OLAVONEV@GMAIL.COM>,
ANTONIO CARLOS PEREIRA <APEREIRA@FOP.UNICAMP.BR>
DATA3 DE NOVEMBRO DE 2010 09:33
ASSUNTOFW: ACEITE
ENVIADO PORFOP.UNICAMP.BR
OLÁ,
EM ANEXO A CARTA DA REVISTA COM O ACEITE DO TRABALHO.
ABS
MARCELO

SÃO BERNARDO DO CAMPO, 30/12/2010

PREZADOS AUTORES.:

OLAVO DAS NEVES JÚNIOR; MARCELO DE CASTRO MENEGHIM; ANTONIO CARLOS PEREIRA

TEMOS A SATISFAÇÃO DE INFORMAR-LHES QUE O ARTIGO "ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS: UMA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS" OBTVEU PARECER FAVORÁVEL DO CONSELHO CIENTÍFICO DA REVISTA ODONTO E TEM PREVISÃO DE PUBLICAÇÃO PARA O PRIMEIRO SEMESTRE DE 2011.

AGRADECEMOS SUA VALOROSA COLABORAÇÃO E, CASO CONSIDERE OPORTUNO, SOLICITAMOS QUE DIVULGUE NOSSA REVISTA EM SEU CÍRCULO DE RELACIONAMENTO, ÀQUELES QUE DESEJEM PUBLICAR SEUS TRABALHOS.

COLOCAMO-NOS À DISPOSIÇÃO PARA A SOLUÇÃO DE EVENTUAIS DÚVIDAS E QUESTIONAMENTOS PELO EMAIL: **PARANHOS@ORTODONTISTA.COM.BR**

ATENCIOSAMENTE,

PROF. DR. LUIZ RENATO PARANHOS
EDITOR CHEFE DA REVISTA ODONTO

P.S: FAVOR COMUNICAR AOS DEMAIS AUTORES O RECEBIMENTO DESTA.

ANEXO 2 – CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UEA
Universidade do Estado do Amazonas



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

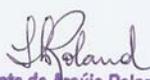
IDENTIFICAÇÃO

Proc. N°. 124/08 –CEP/ESA-UEA – Projeto de Pesquisa: “Equipes de saúde da família em Manaus: Aspectos administrativos e operacionais.”
interessado: Prof. MSc. Olavo das Neves Júnior.
Data de apreciação: 30/09/08.

DECISÃO

Nesta data, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, acatando voto do(a) eminente relator(a), **APROVOU** o processo supra identificado, com base no caput do item VII, na alínea **a** do subitem VII.13 e no caput do item IX.2 da Resolução CNS 196/96, ficando, portanto, autorizado o início da pesquisa proposta.

Plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, em Manaus, 30 de setembro de 2008.


Drª Ivete de Araújo Roland
Coordenadora do CEP/ESA-UEA

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

Eu, _____
RG: _____, domiciliado nesta cidade, à
rua _____ fone: _____

declaro de livre e espontânea vontade querer participar do estudo: “EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANAUS: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS”. Autorizo o uso dos dados da minha participação somente para fins do presente estudo e que se guarde sempre sigilo absoluto sobre minha pessoa. Declaro que me foram informados os detalhes referentes a essa pesquisa e que as informações por mim prestadas ajudarão no melhor conhecimento do assunto em estudo. Sei que minha participação consiste apenas em responder algumas perguntas e que posso me negar a participar desse estudo, como também me retirar do mesmo a qualquer momento que desejar, sem que com isso, nem eu tampouco minha família venhamos a sofrer qualquer tipo de represália. Embora saiba que os riscos que corro com minha participação nessa pesquisa sejam mínimos, também me foi informado que se, eventualmente, minha saúde vier a sofrer danos em decorrência da pesquisa, terei o apoio, inclusive indenizatório, tanto do coordenador do estudo; do patrocinador (quando for o caso) como da instituição onde a pesquisa for realizada. Minha participação é inteiramente voluntária e não receberei qualquer quantia em dinheiro ou outra espécie. Também me foi informado que em caso de esclarecimentos ou dúvidas posso procurar informações com o senhor Coordenador da pesquisa, OLAVO DAS NEVES JÚNIOR, no endereço: Rua Altair Severiano Nunes, 84, Aptº, 903, Parque Dez, Manaus, fone: (92) 9146-3190.

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

Responsável (No caso de menor de idade) _____

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS



Questionário – Aspectos Administrativos

Distrito: _____

Profissão _____

- O questionário deverá ser preenchido da maneira mais precisa e objetiva possível;
- Nas questões objetivas podem ser marcadas mais de uma resposta;
- Qualquer comentário extra contribuirá para que se possa traçar um perfil exato do PSF em seu município. Agradecemos a colaboração.

1 – Quando foi implantada a Equipe de saúde no seu distrito?

- () antes de 2001 () 1º semestre de 2001 () 2º semestre de 2001
() 1º semestre de 2002 () 2º semestre de 2002 () 1º semestre de 2003
() 2º semestre de 2003 () 1º semestre de 2004 () 2º semestre de 2004
() 1º semestre de 2005 () 2º semestre de 2005 () 1º semestre de 2006
() 2º semestre de 2006 () 2º semestre de 2006 () 1º semestre de 2007
() 2º semestre de 2007 () 2008

2 – A sua equipe de saúde cobre, em média, quantos habitantes de seu distrito? _____

3 – Qual foi a forma de contratação dos profissionais de saúde dentro do PSF?

- () teste seletivo interno () concurso externo () credenciamento
() outra. Qual? _____

4 – Qual a jornada de trabalho dos profissionais no PSF?

() 4 horas/dia (20 horas/semana) () 6 horas/dia (30 horas/semana)

() 8 horas/dia (40 horas/semana) () outra _____

5 – Além do seu salário base, você recebe alguma gratificação e/ou complementação de outro órgão?

() Sim () Não

Qual: _____

6 – O incentivo financeiro (PAB variável) das Equipes de Saúde Bucal (ESB) é revertido totalmente para a Odontologia no PSF?

() Sim () Não

6a – Há outra forma de financiamento?

() Sim () Não Qual: _____

7 – Seu município foi contemplado com algum recurso extra para Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF? Por exemplo PROESF?

() Sim () Não Qual: _____

8 – Você considera importante a inclusão da Equipes de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família?

() Sim () Não

Por que?

9 – Descreva qualquer aspecto que por ventura não tenha sido abordado no questionário e que possa contribuir com a pesquisa (experiências, inovações, dificuldades encontradas, mudanças já observadas):

**Questionário – Aspectos Operacionais – destinado aos Médicos, Enfermeiros e
Cirurgiões-Dentistas**

Distrito: _____

Profissão _____

- O questionário deverá ser preenchido da maneira mais precisa e objetiva possível;
- Nas questões objetivas podem ser marcadas mais de uma resposta;
- Qualquer comentário extra contribuirá para que se possa traçar um perfil exato do PSF em seu município. Agradecemos a colaboração.

1 – Há quanto tempo você trabalha no PSF? _____

2 – Você já participou de algum curso de capacitação sobre PSF?

() Sim () Não Qual: _____

3 – Qual é a clientela atendida pelas Equipes de Saúde da Família e pelas Equipes de Saúde Bucal?

- () gestantes () bebês (0 à 3 anos) () pré-escolares (4 à 6 anos)
() escolares (7 à 12 anos) () adolescentes (13 à 19 anos) () adultos
() idosos (60 anos ou +)

4 – Como é feito o agendamento dos pacientes em relação ao tratamento odontológico, médico e de enfermagem?

- () na residência, pelo Agente Comunitário de Saúde () na Unidade Básica de Saúde, pelo Auxiliar de Consultório Dentário () na Unidade Básica de Saúde, pelo Técnico de Higiene Dental
() livre demanda como porta de entrada () triagem de risco
() outra forma. Qual? _____

4a – Utiliza-se alguma ferramenta epidemiológica/sócio-econômica para a organização da demanda?

5 – Com que periodicidade você visita os domicílios da comunidade que atende?

- nunca, pois não lhe sobra tempo semanalmente quinzenalmente
 a cada 2 meses a cada 6 meses
 sempre que necessário outro _____

6 – Para onde são encaminhados os casos de maior complexidade?

- Centro de referência (especialidades) no próprio município
 Centro de referência (especialidades) em município maior e próximo
 Não são encaminhados e são resolvidos na própria unidade de saúde
 Não são encaminhados e não são resolvidos outro _____

7 – Quais os problemas enfrentados com a questão da referência e contra-referência?

8 – Com que periodicidade acontecem reuniões da equipe?

- semanalmente quinzenalmente mensalmente
 esporadicamente nunca ocorre

8a – A Equipe de Saúde Bucal participa da reunião? Sim Não

9 – Existe um envolvimento entre a Equipe de Saúde Bucal e a Equipe de Saúde da Família no atendimento as famílias?

- Sim Não

10 – São utilizados prontuários únicos para Equipe de Saúde Bucal e a Equipe de Saúde da Família?

() Sim () Não

11 – Descreva qualquer aspecto que por ventura não tenha sido abordado no questionário e que possa contribuir com a pesquisa (experiências, inovações, dificuldades encontradas, mudanças já observadas):

12 – Cite quais os principais pontos positivos e os principais problemas enfrentados pelas Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família no desenvolvimento da estratégia junto a comunidade:

Pontos positivos: _____

Problemas enfrentados: _____

ANEXO 5 – CARTA PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE MANAUS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



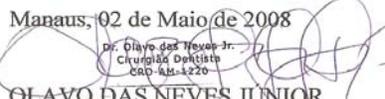
ILMO SR (A). SECRETÁRIO (A). DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
MANAUS-SEMSA

Olavo das Neves Júnior, Cirurgião-Dentista, Professor Universitário do curso de Odontologia da UEA e Doutorando em Odontologia pela UNICAMP na área de Saúde Coletiva, vem mui respeitosamente, solicitar à V. Sa. , se digne autorizar a realização do projeto de pesquisa intitulado "Equipes de Saúde da Família em Manaus : Aspectos Administrativos e Operacionais.

Certo da aquiescência de V. Sa. , coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, aproveito o ensejo para renovar-lhe expressões de apreço e consideração.

Subscrevo-me.
Atenciosamente,

Manaus, 02 de Maio de 2008


Dr. Olavo das Neves Jr.
Cirurgião Dentista
CRP-4614220
OLAVO DAS NEVES JUNIOR
CIRURGIÃO-DENTISTA
PROFESSOR DA ESA-UEA

APÊNDICE-Projeto de Pesquisa

