



Artigo Original

Análise das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de um município ribeirinho amazônico

Analysis of oral health actions in the Family Health Strategy of an amazonian riverine municipality

Rosana Pimentel Correa¹

Rosana Cristina Pereira Parente²

Neuza Maria Nogueira Moysés³

1 Mestre, Universidade Federal de Santa Catarina

2 Professora Titular da Universidade Federal do Amazonas

3 Pesquisadora, Escola Nacional de Saúde Pública

RESUMO – O objetivo deste estudo foi identificar as potencialidades e limites do planejamento da equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família para viabilizar as ações de saúde bucal em um município amazônico. Para isto foi realizada uma pesquisa qualitativa, com dados tratados por perspectiva hermenêutica dialética, oriundos da análise das entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde, com o Coordenador de Saúde Bucal e com os dentistas que compunham as Equipes de Saúde Bucal e da análise documental das atas do Conselho Municipal de Saúde (2002 a 2008), dos Planos Municipais de Saúde (2002 a 2008) e dos Relatórios de Gestão (2003 a 2007). Os resultados demonstraram que os principais fatores limitantes foram: as deficiências na capacitação dos gestores e dos dentistas, nas relações de trabalho da equipe multiprofissional e no planejamento e reorganização da demanda. Isto demonstra que o município apresenta dificuldade na concretização das propostas da atenção primária a saúde bucal.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Saúde Bucal; Gestor de Saúde.

ABSTRACT – The aim of this study was to identify the planning potentialities and limits in the Family Health Strategy in order to make the actions of Oral Health possible in an Amazonian municipal district. For this a qualitative study was carried out with data treated using the dialectic hermeneutic perspective, deriving from the analysis of the interviews with the Municipal Secretary of Health, the Coordinator of Oral Health and the dentists who composed the Oral Health Teams and from the documentary analysis of the City Health Council acts (2002 the 2008), the Municipal Health Plans (2002 the 2008) and the Management Reports (2003 the 2007). The results demonstrated that the main limiting factors were: the deficiencies in the training of managers and dentists in the work relationships of the multidisciplinary team and in the planning and reorganization of the demand. This demonstrates that the municipal district presents difficulty in accomplishing the proposals of Primary Care in Oral Health.

Keywords: Family Health; Oral Health; Health Manager.

1. INTRODUÇÃO

Em 1994, com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), se iniciou o processo nacional de fortalecimento da atenção primária a saúde no país. Desde sua implementação havia a proposta de inclusão das Equipes de Saúde Bucal, sendo o município de Curitiba, no ano de 1995, o primeiro a incorporar a saúde bucal na ESF¹.

O fortalecimento do financiamento da atenção básica dos municípios, através da determinação do Piso da Atenção Básica (PAB) pela NOB/96 foi um impulso para ampliação das equipes da ESF e um dos fatores determinantes para introdução das equipes de saúde bucal nesta estratégia.

A experiência positiva de Curitiba e os resultados sobre acesso aos serviços odontológicos da PNAD/1998, que comprovou que 18,7 % da população

brasileira nunca tinham consultado o dentista, motivaram o governo federal a regulamentar em 2001 a inserção das Equipes de Saúde bucal na ESF^{1,2,3}.

Estudos relatam que a inserção tardia das equipes de saúde bucal na ESF e as novas atribuições destes profissionais dentro do modelo assistencial de atenção primária familiar – que difere da sua formação acadêmica – são dificuldades enfrentadas na implantação das ações de saúde bucal na ESF^{4,5}.

Deste modo este estudo faz uma análise das

Autor correspondente:

Rosana Pimentel Correa

Universidade Federal do Amazonas Campus

Manaus (AM) – CEP 69.057-070

Email: rosana.pimentelcorrea@gmail.com

Artigo recebido em 22/04/2010

Aprovado em 28/05/2010

ações de saúde bucal, na Estratégia da Saúde da Família do município de Parintins, a partir da apreensão de uma totalidade concretizada na esfera do município, com base num conjunto integrado de medidas, estratégias, práticas de planejamento, gestão e cuidado.

Sendo o objeto deste estudo a análise das ações de saúde bucal percebida a partir das concepções dos gestores, dos odontólogos, e do usuário. Assim tem-se como objetivo identificar as potencialidades e limites do planejamento da equipes de saúde bucal na ESF no contexto do município para viabilizar as ações de saúde bucal.

2. METODOLOGIA

2.1 Contexto: Parintins, o município ribeirinho

Parintins é um município da região do baixo Amazonas, distante 420 km da capital do estado, Manaus. A cidade mantém as peculiaridades urbanas dos municípios ribeirinhos do Amazonas, onde as distâncias planas são percorridas a pé, de bicicleta ou de moto, pela inexistência de ônibus, criando um modelo diferenciado de acesso aos serviços. A vida da população transita entre o rio e a floresta. O porto é a via de ligação entre o rio, a cidade e a floresta, sendo o principal local de saída e chegada, com grande movimentação de produtos e pessoas. O acesso a cidade é exclusivamente através de barcos ou avião^{6,7,8}.

Segundo o censo de 1999 a população do município era de 82.744 habitantes, destes 56.122 viviam na sede e 24.622 habitavam a zona rural, em grande parte, composta pelos moradores de comunidades ribeirinhas. A população estimada pelo IBGE em 2009 foi de 107.250 habitantes, sendo o segundo município em porte populacional do estado⁸.

O festival folclórico dos bois-bumbás, Garantido e Caprichoso, segunda maior festa popular do Brasil, fez com que a cidade ficasse conhecida nacional e internacionalmente.

O Festival de Parintins teve influência na geografia do município, como descrito no estudo de Tavares⁹, que mostrou que a urbanização do município foi maior nas áreas próximas ao bumbódromo (estádio em formato de cabeça de boi, construído especialmente para as apresentações dos bois-bumbás Caprichoso e Garantido durante o Festival Folclórico de Parintins), com exclusão das zonas periféricas.

Este padrão de urbanização resultou na maior concentração dos serviços de saúde nos bairros

próximos ao bumbódromo, os bairros Itaúna I e Itaúna II, que apresentam dois centros de saúde em atividade e um em construção, com quatro equipes da ESF, quatro ESB, além do Centro de Especialidades Odontológicas¹⁰.

Em 2002 o município passou a gestão plena do sistema municipal e em 2003 o Plano Estadual de Regionalização determinou que município fosse uma das dezenove microrregiões de saúde do estado, referência para os municípios de Nhamundá e Barreirinha¹¹.

A cidade apresenta trinta e um estabelecimentos de saúde, destes, nove são centros de saúde, duas unidades básicas de saúde, uma policlínica de saúde, na sede da cidade, destinada ao atendimento de pronto-socorro, maternidade, cirúrgico e hospitalar; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II com um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), que oferta serviços especializados na área de odontologia referenciados pelo PSF e um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o primeiro do estado, que é uma rede de atenção em saúde mental¹⁰.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada em 2000 e atualmente, possui vinte e quatro equipes que fazem a cobertura de 75,04 % da população. Em 2002, as equipes de saúde bucal (ESB) foram inseridas e em 2009 o município contava com uma equipe modalidade I (Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) e dez equipes modalidade II (Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal) que faziam a cobertura de 65,13% da população¹⁰.

2.1. Procedimentos

Trata-se de uma abordagem qualitativa. A análise dos dados baseou-se na hermenêutica dialética, realizada após leitura exaustiva para apropriação de conteúdo, seguindo o modelo para tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura. A leitura teve como foco as transcrições das entrevistas gravadas com os sujeitos-informantes, buscando explicações sobre o contexto das ações de saúde bucal na ESF, interpretando suas concepções, de maneira crítica e dialogando com as observações do diário de campo^{12,13}.

Os sujeitos-informantes foram o Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador da Saúde Bucal na ESF, seis dentistas das Equipes de saúde bucal da ESF e um usuário, por serem sujeitos-chaves para a implantação, planejamento e programação das ações de saúde bucal

Foi realizada ainda a análise documental das Atas do Conselho Municipal de Saúde¹⁴, dos Planos Municipais de Saúde¹⁵ do período de 2002 a 2008 e dos Relatórios de Gestão¹⁶ de 2003 a 2007. Esta análise qualitativa considerou estes documentos um registro privilegiado de informações sobre história da inclusão e implantação das ações de saúde bucal na ESF.

A análise e tratamento dos dados seguiram o recomendado pela literatura, partindo da leitura exaustiva de todo o conteúdo, interpretação e busca por categorias (hermenêutica), seguida da reflexão crítica histórica dos contextos e contradições nestes (dialética). Ao término do processo, dois pesquisadores junto a um terceiro, finalizaram a análise buscando concordâncias e discordâncias^{12,13}.

Todos os sujeitos-informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como foi garantido o anonimato dos mesmos e respeitados todos os preceitos ético-legais, que regem a pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas conforme registro n.º 0039.0.115.000-08.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. O processo de implantação das equipes de saúde bucal na ESF

As primeiras equipes de saúde bucal foram inseridas no município em 2002 e com relação ao planejamento da implantação das ações de saúde bucal na ESF, o gestor municipal afirmou que houve a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e que foi feito um plano de trabalho e mensalmente eram realizados relatórios de supervisão das ações, todavia não foi disponibilizado nenhum destes dois documentos e não havia registro nas atas do CMS sobre o plano referido e os relatórios de gestão não citavam a implantação das equipes de saúde bucal.

A participação da comunidade no processo decisório da implantação da intervenção também é um dos determinantes organizacionais que influenciam na sua implantação. Neste sentido, a análise das atas dos Conselhos Municipais de Saúde, no período avaliado, apresentou três registros de discussão sobre a introdução das equipes de saúde bucal na ESF.

A primeira menção foi em 2005, pela Resolução n.º 34/05 de 23 de setembro de 2005, que

decidiu pela autorização da inclusão do dentista nas equipes da ESF, ocorrendo três anos após a introdução das equipes no município¹⁴.

A segunda foi em 2006, com a Resolução n.º 04/06 de 24 de fevereiro de 2006 que decidiu pela qualificação da equipe de saúde bucal do centro de saúde do bairro Itaúna I em equipe modalidade 2, todavia todas as equipes de Parintins foram qualificadas em modalidade II, nos anos de 2003 e 2004¹⁴.

A terceira e última resolução, foi em 2008, a Resolução n.º 07/08 de 22 de fevereiro de 2008 que decide pela criação de três equipes de saúde bucal para atuar nas unidades de saúde dos bairros Centro, Bumbódromo e Itaúna II, no entanto todas estas equipes já estavam instaladas desde 2004¹⁴.

Todas as decisões do CMS relacionadas às ações de saúde bucal na ESF datam de períodos posteriores a implantação das equipes, não sendo significativa a participação da população no processo de implantação. Este é um determinante organizacional que prejudica a implantação da intervenção, ao lesar o princípio constitucional da participação comunitária e controle social sobre as ações e serviços de saúde.

Como visto em nosso estudo¹⁷, ao descrever uma série de problemas dos conselhos municipais de saúde citou dentre eles a “burocratização das instâncias que não exercem seu caráter deliberativo e a pequena relevância dos conselhos na formulação da política de saúde assumindo um papel homologatório”.

No estudo de Ronzani, Silva¹⁸ sobre a percepção dos profissionais, gestores e usuários com relação ao PSF de dois municípios do estado de Minas Gerais, ao abordarem a participação do CMS no processo decisório de gestão dos serviços de saúde, todos os gestores afirmaram que o CMS não tinha inferência nos serviços ofertados. Os gestores afirmaram que o CMS somente ficava ciente das decisões determinadas pelos gestores e que nenhum dos municípios possuía relatórios de acompanhamento e avaliação das ações da ESF, como em nosso estudo.

Em relação à gestão, a coordenação das Equipes de Saúde Bucal sofreu mudanças no período analisado (2002-2008). O coordenador da Saúde bucal na ESF de 2003 a 2005 foi um cirurgião-dentista com especialização em saúde da família e a partir de 2005 passou a ser coordenada por um cirurgião-dentista que não tinha experiência na ESF.

A formação e capacitação dos gestores são decisivas para o bom desenvolvimento de suas funções organizacionais dentro do sistema de saúde, influenciando na implantação da intervenção.

Neste sentido, o estudo de Felisberto¹⁹ que analisou o processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no PSF de Pernambuco, demonstrou que os municípios nos quais os gestores municipais possuíam pós-graduação em saúde pública obtiveram um grau de implantação satisfatório, reiterando a importância da capacitação dos gestores para implantação das intervenções.

A importância da atuação dos gestores também foi observada pelo estudo de Copque; Trad²⁰ que analisou a implantação do PSF em dois municípios do estado da Bahia, através de entrevistas com os gestores e os coordenadores do PSF. Os resultados mostraram que o município com maior comprometimento dos gestores na organização da estratégia teve um melhor desempenho da atenção primária a saúde, com um processo organizado de integração das equipes e planejamento das ações.

Sobre os recursos financeiros destinados à implantação e manutenção das ações de saúde bucal na ESF do município, o gestor municipal informou que são recursos federais associados a recursos municipais, sem a participação estadual.

O gestor afirmou que dos recursos municipais 25% são destinados a todos os programas de saúde, dentre eles a saúde bucal não especificando o percentual para este último. Este valor está acima da determinação do Ministério da Saúde para os gastos municipais que é de 15 %. No entanto os Planos Municipais, os Relatórios de gestão e as Atas do Conselho Municipal, do período estudado, não fazem nenhuma referência ao percentual para saúde bucal.

Esta questão do financiamento da saúde bucal foi avaliada no estudo de Moimaz et al²¹, que realizaram entrevistas com 3 gestores municipais e um técnico estadual na área de saúde bucal observando também que o financiamento municipal era de 25 % para todos os programas saúde. Semelhante ao que foi encontrado nesta pesquisa, também não existia o registro de qual o percentual seria investido nas ações de saúde bucal, dificultando a implantação das mesmas. Deste modo, os gestores não têm conhecimento do incentivo financeiro real que está sendo destinado para esta intervenção, impedindo o planejamento e organização das ações.

3.2. As ações de saúde bucal na ESF

Com base nos relatos dos dentistas das equipes, o município realizava os seguintes procedimentos coletivos: escovação supervisionada e evidenciação de placa, não fazendo levantamento epidemiológico e fluoretação intensiva. No município a água não é fluoretada, devido ao desconhecimento das características minerais da “calha” do rio que abastece a cidade, dificultando a dosagem do flúor, e devido à deficiência no tratamento da água de abastecimento e no saneamento básico do município.

Quando perguntados sobre a realização de atividades educativas em saúde bucal, os dentistas afirmaram realizarem apenas abordagem individual (consulta odontológica), não fazendo visita domiciliar, nem palestras educativas, ou abordagens alternativas (teatro, dramatização). Não tinham também material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) das Ações de Saúde Bucal para distribuição.

Entretanto quando perguntado sobre as ações de educação em saúde, o Coordenador de Saúde Bucal relatou que foram distribuídas escovas de dente para toda a rede escolar municipal e que seria iniciado a distribuição de escovas na rede estadual e na zona rural do município.

O Coordenador de Saúde Bucal falou ainda que montou uma equipe de Técnicos de Saúde Bucal que iam às escolas de dois em dois meses e realizavam orientação de saúde bucal (através de vídeos), ensinavam escovação, faziam evidenciação de placa, passavam flúor e distribuíam as escovas de dente aos estudantes. Esta equipe só era acompanhada por odontólogos quando eram muitas crianças ou quando os pais participavam da atividade.

Apesar da iniciativa positiva dos gestores de distribuírem escovas de dente para a população, caracterizando uma medida de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças orais, houve um erro de metodologia na ação coletiva de aplicação tópica de flúor, pois esta deve ser feita de maneira programada e com base na situação epidemiológica dos grupos populacionais e mesmo quando constatado características epidemiológicas para a aplicação tópica de flúor, ela deve ser realizada com aplicação trimestral de flúor gel na escova, moldeira ou com pincelamento, e não como mostrado no estudo de dois em dois meses e sem planejamento e programação baseado no diagnóstico situacional dos escolares²².

Com relação à abordagem individual, os consultórios odontológicos possuíam materiais,

insumos e instrumental para atendimento da população em procedimentos odontológicos da atenção básica. Os tratamentos especializados ofertados para a população no município eram os de: endodontia, periodontia e prótese dentária no Centro de Especialidades Odontológicas.

Ainda nesta análise todos os dentistas atendiam 12 pacientes por turno (2 horas), sendo dez “fichas” para pacientes marcados pelo agente comunitário de saúde ou pelo Auxiliar de Saúde Bucal ou pela livre demanda e duas “fichas” para atendimento de urgência ou da zona rural. Todos os dentistas levam cerca de 10 a 15 minutos com os pacientes e justificaram que isto se deve ao grande número de pacientes.

Reafirmando esta observação de campo, um usuário descreveu que o atendimento odontológico levava de 10 a 15 minutos com cada paciente e que não existe um planejamento do atendimento, como citado pela fala: “O dentista pergunta o dente que incomoda e faz o procedimento odontológico.” O usuário acha que esta queixa sobre o atendimento é uma queixa para todas as áreas de saúde não só para a odontologia.

Esse modelo de assistência é resultado do processo de formação em saúde do país, como descrito por Moretti-Pires²³, em seu estudo com formandos da área de saúde da Universidade Federal do Amazonas, ele demonstrou que os acadêmicos reconhecem os usuários como pessoas sem instrução e desconsideram a relação de co-responsabilidade entre o usuário e o profissional, predominando a visão centrada na doença, ou queixa do paciente, sem diagnóstico situacional da população assistida, como visto neste estudo.

Quando analisado o cumprimento de carga horária pelas equipes, o que foi observado foi que todos os dentistas eram registrados no Cadastro Nacionais de Estabelecimentos de Saúde¹⁰ com um contrato de 40 horas semanais, mas nas observações do campo a jornada de trabalho cumprida pelos profissionais é de cerca de 4 horas diárias, sendo cumpridas duas horas pela manhã e duas horas pela tarde, o que resulta em carga horária de apenas 20 horas semanais. Dois dentistas justificaram o não cumprimento da carga horária pelo fato de possuir consultório particular, dividindo sua jornada de trabalho entre a unidade de saúde e seu consultório.

Isto se reflete no atendimento dos postos de saúde, uma observação de campo foi que o posto de saúde do Bairro Itaúna I - bairro com maior concentração populacional e próximo ao

bumbódromo- tinha cinco dentistas que trabalhavam em “vários” horários intermediários (com duração de duas horas), que começam as 8 h e ia até as 22 h, fato que foi justificado pelo coordenador de saúde bucal pela grande demanda por atendimento e que seria minimizado com a inauguração de dois postos de saúde no bairro.

Todavia o mesmo coordenador reconheceu que o não cumprimento da carga horária é um problema das equipes e relatou que em 2007 fez um ofício assinado por ele e pelo gestor municipal solicitando que os cirurgiões dentistas atendessem 3 horas por turno, somando 6 horas diárias. Segundo o Coordenador de Saúde Bucal, o ofício foi “colado” na porta de todos os consultórios odontológicos das unidades de saúde, porém os dentistas rasgaram o documento.

Segundo Palú²⁴, a atual crise do mercado de trabalho odontológico e a menor remuneração do trabalho odontológico em relação ao médico na ESF são as justificativas usadas por alguns profissionais para buscarem outros vínculos empregatícios ou fontes de renda. Isto dificulta mudança do modelo de atenção à saúde e a melhora dos resultados dos indicadores de saúde da população.

Esta dificuldade de organização das ações com base nas determinações do programa também foi observada pelo estudo de Martelli et al²⁵ sobre a atenção a saúde bucal de nove municípios do estado de Pernambuco.

No estudo Baldani et al²⁶ sobre o processo de inserção das equipes de saúde bucal nos municípios do estado do Paraná foi observada a dificuldade dos dentistas realizarem as ações determinadas para o programa, predominando o tratamento curativo, corroborando os dados do nosso estudo.

Outro desafio das equipes de saúde bucal é que estas permanecem como uma equipe a parte, dentro da ESF, não mantendo nenhuma relação com os demais profissionais, enfermeiros, médicos, agentes comunitários etc. Isto foi demonstrado pelo discurso dos profissionais do município, que afirmaram nunca ocorrerem reuniões com todos os profissionais das equipes e que apesar desta falta de integração dos profissionais da ESB, com os demais componentes da ESF, tem um bom relacionamento com os seus auxiliares, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal.

O coordenador da saúde bucal reconheceu que não realizava reuniões com os dentistas para discussão de assuntos relativos ao processo de

trabalho na ESF, pois estas reuniões sempre se direcionavam para outros interesses que não as questões da ESF. Por isso o coordenador passou a fazer ofícios e conversar individualmente com cada profissional e com os diretores dos postos de saúde. O mesmo afirmou que as questões referentes a todos os profissionais da ESF eram discutidas entre ele e a coordenação da estratégia.

Estas dificuldades de integração da equipes de saúde da família dentro de um contexto multiprofissional poderiam ser minimizadas com a capacitação dos profissionais das equipes de saúde bucal, haja vista as instituições formadoras não estarem formando profissionais em congruência com o mercado da Estratégia Saúde da Família, permanecendo um modelo de formação tecnocrático e individualista, que ainda reproduz ações assistenciais sem incorporação na prática do conceito ampliado de saúde.

Neste sentido em todos os documentos analisados neste estudo existia a previsão de capacitação dos profissionais de saúde do município, incluindo os da Estratégia Saúde da Família, mas segundo os profissionais isto nunca ocorreu no município.

A literatura mostra que a falta de capacitação dos dentistas em ESF é um dos principais fatores limitantes da implantação e reorganização das ações, como observou Araújo; Dimenstein²⁷. Estes autores analisaram o perfil de atuação dos dentistas do Rio Grande do Norte e constataram que a maioria dos dentistas não participava de cursos de capacitação e demonstrava descomprometimento com o trabalho realizado, enfraquecendo o processo de reorientação das ações com base nas determinações do programa.

A falta de preparação dos profissionais também foi observada no estudo de Medeiros et al²⁸ sobre as expectativas dos dentistas com a inserção da saúde bucal na ESF do município de Mossoró, no Rio Grande do Norte. Os autores demonstraram que 72,9% profissionais não participaram de curso introdutório ou tinham qualquer capacitação em ESF. Dos que participaram de cursos introdutórios somente 19 % afirmaram estar aptos a realizar suas novas atribuições na ESF, fortalecendo a relevância da capacitação contínua destes profissionais.

O estudo de Camargo Jr et al²⁹ realizou a análise da implantação da atenção básica em 31 municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo ao abordar a dimensão político-institucional da implantação da atenção básica, também analisaram a capacitação dos recursos humanos e comprovaram

que 24 (77,42%) dos municípios realizavam cursos de capacitação dos profissionais, porém sem ser um processo permanente. Como tal, isto só ocorria em 6 (19,35%) dos municípios demonstrando também a dificuldade no processo capacitação continuada dos recursos humanos na atenção básica, fator importante para reorganização da atenção básica.

Ainda com relação a capacitação dos recursos humanos no estudo de Canesqui; Spinelli³⁰ sobre o processo de implantação do PSF em sete municípios do estado do Mato Grosso foi observado que do curso de capacitação gerenciado pela secretaria estadual de saúde somente foi cumprido o módulo introdutório, que era obrigatório, por 79% dos profissionais, não tendo continuidade do processo de capacitação e sem muito interesse dos gestores municipais sobre este processo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu a identificação de pontos de enfraquecimento do programa dentro de seu contexto organizacional, sendo possível a partir dos seus resultados o redirecionamento das ações de maneira a atingir os objetivos. Parintins mesmo estando em gestão plena do sistema municipal, ofertando serviços de saúde de média complexidade e sendo referência para outros dois municípios do estado, ainda apresenta dificuldade na concretização das propostas da atenção primária a saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza TMS, Roncalli A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública 2007; 23.
2. Brasil. Portaria n. 1444. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília. 2000.28 de dezembro.
3. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(Supl.): 163-171.
4. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Ciência & Saúde coletiva 2003; 8: 599-609.
5. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Revista ABENO 2004; 4(1): 30-37.
6. Machado L. Amazônia de mistérios e descobertas, Parintins a grande surpresa. Imagens. História, Ciências, Saúde-Manguinhos 2000; 6(Supl.): 1047-1060.
7. Oliveira JA. A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. Ciência e Cultura 2006; 58: 27-29.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>. <Acesso em 02.10.2009>

9. Tavares A.S. A cidade de Parintins sob o olhar da geografia cultural. *Enciclopédia biosfera* 2005; 1: 1-18.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Datasus. <http://www.datasus.gov.br>. <Acesso em 02.10.2009>
11. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde nos anos de 2001-2008. Amazonas.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUBITEC/ABRASCO; 1999. P.406.
13. Minayo MCS. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002: p.380.
14. Secretaria Municipal da Saúde 2008. Atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde nos anos de 2002 e 2008. Parintins.
15. Secretaria Municipal da Saúde 2008. Planos Municipais de Saúde nos anos de 2002 e 2008. Parintins
16. Secretaria Municipal da Saúde 2008. Relatório de Gestão nos anos de 2002 e 2007. Parintins.
17. Escorel S, Moreira MR. Desafios da Participação Social em Saúde na Nova Agenda da Reforma Sanitária :Democracia Deliberativa e Efetividade. In Fleury S., Costa L.V.(org) Participação, Democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2009.p.228-247.
18. Ronzani TM, Silva CMO. Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 23-34.
19. Felisberto E. (Dissertação). Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família no Estado de Pernambuco no Período de 1998 a 1999. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.
20. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; 14(4) : 223 – 233.
21. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Ferreira NF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Revista de Administração Pública* 2008; 42(6): 1121-35.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 17. Ministério da Saúde, 2008.
23. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ*; 2009; 13(30): 153-66.
24. Palu APN. (Dissertação). A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.
25. Martelli PJL, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1669-1674.
26. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGA. Inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1026-1035.
27. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 229-227.
28. Medeiros, CLA, Queiroz MDD, Souza GCA, Costa ICC. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007; 9(2): 379-388.
29. Camargo Jr K R, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, Ribeiro LC, Alves MJM. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24Sup (1) :58-68.
30. Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(4): 862-870.