



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
FACULDADE DE CIÊNCIAS NATURAIS  
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM CIÊNCIAS NATURAIS - PARFOR

**SAÚDE BUCAL NA ESCOLA: UM ESTUDO DE AÇÕES E CONCEPÇÕES**

**Josielma Lobato Oleastre  
Maria José Quaresma Mendes**

Abaetetuba/PA  
2013

**Josielma Lobato Oleastre  
Maria José Quaresma Mendes**

**SAÚDE BUCAL NA ESCOLA: UM ESTUDO DE AÇÕES E CONCEPÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do Título de Licenciatura em Ciências Naturais, no Instituto de Ciências Exatas e Naturais da Universidade Federal do Pará.

**Orientador:** Prof. M.S.c. Jorge Ricardo Coutinho Machado

Abaetetuba/PA

2013

**Josielma Lobato Oleastre**  
**Maria José Quaresma Mendes**

**SAÚDE BUCAL NA ESCOLA: UM ESTUDO DE AÇÕES E CONCEPÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para a obtenção do Título de  
Licenciatura em Ciências Naturais, no  
Instituto de Ciências Exatas e Naturais da  
Universidade Federal do Pará.

Data, 20 de setembro de 2013.

Banca Examinadora

---

Profº. M.S.c Jorge Ricardo Coutinho Machado  
UFPA- Orientador

---

Profº. M.S.c Jônatas Barros e Barros  
UFPA - Membro

---

Profº. M.S.c. Jorge Raimundo da Trindade Souza  
UFPA- Membro

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus que foi minha fortaleza nos momentos tão difíceis dessa jornada, ensinando-me a cada dia superar minhas limitações.

Aos nossos queridos pais pela educação, afeto e atenção que de forma direta abriu caminho para o ingresso à nossa vida escolar.

Aos nossos esposos e familiares que durante o curso ficaram na companhia de nossos filhos, que foi de importância fundamental para que pudéssemos ter tempo para realizar as atividades acadêmicas.

A todos os professores que contribuíram na nossa vida acadêmica, principalmente ao Professor orientador Jorge Ricardo Coutinho Machado, pela atenção, paciência, disposição e todas as dedicadas orientações e ao professor Jônatas Barros e Barros.

À instituição UFPA e ao PARFOR, pela crucial oportunidade ofertada que culminou com nossa formação acadêmica.

A todos aqueles que de forma direta e indiretamente contribuíram para esta tão importante conquista.

**Josielma Lobato Oleastre**  
**Maria José Quaresma Mendes**

## LISTAS DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Prática medieval de odontologia.....	12
<b>Figura 2:</b> Saúde bucal é dever de todos.....	14
<b>Figura 3:</b> Vista panorâmica da cidade de Abaetetuba.....	24
<b>Figura 4:</b> Saúde bucal na escola .....	26
<b>Figura 5:</b> Frente da escola Turma da Mônica.....	27
<b>Figura 6:</b> Realização de palestras no ano de 2009 com pais e alunos para discutir o projeto a ser implantado na escola referente à Saúde Bucal.....	28

## RESUMO

Este trabalho é uma pesquisa sobre Saúde Bucal e será realizada nas Secretarias de Educação e Secretaria de Saúde Municipal de Abaetetuba e com os professores que ministram aulas para os 543 alunos que compõe o ambiente da Escola em Regime de Convênio “Turma da Mônica”, localizada no município de Abaetetuba. Para a sua realização, foi utilizada como metodologia uma revisão da literatura sobre o assunto e pesquisa de campo onde foi investigado um projeto sobre Saúde Bucal da Escola em Regime de Convênio Turma da Mônica que se deu através de entrevistas com os professores da referida escola e nas Secretarias de Saúde e Educação. A pesquisa de como objetivo investigar os hábitos e comportamentos do alunado da referida instituição, sobre Saúde Bucal, que necessita de uma participação mais ativa por parte do corpo docente, das famílias e das secretarias de Saúde e Educação, para que sejam assegurados pelos projetos, metas do governo municipal, embora esse se ressinta de limitações materiais. Nesse sentido é relevante o desenvolvimento de ações de Saúde Bucal que envolva uma maior participação social com o desenvolvimento de hábitos e comportamentos que realmente favoreçam o autocuidado, a recuperação e a manutenção dessa Saúde Bucal tão essencial para o meio educacional e social.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal, Educação em Saúde e ensino de Ciências.

## **ABSTRACT**

This paper is a survey on oral health and will be held in the Departments of Education and Health Department Municipal Abaetetuba and the teachers who teach for the 543 students that make up the environment in the School Scheme Agreement "Monica", located in the municipality of Abaetetuba. For its realization, was used as a methodology to review the literature on the subject and research field where we investigated a project on oral health in the School Scheme Agreement Monica that was through interviews with teachers of that school and the Departments of Health and Education. The research aimed to investigate the habits and behaviors of the students of that institution, oral health, which requires more active participation by faculty, families and the Departments of Health and Education, to be assured by the projects, goals of the municipal government, although that resent the material limitations. In this sense it is important to develop oral health actions involving greater social participation in the development of habits and behaviors that actually encourage self-care, recovery and maintenance of oral health as essential to the educational and social.

**Keywords:** Oral Health, Health Education and Science education.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – BREVE HISTÓRICO.....	11
1.1 A SAÚDE BUCAL E SUA TRAJETÓRIA.....	11
CAPÍTULO 2 –A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE SAÚDE BUCAL.....	15
2.1 MONITORAMENTO DA SAÚDE BUCAL NOS ANOS DE 2000 A 2008.....	15
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.....	17
2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB).....	17
2.4 ATENÇÃO BÁSICA E AS REDES DE ATENÇÃO.....	19
2.5 PROJETO SB BRASIL 2010.....	20
2.6 DIRETRIZES DO GOVERNO FEDERAL E A QUALIDADE DE SAÚDE BUCAL .....	21
CAPÍTULO 3 – PESQUISA DE CAMPO.....	23
3.1 BREVE HISTÓRICO DA CIDADE.....	23
3.2 METAS DO GOVERNO MUNICIPAL PARA A SAÚDE BUCAL.....	25
3.3 AÇÕES A SEREM REALIZADAS.....	25
3.4 A SAÚDE BUCAL EM ESCOLA DA CIDADE.....	26
3.5 CASO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM ESCOLA: O PROJETO DA ESCOLA TURMA DA MÔNICA EM SAÚDE BUCAL.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS.....	37

## INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de Saúde Bucal na Escola em Regime de Convênio Turma da Mônica localizada no município de Abaetetuba. Para sua realização, a metodologia utilizada foi uma revisão da literatura abrangendo os seguintes tópicos: a Saúde Bucal e sua trajetória, a Saúde Bucal na idade média, monitoramento da Saúde Bucal nos anos de 2000 a 2008, Política Nacional de Saúde Bucal, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atenção básica e as redes de atenção, projeto SB Brasil 2010 e Diretrizes do governo federal e a qualidade de Saúde Bucal. Como dados de campo foi investigado um projeto sobre Saúde Bucal na Escola R.C Turma da Mônica e entrevista com os professores da referida escola e nas secretarias de saúde e educação, onde se atesta os hábitos e comportamentos de seus membros, em especial do alunado, dando ênfase às influências que esses espaços sociais podem apresentar em relação à Saúde Bucal. Busca-se com isso, compreender como se dão as ações de Saúde Bucal em Abaetetuba e nas suas escolas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), nos últimos anos surgiram no Brasil vários grupos de cirurgiões-dentistas, professores universitários e pesquisadores que procuram analisar a situação de Saúde Bucal da nossa população. Esses grupos também vêm estudando o modo como é prestada a assistência odontológica às pessoas, bem como as condições em que essa assistência é realizada. Estudam, portanto, o modelo de prática odontológica que é dominante (hegemônico) em nosso país. As características desse modelo já foram discutidas em várias oportunidades.

A atuação da equipe de Saúde Bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, principalmente ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da Saúde Bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem

objeto das suas práticas, na medida em que a Saúde Bucal é extremamente importante para saúde total da pessoa e um indicador positivo de saúde social.

Conhecer como a Saúde Bucal vem sendo tratada na Turma da Mônica e no município de Abaetetuba poderá contribuir para a formação do discente e da comunidade escolar no sentido de uma melhor intervenção no quadro local e, além disso, fornecer subsídios para regulamentar as políticas públicas no âmbito da municipalidade.

Nesse sentido, o desenvolvimento do trabalho é realizado abordando os seguintes tópicos: No capítulo 1, foi elaborada uma revisão de literatura sobre Saúde Bucal, a Saúde Bucal e sua trajetória histórica. Para o capítulo 2, Divulga-se o monitoramento da Saúde Bucal pelo Governo Federal nos anos de 2000 a 2008, a Política Nacional de Saúde Bucal, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atenção básica e as redes de atenção, projeto SB Brasil 2010, Diretrizes do Governo Federal e a qualidade de Saúde Bucal. No capítulo 3, Tem-se a Saúde Bucal em Abaetetuba, o que tem, breve histórico da cidade, metas do governo municipal para a Saúde Bucal, ações a serem realizadas, a Saúde Bucal na escola da cidade, caso de promoção em escola, o projeto da Escola Turma da Mônica em Saúde Bucal e seus objetivos. Dentro desse contexto enumeram-se os relatos obtidos em entrevistas junto às secretarias de Educação e Saúde, juntamente com os outros docentes pertinentes a escola.

## CAPÍTULO 1- BREVE HISTÓRICO

### 1.1 A EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE SAÚDE BUCAL

A Saúde Bucal, ou precisamente, os cuidados com os dentes, já faz parte do cotidiano do homem bem antes da criação da profissão de Cirurgião-Dentista, e esta prática vem se alicerçando antes da fundação da primeira faculdade que trata da saúde dos dentes. No entanto, surge a pergunta, como se pode definir a Saúde Bucal e qual o modelo que a caracteriza dentro deste contexto? Quanto os modelos de Saúde Bucal são definidos e caracterizados baseando-se nas práticas odontológicas da época, no contexto social em que estavam inseridos, nos recursos humanos disponíveis, nas tecnologias, ambientes e resultados obtidos no período que foram criados. Para começar a entender da importância deste contexto, relata-se que o primeiro modelo ficou conhecido como Odontologia Artesanal.

No Brasil, durante um longo período, impunha-se uma distinção entre os físicos e cirurgiões, sendo que os primeiros gozavam de maior prestígio social. Os primeiros praticantes da medicina no Brasil (boticários, cirurgiões ou físicos) necessitavam apenas do domínio de alguma técnica para instalar-se como profissional. Àquela época, podia-se observar no Brasil, comparativamente aos outros países, uma certa anarquia da prática profissional e, conseqüentemente, do mercado de trabalho, semelhante à dos demais países.

*Sendo poucos os profissionais e muito vasta a extensão territorial, juntamente com esses praticavam a medicina ainda os boticários e seus aprendizes, os aprendizes de barbeiros, os "anatômicos", os "algebristas" os "curandeiros", os entendidos, "curiosos" e outros que tais (Santos Filho, 1991). Enfim, todos aqueles que dominavam alguma técnica podiam instalar-se como profissional. Tornar-se "médico" no Brasil Colônia era muito mais uma questão de vontade e habilidade pessoais do que de capacitação por destreza e conhecimento técnico (Machado, 1996).*

Esta prática rudimentar era realizada pelos cirurgiões barbeiros, além-barba e cabelo eles também faziam extrações dentárias no meio da feira, entre a multidão. Devido à falta de faculdade, aqueles que a praticavam divulgavam os ensinamentos

de mestre para aprendiz sendo que a prática era itinerante e meramente curativa, cujo principal objetivo consistia somente para aplacar a dor. Conforme Figura 1



**Figura 1:** Na Idade Média, a medicina era praticada principalmente nos mosteiros cristãos e, em 1.163, quando a Igreja proibiu os monges de realizar cirurgias, os barbeiros passaram a fazer parte da odontologia. Imagem retirada da Internet.

No ano de 1841, o modelo que era considerado como artesanal, transforma-se na prática incontestável de Odontologia Científica ou tradicional e em 1910, com o Relatório Flexner passa também a ser chamada Odontologia flexineriana. Segundo Mendes (1985).

Para uma melhor compreensão deste modelo, ele tinha como principais características:

- ❖ **Mecanicismo** que na sua essência considera que o corpo humano é entendido como uma máquina;
- ❖ **Biologicismo** que procurava mostrar que a odontologia se fundamenta nas ciências biológicas;
- ❖ **Especialista** que considerava que a boca ainda é dividida em partes, dentes, gengiva, etc.
- ❖ O **individualista**, cuja característica mostra que o indivíduo é um ser considerado isolado;
- ❖ **Tecnicismo**, como o próprio nome afirma, corresponde a uma característica dependente da técnica;
- ❖ **Curativismo** procura centralizar sua atenção na cura e ainda
- ❖ **Mercantilista** fundamenta-se na venda de serviços.

Na verdade essa era uma prática desenvolvida no setor privado, e era preciso que houvesse a necessidade de sua ampliação com intuito de apresentar à sociedade civil, umas possíveis mudanças nesse modelo.

Para ampliar este campo, surgiu a Odontologia Sanitária/ Social, cujo principal objetivo consistia num diferencial de inserção da odontologia na Saúde Pública. Esta continuou no conceito no que fez florescer a reflexão de que à assistência individual não seria suficiente para atuar neste setor da saúde.

Assim, nos anos 50, trabalhando dentro das escolas, dar-se o início da primeira tentativa em adotar o modelo incremental, as ações da odontologia simplificada e do preventivismo, chamando atenção para a importância de "[...] obter dados e analisar, entre outros: o contexto institucional; a estrutura organizacional; a capacidade instalada e a disponibilidade de recursos humanos; as características dos processos de administração, gestão e financiamento; os sistemas de informação e, por certo, as características das ações de saúde bucal, em termos individuais e coletivas, bem como os sistemas de atendimento empregados e as técnicas e ambientes de trabalho adotados" (p.70).

Representou como um modelo excludente, individualista, de planejamento rudimentar onde, prevenção e cura se desarticulam. Porém foram apenas nos 80 e 90 que as ações preventivas ganharam prestígio com as importações de tecnologias preventivas, no entanto, vale ressaltar que para o setor privado essas ações só foram implantadas quando foram transformadas em lucros. Já para o setor público, aparece a prática preventiva como um dos grandes problemas, pois ela foi usada em detrimento de serviços assistenciais dando a prevenção.

Nos anos 70 devido às críticas ao modelo tradicional, surgiu a Odontologia Simplificada, com uma equipe odontológica que procurou aumentar a cobertura dos serviços. A vantagem deste modelo é que não deixou de lado o público alvo, que continuou com os escolares, enfatizando a assistência curativa, cujo objetivo confrontava-se com a qualidade versus quantidade.

Nos anos 80, relata-se a chamada Odontologia Integral que se caracterizava em três pilares explicativos: atitude preventiva, a simplificação sem exageros, e a desmonopolização do saber onde este último dava lugar a educação e participação da comunidade. No contexto da Reforma Sanitária, a saúde passa a ser encarada

como um direito de todo e qualquer cidadão que deveria ser garantido pelo Estado. Este direito era assegurado a partir de um modelo de Saúde Bucal que consistia no respeito e nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Este modelo trouxe como resultado final a criação de uma Saúde Bucal Coletiva como se observa na Figura 2.



**Figura 2:** O modelo de Saúde Bucal assegurava o respeito, equidade, integralidade, descentralização e participação social, que em síntese trouxe a criação de uma Saúde Bucal Coletiva.

Neste contexto, enfatiza-se que tal modelo se pauta no conhecimento social que se enraíza no processo saúde-doença e que tem seus determinantes sócio-culturais e muito mais que o biológico. Em relação à questão das práticas de saúde coletiva, o cirurgião dentista deixa de ser isolado e passa ser um sujeito de todo o processo. Como ponto positivo crucial é de fundamental importância relatar que, atualmente, a Saúde Bucal coletiva vem conquistando espaço e se caracterizando como modelo vigente, que acompanha toda transformação que a saúde sofreu com a criação do sistema, que hoje rege a saúde no Brasil.

## **CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **2.1 MONITORAMENTOS DA SAÚDE BUCAL NOS ANOS DE 2000 A 2008**

Monitorar a saúde em relação a suas desigualdades é uma relevante tarefa da saúde pública. Neste sentido entra o papel da “vigilância em saúde”. Um acervo de documentos descreve e explora de forma analítica as diferenças nos indicadores de morbidade e mortalidade entre os estratos socioeconômicos, raciais e de gênero, em diferentes momentos e territórios. Neles se observam Fatores de risco e de proteção que incidem de modo desigual sobre os estratos sociais, com efeitos deletérios ou salutares que atingem a população de modo heterogêneo que trazem como resultado, o aumentam das desigualdades em saúde entre as diferentes classes sociais.

Para uma melhor compreensão do tema, é preciso avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde. A trajetória dos anos de 2000 a 2008, historicamente, segundo *Helenita Corrêa Ely* (2008) mostra que:

#### **Ano 2000**

- A Saúde Bucal foi oficialmente incluída na estratégia de Saúde da Família (Portaria 1444 de 28/12/2000). Criaram-se os incentivos para implantação das equipes de Saúde Bucal (ESB), propostas em duas modalidades: modalidade I, com 1 Cirurgião-Dentista (CD) e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Modalidade II com 1 CD, 1 ACD e 1 Técnico em Higiene Dentária (THD). As ESB vincularam-se às equipes de saúde da família (ESF) na relação de 1 ESB para 2 ESF.

#### **Ano 2001**

– A Portaria 267, de 06/03/01, regulamentou as ações das ESB na estratégia de Saúde da Família.

#### **Ano 2003**

Concluído o levantamento epidemiológico de Saúde Bucal e divulgado o Relatório Descritivo do Projeto SB Brasil 2003: condições de Saúde Bucal da população brasileira (BRASIL, 2003). Nova Portaria acabou com a obrigatoriedade imposta pela relação de 1 ESB para 2 ESF.

#### **Ano 2004**

Lançamento, pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, reforçando a inclusão da ESB no PSF, criando os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e organizando um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor. O Ministério da Saúde definiu a área de Saúde Bucal como uma de suas prioridades e lançou o Programa Brasil Sorridente como política de governo. Realização da III Conferência Nacional de Saúde Bucal com foco no acesso e qualidade em Saúde Bucal, superando a exclusão social.

#### **Ano 2006**

Editaram-se a Portaria MS/GM nº 648 que regulamentou a Atenção Básica e definiu as ações de Saúde Bucal nesse nível de atenção. Lançado o Pacto pela Saúde que adotou dois indicadores para a Saúde Bucal (Primeira Consulta Programática e Procedimentos Coletivos) com o objetivo de organizar o acesso aos serviços e subsidiar o planejamento das ações.

#### **Ano 2008**

Nova legislação federal regulamentou as profissões de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnica de Saúde Bucal (TSB), respectivamente, as antigas denominações dos ACD e THD.

Entretanto, nas últimas décadas, houve duas importantes intervenções em Saúde Bucal. Estas intervenções foram fortemente expandidas em todo o País, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde, inclusive de Saúde Bucal. Outro fato a considerar que antes

mesmo de se comprovar a etiologia microbiana da cárie dentária e sua forte associação com o consumo freqüente de açúcar, o flúor foi o primeiro fator exógeno e conhecido como importante para modificar o risco da doença. Em 1986, a Organização Mundial da Saúde e a Federação Dentária Internacional promoveram conferência internacional sobre o uso apropriado de fluoretos e concluíram que essa medida tem baixo custo e pode ser implantada sem risco de fluorose e é efetiva para a prevenção da cárie.

## **2.2 POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE BUCAL**

A Saúde Bucal, que é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. Portanto, A luta pela Saúde Bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção. O que na verdade representa como fator para o desenvolvimento da nação em seu processo histórico condiz com aquilo que denominamos de Saúde Bucal. A fortaleza de uma nação é feita a partir de homens fortes. Assim, há a necessidade do Estado assumir uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, garantindo os meios que permitam efetivá-las. A parte crucial deste lema traz como conceito como algo central, cujo eixo determinante representa a nova Política Nacional de Saúde Bucal. Isto é um “BRASIL SORRIDENTE”, apresentada pelo Ministério da Saúde para o debate público. Este “BRASIL SORRIDENTE” é um conjunto de ações que compõem o projeto estratégico do Governo para a Saúde Bucal e que estão articuladas às políticas de saúde e às demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A Saúde Bucal deve ser uma prioridade nacional.

## **2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)**

Representa o resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente te com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema

Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Para o caso do Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infra-estrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, onde postos ou centros de saúde, as unidades oferecem atendimento multiprofissional, além de desenvolverem ações de prevenção e promoção da saúde que enfrenta os entraves a expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País. Para atender a este grande número de pessoas, a esfera governamental deve repassar recursos. Por exemplo, os recursos previstos para este ano de 2012 serem quase 40% maiores que os previstos para o ano de 2010, o que representou o maior aumento de recursos repassados fundo a fundo desde a criação da Política de Atenção Básica (PAB), a nova Política Nacional de Atenção Básica PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade e qualidade.

Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cria um Componente de Qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos

em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.

## **2.4 ATENÇÃO BÁSICA E AS REDES DE ATENÇÃO**

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que por Política Nacional de Atenção Básica podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações interferências e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola - e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de 4 mil pólos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Teles saúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.

O governo propõe UBS mais amplas, com melhores condições de atendimento e trabalho: em parceria com estados e municípios, o Governo Federal está investindo 3,5 bilhões de reais para modernizar e qualificar o atendimento à população. Serão construídas novas e mais amplas UBS, reformadas, ampliadas e informatizadas as já existentes.

Ao todo, serão mais de 3 mil, construídas e mais de 20 mil reformadas, ampliadas e informatizadas. Estamos trabalhando para ter uma Atenção Básica à

altura de responder, perto da casa das pessoas, à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado.

## **2.5 PROJETO SB BRASIL 2010**

O Ministério da Saúde divulgou em 28 de janeiro de 2012 os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, que denominou de Projeto SB Brasil 2010. O coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, Gilberto Pucca, ressaltou o fato de o estudo possibilitar um comparativo com o ano 2003, época da implantação do Programa Brasil Sorridente, além de buscar conhecer as condições de Saúde Bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e avaliação das ações e serviços junto ao SUS e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

A pesquisa, realizada em 177 municípios com 38 mil pessoas de diferentes grupos etários, aponta uma redução de 26% de cárie nas crianças de 12 anos desde 2003. Outro dado relevante da SB Brasil 2010 é o número de crianças que nunca tiveram cárie na vida. A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresceu de 31% para 44%. Isso significa que 1,4 milhão de crianças não têm nenhum dente cariado atualmente - 30% a mais que em 2003. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, a queda do CPO (sigla para dentes cariados, perdidos e obturados) foi ainda maior, passando de 6,1 em 2003, para 4,2 este ano - uma redução de 30%. São 18 milhões de dentes que deixaram de ser atacados pela cárie. Entre os adolescentes, 87% não tiveram perda dentária. A necessidade de prótese parcial (substituição de um ou alguns dentes) entre os adolescentes caiu 50%.

O estudo aponta, ainda, que melhorou o acesso da população adulta aos serviços; na população com idade entre 35 e 44 anos o CPO caiu 19%, passando de 20,1 para 16,3 em sete anos. Comparando os números de 2003 e 2010, temos redução de 30% no número de dentes cariados, queda de 45% no número de dentes perdidos por cárie, além do aumento de 70% no número de dentes tratados. Isso significa que a população adulta está tendo maior acesso ao tratamento da cárie e menos dentes estão sendo extraídos por consequência da doença. Por outro lado, o fornecimento de próteses à população idosa ainda encontra-se abaixo do

esperado. Houve melhora na atenção à Saúde Bucal em todas as regiões do Brasil, com exceção do Norte,

Quanto ao investimento na área, passou de 56 milhões no ano de 2003 para 600 milhões em 2010. Nesse período, cresceu, em 5 vezes, o número de Equipes de Saúde Bucal e 85% dos municípios possuem pelo menos uma equipe. Gilberto Pucca considerou, ainda, da importância da fluoretação da água de abastecimento público, que diminui pela metade a ocorrência de cáries, da incorporação de kits de Saúde Bucal na atenção básica, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e das Unidades Móveis Odontológicas.

Para estar neste grupo, o indicador CPO deve estar entre 1,2 e 2,6, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde. Em 2003, o país tinha índice de 1,8 passando, atualmente, para 2,1 - melhor que a média dos países das Américas.

O Ministério da Saúde Creditou o sucesso da Política também à parceria feita com entidades como o Conselho Federal de Odontologia e Conselhos Regionais e ao envolvimento direto da Presidência da República. Para ela, essa é uma Política com diversos impactos sob o ponto de vista social, estético e também financeiro, uma vez que geram 20 mil empregos diretos e movimenta a indústria de equipamentos odontológicos.

A seguir são abordadas as diretrizes que apontam para uma reorganização da atenção em Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, respondendo a uma concepção de saúde adequada na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida. As enumerações dos artigos evidenciam ações e serviços de saúde. Implicando na responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições.

## **2.6 DIRETRIZES DO GOVERNO FEDERAL E A QUALIDADE DE SAÚDE BUCAL**

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, seria a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os

serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal” (ver anexo).

Essa legislação assegura o direito em Saúde Bucal ao ponto de construir parâmetros de qualidade a nível nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde além de fortalecer e estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento atingindo resultados promissores, os resultados alcançados pelos CEO e pelo meio do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. Neste sentido, esta ação deve envolver mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e Municipal, as equipes dos CEO a fim de se obtenha o processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em Saúde Bucal. Assim sendo, devem-se estas ações implicar na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; E na essência, esclarecem que o atendimento odontológico deve ser de qualidade e que constitui um direito a todos, abrangendo todas as esferas municipais, estaduais e federais.

## **CAPÍTULO 3- PESQUISA DE CAMPO**

Nesta pesquisa utilizamos como metodologia uma revisão da literatura sobre o assunto e pesquisa de campo onde foi investigado um projeto sobre Saúde Bucal da Escola em Regime de Convênio Turma da Mônica que se deu através de entrevistas com os professores da referida escola e nas Secretarias de Saúde e Educação. Após realizamos a análise dos dados levantados através das entrevistas.

### **3.1 BREVE HISTÓRICO DA CIDADE**

O distrito de Beja foi o berço da colonização de Abaetetuba. Por volta de 1635, padres capuchos vindos do Convento do Una em Belém, após percorrerem os rios da região, juntaram-se a uma aldeia de tribos nômades. O aglomerado foi chamado de Samaúma e depois batizado de Beja por Francisco Xavier de Mendonça Furtado. Francisco de Azevedo Monteiro é considerado, no imaginário popular, o fundador, pois chegou para tomar posse desse território como proprietário de uma sesmaria. Na beira do rio Maratauíra, num local protegido das marés pela ilha de Sirituba e nas proximidades do sítio Campompema e da Ilha da Pacoca, fundou um pequeno povoado, em 1724.

O município de Abaetetuba foi desmembrado do território da capital do Estado em 1880, de acordo com a Lei nº 973, de 23 de março que também constituiu o município como autônomo. Um ano depois, em 1881, o presidente interino da Câmara em Belém, José Cardoso da Cunha Coimbra instalou no município a Câmara Municipal de Abaeté. O nome primitivo do município era Abaeté que, na língua tupi, significa homem verdadeiro. Por meio do Decreto Lei nº 4.505, de 30 de dezembro de 1943, foi instituído o nome *Abaetetuba*. Atualmente, o Município é composto pelos distritos de Abaetetuba (sede) e Beja. (IDESP) *Abaetetuba* representa uma encantadora surpresa para quem a visita pela primeira vez. Simples em seu traçado e nas construções urbanas, a cidade cresceu às margens do Rio Maratauíra (ou Meruú), um dos afluentes do Rio Tocantins.

Seu povo é alegre, hospitaleiro e, sobretudo, apaixonado por sua terra. *Abaeté*, na língua Tupi, significa "homem forte, valente, prudente e ilustre".

*Abaetetuba* diz a fatura deste tipo de homem e mulher forte, valente e corajoso. A vida dos abaaetetubenses guarda tantas peculiaridades, que a soma delas acaba gerando uma cultura peculiar.



**Figura 3:** Vista panorâmica da cidade de Abaetetuba.

O nome primitivo do município era Abaeté que, na língua tupi, significa 'homem forte' física e moralmente (valente, prudente, sábio e ilustre). Por meio do Decreto Lei nº 4.505, de 30 de dezembro de 1943, foi instituído o nome Abaetetuba, para diferenciá-la de outra 'Abaeté', município localizado no Estado de Minas Gerais. Atualmente, o Município é composto pelo centro urbano da cidade de Abaetetuba e pelo distrito de Vila de Beja.

Cidade pólo de uma região que abrange os municípios de Moju, Igarapé-Miri e Barcarena (somando uma população de mais de 350 mil habitantes), Abaetetuba é a sexta maior cidade do estado e atualmente passa por um momento de crescimento econômico acelerado devido a logística que a cidade proporciona com fácil acesso aos Portos de Belém, Vila do Conde e ao Sul do Pará, além da proximidade do Polo Industrial na Vila dos Cabanos que fica a 30 km. Diversas empresas estão se instalando no município aproveitando também a grande rede de serviços da cidade, fato refletido no PIB municipal. , segundo a MF Rural (2013), que triplicou em quatro anos. A atividade econômica predominante no município é o terceiro setor (comércio e serviços), que conta com uma ampla rede de estabelecimentos das mais diversas atividades.

### **3.2 METAS DO GOVERNO MUNICIPAL PARA A SAÚDE BUCAL**

As metas propostas são as seguintes:

- ❖ Aumentar a média de procedimentos odontológicos individuais.
- ❖ Ampliar a cobertura dos programas de Saúde Bucal e da ação coletiva da escovação dental supervisionada.
- ❖ Garantir ações em educação em saúde que estimule hábitos saudáveis e a higiene bucal.
- ❖ Ampliar os serviços odontológicos de endodontia, periodontia, prótese e pediatria.

As metas apresentadas pelo governo municipal sobre a Saúde Bucal deveriam ser aplicadas e realizadas em todas as escolas municipais e a população em geral. No entanto, apesar dos esforços para o cumprimento destas metas, há a necessidade de estruturar projetos que abrangem apresentações de palestras, seminários com pais, alunos e professores. Aplicar os procedimentos de Saúde Bucal com aulas que mostram a sua importância para uma vida saudável. Estas metas teriam como objetivo aumentar o atendimento sobre a Saúde Bucal, no entanto devido o pouco investimento pelo poder público na prevenção e na aplicabilidade de projetos além da inexistência de programas e políticas específicas que atende a clientela, estas metas não são plenamente alcançadas, o que foi constatado pelos resultados obtidos nas entrevistas aplicadas nas secretarias de saúde e educação.

### **3.3 AÇÕES A SEREM REALIZADAS**

Para serem alcançadas, o governo municipal propõe as seguintes ações:

- ❖ Projeto Sorriso Saudável nas escolas municipais de ensino básico garantindo escovódromos nas escolas, bochechos com flúor e palestras para pais, professores e alunos.



**Figura 4:** De acordo com as metas e as ações realizadas pelo governo municipal, as escolas teriam acesso a uma Saúde Bucal de qualidade, garantindo projetos que visem escovódromos nas escolas, bochechos com flúor e palestras para pais, professores e alunos.

- ❖ Investir na aquisição de materiais e equipamentos odontológicos para as unidades básicas odontológicas de saúde.
- ❖ Criação de um CEO ou da casa de Saúde Bucal de Abaetetuba.
- ❖ Garantia de um consultório para atendimento de urgência e emergência odontológica.
- ❖ Contratação de um cirurgião dentista especializado no atendimento de pacientes deficientes.
- ❖ Modernização do atendimento e equipamentos nos gabinetes odontológicos móveis (Barco Pescador de Saúde e Odontomóvel).

### **3.4 A SAÚDE BUCAL EM UMA ESCOLA DA CIDADE.**

No Município de Abaetetuba há aproximadamente 173 escolas municipais que necessitam de uma boa qualidade de Saúde Bucal que poderia ser realizada com projetos que atendem a toda a comunidade escolar.

No entanto, a falta de incentivos e a pouca verba para assegurar e aplicar esses projetos tem sido um dos grandes desafios do governo municipal.

Há na verdade falta de interesse político para realização desses projetos. Sabe-se que apenas uma minoria realiza procedimentos odontológicos, como o caso

da Escola Turma da Mônica que realizou esses procedimentos de Saúde Bucal somente no ano de 2009.



**Figura 5:** Frente da Escola Turma da Mônica

### **3.5 CASO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM ESCOLA: O PROJETO DA ESCOLA TURMA DA MÔNICA EM SAÚDE BUCAL.**

Neste tópico pretende-se descrever as ações de SB desenvolvidas na escola em Regime de Convênio Municipalizada "Turma da Mônica", situada à Rua 7 de Setembro, 1651- Aviação que oferta os cursos de Educação Infantil e Ensino Fundamental, atendendo uma clientela de 543 alunos, nos turnos matutinos e vespertinos, além de um anexo que atende os mesmos cursos e uma turma da Educação de Jovens e adultos. A pesquisa foi direcionada para a Escola Turma da Mônica devida o tempo de permanência e a quantidade de alunos que a frequênta, além do projeto sobre a Saúde Bucal existente desde 2009 pela referida escola.

Como será verificado de acordo com a pesquisa de campo realizada nesse trabalho, constatou-se que a Escola Turma da Mônica apenas realizou um projeto sobre Saúde Bucal no ano de 2009. Nos anos posteriores de acordo com as entrevistas realizadas com os próprios professores da escola, não houve continuidade no projeto implantado. Na verdade apesar das metas do governo municipal sobre a Saúde Bucal, é preciso fiscalizar as ações de modo que se cumpram estas metas. Segundo relato do próprio professor da escola (entrevista III no anexo), as crianças não obtiveram acompanhamento odontológico, pois não foi feita nenhuma campanha de Saúde Bucal na escola em que trabalha. Afirma que por vários anos se distribuía escovas e creme dental a cada aluno para que os professores trabalhassem esse tema de forma prática. No entanto, neste ano de 2013 ainda não houve nenhuma prática sobre Saúde Bucal, o que houve foi o encaminhamento das crianças com graves problemas dentários para serem tratados. Infelizmente, este fato mostra que as ações sobre Saúde Bucal por parte do governo municipal não estão sendo aplicados nas escolas abaetetubenses. É preciso que se cumpra o que se escreve e as escolas assim como a população tem o dever de fiscalizar e cobrar estas metas tão relevantes para os alunos.

O projeto SB. na ERC Turma da Mônica tinha como objetivos:

Realizar palestra com as famílias; Promover cadastro dos alunos com comprometimento dental; Firmar parcerias que favoreçam atendimento aos alunos carentes; Realizar mensalmente o dia da escovação na escola; Realização de teatro de fantoches; Distribuição de panfletos educativos e escovação coletiva.



**Figura 6:** Realização de palestras no ano de 2009 com pais e alunos para discutir o projeto a ser implantado na escola referente a Saúde Bucal.

Quanto à avaliação, ocorreria semestralmente em reunião de pais na sala de aula, com o preenchimento das fichas avaliativas. A clientela oriunda de famílias de baixa renda, sendo composta em sua grande maioria de trabalhadores braçais que apresentam renda mensal inferior a um salário mínimo. Constatou-se alto índice de alunos com o desenvolvimento da Saúde Bucal comprometida, fator este que também interfere no desenvolvimento cognitivo do aluno.

Visando contribuir com o melhoramento do desenvolvimento e aprendizagem dos alunos, buscaram-se parcerias para divulgar a importância da Saúde Bucal e os cuidados essenciais para garanti-la. O projeto apresentado neste tópico foi aplicado somente em 2009 aos alunos. A partir desta data, não se verificou continuidade do projeto de acordo como consta nas entrevistas dos próprios professores (ver anexo). Na verdade, as famílias, a gestora e os docentes deveriam cobrar que se cumpra uma atividade tão relevante para o ambiente escolar, incorporando-a definitivamente ao Projeto Político Pedagógico da Escola.

Ainda visando elucidar a problemática da SB Escolar, a continuação do trabalho de campo envolveu a realização de entrevistas. A primeira se deu na Secretária de Saúde.

A entrevista foi realizada com um Cirurgião dentista funcionário da Secretaria de Saúde há dois anos e atuando como coordenador municipal de Saúde Bucal. O entrevistado afirma que as ações de Saúde Bucal para o público alvo são boas e estão em expansão uma vez que a prática de Saúde Bucal no local onde trabalha é feita através de orientação a pacientes, realização de palestra, escovação supervisionada e bochecho ou aplicação tópica de flúor. Para alcançar e prosseguir com esta expansão são aplicadas as políticas de Saúde Bucal das secretarias para as escolas do município cujo corpo docente é os dentistas das ESF, que ensinam escovação dental supervisionada e bochecho com flúor.

Quanto à implementação de Saúde Bucal no município de Abaetetuba, segundo ele é organizado em Estratégias de saúde da família, Unidades básicas de saúde e o centro de especialidades odontológicas, que representa a rede de serviços odontológica. Para atender os serviços odontológicos do município, o

atendimento especializado acontece no CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) que recebe os pacientes referenciados (encaminhados) pelas unidades de saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF). O Centro conta com um profissional atuando em cada uma das seguintes especialidades: Cirurgia oral menor, Endodontia (tratamento de canal), Periodontia (tratamento das doenças da gengiva), Odontopediatria, Prótese Dentária (dentadura) e atendimento ao PNE (Portador de Necessidade Especial).

As orientações são dadas aos diversos públicos com diferentes faixas etárias, com prevenção da cárie (escovação, uso de fio dental, higiene da língua, redução no consumo de açúcar, consumo de alimentos saudáveis), Traumas a dentição (como agir, quem procurar, onde armazenar o dente que saiu com o trauma). Uso de pastas florestadas (em que idade a criança pode utilizar), importância dos dentes decíduos (dentes de leite), malefícios causados pelo consumo de álcool e cigarro sobre a cavidade oral, hábitos para funcionais e seus danos a articulação têm por mandibular (ato de mastigar chicletes, sacolas, etc.), desgaste dentário provocado pelo hábito de roer unha, morder tampa de caneta, etc. e para os idosos a Prevenção da gengivite e da cárie, orientações sobre o uso e a higienização das próteses (dentaduras), malefícios causados pelo consumo de álcool e cigarro sobre a cavidade oral. Para atender as ilhas o serviço da equipe trabalha no Arumanduba.

Na secretária Municipal de Educação a entrevista foi com uma Especialista em Gestão Escolar que tem 22 anos de tempo de serviço e que trabalha a 4 meses na Secretaria Municipal de educação. Ela afirma que a Saúde Bucal é essencial para uma saúde completa, no entanto avalia que o desenvolvimento da Secretária de Educação, Saúde ou Escola sobre Saúde Bucal para o público alvo tem como papel de assegurar desde a Educação infantil e no ensino Fundamental o tema para ser abordado e vivido no ambiente escolar. Todavia apesar deste importante papel da secretaria de educação, não se observa no próprio ambiente de trabalho uma prática sobre esta saúde, o paradoxo foi verificado quando em entrevista afirma que executa a prática de saúde individualmente. Declara em sua entrevista que há atendimento sobre a Saúde Bucal nos postos de saúde. As demais perguntas: (Quais as políticas de Saúde Bucal das secretárias para as escolas do município de

Abaetetuba?; Como se implementa Saúde Bucal no município de Abaetetuba?; A rede de serviços odontológicos do município de Abaetetuba conta com quantos especialistas?; E onde acontece atendimento?; Quais orientações são dadas aos diversos públicos (crianças, jovens e idosos)) permaneceram sem respostas durante a entrevista, o que sugere que as ações da secretaria de educação ainda são limitados em relação aos procedimentos de Saúde Bucal na escola.

Na ERC Turma da Mônica foram entrevistados três professores o primeiro tem idade 31 anos; Formação Especialista em Língua Portuguesa com 5 anos de tempo de serviço, sendo que leciona na Escola Turma da Mônica. Há dois anos e meio. O docente acredita que a Saúde Bucal é muito importante e por essa razão deveria se dar maior ênfase a essa temática, como construir um projeto para orientar os alunos nos cuidados com a saúde da boca. Quanto a sua concepção referente à Saúde Bucal, afirma que o desenvolvimento da Secretária de Educação, Saúde ou Escola tem como avaliar o tempo que trabalha na escola, mas que nunca presenciou nenhuma campanha da Secretaria de Educação direcionada a Saúde Bucal. Ao perguntar sua prática de Saúde Bucal no trabalho, afirma que a prática apenas como conteúdo de ciências quando divulga sobre higiene ou no dia-a-dia quando necessário. As demais perguntas permaneceram sem respostas. O Segundo entrevistado tem 36 anos de idade: Formação Professor (Licenciada em Ciências Naturais) Tempo de serviço: (professor Magistério) 13 anos Tempo de trabalho na Escola Turma da Mônica. 10 anos. Nesta entrevista declara que tem como concepção Sobre Saúde Bucal, como a saúde relacionada às áreas da boca e avalia o desenvolvimento da secretaria de Saúde e Educação, sobre afirma que não tem conhecimento de nenhum projeto associado a Saúde Bucal, entretanto acredita que a escola possui um projeto que ao ser executado foi bem proveitoso. Outras perguntas ficaram sem respostas.

O Terceiro docente tem 36 anos, Formação Magistério Tempo de serviço: (Magistério) 13 anos. Trabalha na escola. Turma da Mônica há onze anos se entende que Saúde Bucal corresponde aos cuidados que devemos tomar para manter a boca saudável. Além disto, avalia que o desenvolvimento da Secretária de Educação e Saúde para o público alvo é regular, pois não foi feita nenhuma campanha de Saúde Bucal na escola em que trabalho. Uma resposta interessante

deste professor é quando responde que Por vários anos se distribuía escovas e creme dental a cada aluno para os professores trabalharem esse tema de forma prática, mas em outros anos este trabalho foi realizado com êxito. No entanto, este ano de 2013 ainda não foi realizado nenhum procedimento em Saúde Bucal. O que se sabe foi o encaminhamento das crianças com graves problemas dentários para serem tratados. Ao perguntar se pratica os procedimentos de Saúde Bucal, responde que apenas incentiva os alunos a escovarem os dentes após as refeições e orienta a não comerem doces e bombons no início das aulas. As demais perguntas permaneceram em branco.

Os docentes manifestaram indignação durante a entrevista, pois afirmam que a Saúde Bucal é muito importante e por essa razão deveria se dá maior ênfase a essa temática, como construir um projeto para orientar os alunos nos cuidados com a saúde da boca. Na verdade este projeto já existe e que apenas foi realizado os procedimentos de Saúde Bucal nos alunos somente no ano de 2009. Afirmam que nunca presenciou nenhuma campanha da Secretaria de Educação e saúde direcionada a Saúde Bucal.

Neste sentido os professores entram em contradição com o cirurgião dentista que julga que o trabalho da secretaria de saúde sobre este tema está em expansão e que os serviços estão sendo realizados pelos próprios dentistas. Um dos docentes relatou que não tem conhecimento de nenhum projeto associado à Saúde Bucal, desenvolvido pela secretaria de Saúde, mas afirma que a escola possui um projeto que ao ser executado em 2009 foi bem proveitoso.

Outro docente entrevistado avalia que o desenvolvimento da Secretária de Educação e Saúde para o público alvo é regular, pois não foi feito nenhuma campanha de Saúde Bucal na escola em que trabalha para o ano de 2013. Em anos anteriores ela distribuía escovas e creme dental a cada aluno e os professores trabalharam esse tema de forma prática, mas infelizmente este ano o que houve foi o encaminhamento das crianças com graves problemas dentários para serem tratados. Assim sendo, estes relatos em síntese, esclarecem que não há atuação por parte das secretarias de saúde e educação e por parte do governo municipal sobre a pratica de Saúde Bucal nas escolas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões sobre a realidade brasileira, com ênfase na cárie dentária, seus determinantes, sua distribuição social, salientam a necessidade de buscar novos meios para uma promoção de Saúde Bucal mais eficaz. No município de Abaetetuba dados de pesquisa realizada nas secretarias de saúde e educação, assim como junto a professores que atuam na cidade mostram que o governo Municipal pouco tem trabalhado para que esta problemática seja amenizada a fim de que a Saúde Bucal, tão essencial, faça-se presente em todo o contexto escolar, daí as metas estabelecidas ainda não tenham sido alcançadas plenamente.

Com relação ao projeto realizado na escola municipal Turma da Mônica em que se pode verificar o seu papel social como elemento mediador da Saúde Bucal expandido aos 543 alunos. No entanto, a pesquisa indica que a escola ainda não alcançou as metas estabelecidas pelo projeto. Em síntese, pode-se detectar que a escola possui um projeto que ainda não é proporcional as exigências de uma boa qualidade de Saúde Bucal que os alunos necessitam, haja vista as metas e os cumprimentos a serem aplicados por parte do governo municipal para que essa realidade se perpetue a cada ano, não apenas na escola em questão, mas em todas as demais existentes no município de Abaetetuba. Portanto, é preciso responsabilidade e compromisso para que as metas sejam alcançadas e os projetos sejam aplicados e cumpridos na realidade de cada aluno. Assim sendo, para atingir este objetivo, é necessária a plena aplicação do projeto de Saúde Bucal na escola além de averiguar se as suas metas estão sendo aplicadas.

Os dados apontam para a necessidade de mudanças nas políticas de saúde pela implantação de estratégias que possam efetivamente garantir que as diretrizes do governo federal e a qualidade de Saúde Bucal que abrange todas as esferas, sejam uma realidade prática. Diante desse contexto, vale ressaltar que a Saúde Bucal é essencial e sua implantação deve ser uma necessidade a ser aplicada nas escolas para que os problemas ocasionados pela sua carência, não venham se tornar um problema de ordem pública. Portanto, as estratégias e ações que se

destinam à sua promoção devem ser incorporadas no meio educacional, com projetos que determinem sua aplicabilidade ao ponto de desenvolver no aluno hábitos e condutas favoráveis à manutenção das condições de Saúde Bucal.

Nesse sentido, é relevante o desenvolvimento de ações de Saúde Bucal que envolva uma participação mais ativa por parte do corpo docente, das famílias e das secretarias de saúde e educação inseridas nos projetos e metas do governo municipal. Com base nisso talvez seja possível que haja um fortalecimento de vínculos, de maior participação social e de um maior interesse pela saúde e o desenvolvimento de hábitos e comportamentos que realmente favoreçam o autocuidado, a recuperação e a manutenção dessa Saúde Bucal. Assim sendo, espera-se com base nessa pesquisa que o trabalho venha acrescentar para uma melhor compreensão do tema exposto e possa contribuir para que o caro leitor tome consciência da importância da Saúde Bucal em todos os níveis, educacional e social.

## REFERÊNCIAS

**ANDREASEN**, Johan ET AL. guia de tratamento passo a passo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.**BÖNECKER**, Marcelo José Strazzeri; **SHEIHAM**, Aubrey. Conhecimentos e práticas. São Paulo: Editora Santos, 2004.

**BRASIL 1988**. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação de Serviços de Saúde pública. Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal. Brasil, Zona Urbana, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília.

**BRASIL 1989**. Política Nacional de Saúde Bucal Divisão Nacional de Saúde Bucal. Disponível em <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/publicacoes/> Acesso em: 25/05/13.

**BRASIL 1997**. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente saúde. Secretaria de Educação Fundamental, Brasília.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal.

**CORRÊA**, Maria Salete Nahás Pires; **DISSENHA**, Rosângela Maria Schmitt; **WEFFORT**, Soo Young Kim. Guia de orientação para a gestante, pais,

**CURY**, Jaime Aparecido. Baratieri, Luiz Narciso ET AL. Odontologia restauradora – fundamentos e possibilidades. São Paulo: Livraria Santos, 2001.

**DALAGO**, Haline Renata ET AL. Florianópolis: UFSC, 2009.

**DIAS**, Carlos Renato. O cotidiano da prevenção. São Paulo: Livraria Santos, 2007.

**HELENITA CORRÊA** Ely. Principais ações na área da Saúde Bucal desenvolvidas pela ...**Helenita Corrêa** Ely. Prevalência e fatores de risco associados ao Subtipo C do HIV-1. Em...[Volume 16 no 2 - [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br)

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf). Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília – DF, 2008. Caderno de Atenção Básica, nº 17

<http://www.mfrural.com.br/cidade/abaetetuba-pa.aspx>

<http://www.prefeituradeabaetetuba.pa.gov.br>

**MADEIRA**, Miguel Carlos. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2004.

**MARIANO**, Bruno Honorato ET AL. Florianópolis: UFSC, 2005.

**MARTINS**, Rafaela dos Santos ET AL. Florianópolis: UFSC, 2006. **MOYSÉS**, Simone Tetu; **KRIGER**, Léo; **MOYSÉS**, Samuel Jorge. Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

**MENDES, E.V.** A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino. Na Pesquisa e na Tecnologia Médica. Belo Horizonte, PUC/FINEP. 1985.

**Ministério da Saúde.** Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, janeiro de 2004.

N. 17, Brasília: 2006.

**NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.** Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas em Saúde).

Profissionais da saúde e educadores. São Paulo: Santos, 2005.

**Rev Pan-Amaz Saude** vol.1 nº. 3 Ananindeua Sept. 2010. A medicina no Estado do Pará, Brasil: dos primórdios à Faculdade de Medicina. Medicine in Pará State, Brazil: from the beginning to the establishment of the School of Medicine La medicina en Estado de Pará, Brasil: de los primordios a la Facultad de Medicina.

## **ANEXOS**

## PESQUISA DE CAMPO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### ENTREVISTA 1 SECRETARIA DE SAÚDE

1-Perfil do entrevistado.

Idade: 37

Formação: Cirurgião-dentista.

Tempo de serviço: (professor magistério)

1-Qual escola ou secretária que trabalha? Há quanto tempo?

Funcionário da Secretaria de Saúde há dois anos como coordenador de Saúde Bucal.

2-Qual a sua concepção sobre Saúde Bucal?

É uma condição que possibilitando ao indivíduo exercer funções de mastigação, fonação, deglutição de forma adequada, condição esta relacionada a ausência de doenças (condição biológica); além da satisfação estética para exercer sua auto estima e com isso relacionar-se sem inibição ou constrangimento(condição psicológica), contribuindo assim, para a saúde geral do ser humano.

3-A partir de sua concepção como você avalia o desenvolvimento da (Secretária de Educação, Saúde ou Escola) sobre Saúde Bucal para o público alvo.

Bom e em expansão.

4-Você pratica Saúde Bucal no local onde trabalha? Como?

Sim. Através da orientação a pacientes, realização de palestra, escovação supervisionada e bochecho ou aplicação tópica de flúor.

5-Como você acha que deveria ser praticada Saúde Bucal neste local (Secretárias de saúde, educação e escola).

Através de atividades educativas como palestras, escovação dental supervisionada e bochecho com flúor.

6-Quais as políticas de Saúde Bucal das secretárias para as escolas do município de Abaetetuba?

Atividades educativas através de palestras feitas pelos dentistas das ESF, escovação dental supervisionada e bochecho com flúor.

7-Como se implementa Saúde Bucal no município de Abaetetuba?

Divididas em Estratégias de saúde da família, Unidades básicas de saúde e o centro de especialidades odontológicas.

8-Existe uma rede de serviços odontológicos no município de Abaetetuba?

Sim. Divididas em Estratégias de saúde da família, Unidades básicas de saúde e o centro de especialidades odontológicas.

9-A rede de serviços odontológicos do município de Abaetetuba conta com quantos especialistas? E onde acontece o atendimento?

O atendimento especializado acontece no CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) que recebe os pacientes referenciados (encaminhados) pelas unidades de saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF). O Centro conta com um profissional atuando em cada uma das seguintes especialidades: Cirurgia oral menor, Endodontia (tratamento de canal), Periodontia (tratamento das doenças da gengiva), Odontopediatria, Prótese Dentária (dentadura) e atendimento ao PNE (Portador de Necessidade Especial).

10-Quais orientações são dadas aos diversos públicos (crianças, jovens e idosos).

Crianças e responsáveis por sua Saúde Bucal:

Prevenção da cárie (escovação, uso de fio dental, higiene da língua, redução no consumo de açúcar, consumo de alimentos saudáveis), Traumas a dentição (como

agir, quem procurar, onde armazenar o dente que saiu com o trauma). Uso de pastas fluoretadas (em que idade a criança pode utilizar), importância dos dentes decíduos (dentes de leite).

Jovens:

Prevenção da cárie (escovação, uso de fio dental, higiene da língua, redução no consumo de açúcar, consumo de alimentos saudáveis), malefícios causados pelo consumo de álcool e cigarro sobre a cavidade oral, hábitos parafuncionais e seus danos a articulação têmporo-mandibular (ato de mastigar chicletes, sacolas, etc.), desgaste dentário provocado pelo hábito de roer unha, morder tampa de caneta, etc.

Idosos:

Prevenção da gengivite e da cárie, orientações sobre o uso e a higienização das próteses (dentaduras), malefícios causados pelo consumo de álcool e cigarro sobre a cavidade oral,

11-Existe alguma equipe de Saúde Bucal trabalhando no local sede, centro e ilhas?

Sim. Estratégia de saúde da família do Arumanduba.

## **PESQUISA DE CAMPO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

### **ENTREVISTA 2**

#### **SECRETARIA DE EDUCAÇÃO**

1-Perfil do entrevistado.

Idade: 40 anos

Formação: Especialista em Gestão Escolar

Tempo de serviço: (professor Magistério) 22 anos

Qual escola ou secretária que trabalha? Há quanto tempo?

-Secretaria Municipal de educação há 4 meses.

2-Qual a sua concepção sobre Saúde Bucal?

É essencial para uma saúde completa.

3- A partir de sua concepção como você avalia o desenvolvimento da (Secretária de Educação, Saúde ou Escola) sobre Saúde Bucal para o público alvo.

-Cumpri-nos o papel de assegurar no desenho curricular desde a Educação infantil e no ensino Fundamental o tema para ser abordado e vivido no ambiente escolar.

4-Você pratica Saúde Bucal no local onde trabalha? Como?

Sim, individualmente, isto é, cuidando de mim.

5-Quais as políticas de Saúde Bucal das secretárias para as escolas do município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

6-Como se implementa Saúde Bucal no município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

7-Existe uma rede de serviços odontológicos no município de Abaetetuba?

-Sim, estão distribuídas nos postos de saúde.

8-A rede de serviços odontológicos do município de Abaetetuba conta com quantos especialistas? E onde acontece atendimento?

-Sem resposta.

9-Quais orientações são dadas aos diversos públicos (crianças, jovens e idosos)?

-Sem resposta.

## PESQUISA DE CAMPO NA ESCOLA MUNICIPAL TURMA DA MÔNICA

### ENTREVISTADO 1

1-Perfil do entrevistado.

Idade: 31 anos

Formação: Especialista em Língua Portuguesa

Tempo de serviço: (prof. Magistério) 5 anos

Qual escola ou secretária que trabalha? Há quanto tempo?

Escola Turma da Mônica. Há dois anos e meio.

2-Qual a sua concepção sobre Saúde Bucal?

Acredito que a Saúde Bucal é muito importante, por isso deveria se dar maior ênfase a essa temática, como construir um projeto para orientar os alunos nos cuidados com a saúde da boca.

3- A partir de sua concepção como você avalia o desenvolvimento da (Secretária de Educação, Saúde ou Escola) sobre Saúde Bucal para o público alvo.

Não tenho como avaliar já que durante o tempo que trabalho nessa escola não presenciei nenhuma campanha da Secretaria de Educação direcionada a Saúde Bucal.

4-Você pratica Saúde Bucal no local onde trabalha? Como?

Não diretamente como projeto. Apenas como conteúdo de ciências quando falo sobre higiene ou no dia-a-dia quando necessário.

5-Quais as políticas de Saúde Bucal das secretárias para as escolas do município de Abaetetuba?

-Sem resposta

6-Como se programa Saúde Bucal no município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

7-Existe uma rede de serviços odontológicos no município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

8-A rede de serviços odontológicos do município de Abaetetuba conta com quantos especialistas? E onde acontece atendimento?

-Sem resposta.

9-Quais orientações são dadas aos diversos públicos (crianças, jovens e idosos)?

-Sem resposta.

## **ENTREVISTADO 2**

1-Perfil do entrevistado.

Idade: 36 anos

Formação: Professor (Licenciada em Ciências Naturais)

Tempo de serviço: (prof. Magistério) 13 anos

Qual escola ou secretária que trabalha? Há quanto tempo?

Escola Turma da Mônica. 10 anos

2-Qual a sua concepção sobre Saúde Bucal?

É saúde relacionada às áreas da boca (dentes, língua, bochecha)

3- A partir de sua concepção como você avalia o desenvolvimento da (Secretária de Educação, Saúde ou Escola) sobre Saúde Bucal para o público alvo.

Com relação às secretarias de Educação e Saúde, não tenho conhecimento de nenhum projeto, quanto a escola esta possui um projeto que ao ser executado foi bem proveitoso.

4-Você pratica Saúde Bucal no local onde trabalha? Como?

Infelizmente não foi possível praticar nos últimos 4 anos devido a falta de apoio.

5-Quais as políticas de Saúde Bucal das secretárias para as escolas do município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

6-Como se implementa Saúde Bucal no município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

7-Existe uma rede de serviços odontológicos no município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

8-A rede de serviços odontológicos do município de Abaetetuba conta com quantos especialistas? E onde acontece atendimento?

-Sem resposta.

9-Quais orientações são dadas aos diversos públicos (crianças, jovens e idosos)?

-Sem resposta.

### **ENTREVISTADO 3**

1-Perfil do entrevistado.

Idade: 36 anos

Formação: Magistério

Tempo de serviço: (prof. Magistério) 13 anos

Qual escola ou secretária que trabalha? Há quanto tempo?

E.M.E.F. Turma da Mônica. Há onze anos

2-Qual a sua concepção sobre Saúde Bucal?

Eu entendo que Saúde Bucal corresponde aos cuidados que devemos tomar para manter a boca saudável.

3- A partir de sua concepção como você avalia o desenvolvimento da (Secretária de Educação, Saúde ou Escola) sobre Saúde Bucal para o público alvo.

Em minha concepção a atuação das secretarias este ano quanto a Saúde Bucal é regular, pois não foi feita nenhuma campanha de Saúde Bucal na escola em que trabalho. Por vários anos se distribuía escovas e creme dental a cada aluno para os professores trabalharem esse tema de forma prática. Outra que em outros anos era feito e não foi feito esse ano, foi o encaminhamento das crianças com graves problemas dentários para serem tratados.

4-Você pratica Saúde Bucal no local onde trabalha? Como?

Apenas incentivo meus alunos a escovarem os dentes após as refeições e oriento a não comerem doces e bombons no início das aulas.

5-Quais as políticas de Saúde Bucal das secretárias para as escolas do município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

6-Como se implementa Saúde Bucal no município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

7-Existe uma rede de serviços odontológicos no município de Abaetetuba?

-Sem resposta.

8-A rede de serviços odontológicos do município de Abaetetuba conta com quantos especialistas? E onde acontece atendimento?

-Sem resposta.

9-Quais orientações são dadas aos diversos públicos (crianças, jovens e idosos)?

-Sem resposta.

## **DIRETRIZES DO GOVERNO FEDERAL PARA SAÚDE BUCAL.**

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente em relação à reorganização das práticas e a qualificação das ações e serviços oferecidos na Saúde Bucal, visando à integralidade das ações; e Considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção, resolve:

**Art. 1º** Fica instituído o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQCEO), como estratégia de qualificação dos serviços especializados de Saúde Bucal.

**Art. 2º Constituem-se objetivos do (PMAQ-CEO):**

- I - induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II - construir parâmetros de qualidade dos CEO que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde;
- III - fortalecer o processo de referência e contra referência de Saúde Bucal;
- IV - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO;
- V - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde;
- VI - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e Municipal, as equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em Saúde Bucal;
- VII - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VIII - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em Saúde Bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

IX - caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

**Art. 3º O (PMAQ-CEO) será composto por 4 (quatro) fases distintas que se sucedem e compõem um ciclo.**

**Art. 4º A Fase 1** do (PMAQ-CEO) é denominada Adesão e Contratualização.

§ 1º - Todos os CEO habilitados, independente do Tipo, I, II ou III, poderão aderir ao PMAQ-CEO.

§ 2º - Nesta Fase devem ser observadas as seguintes etapas:

I - formalização da adesão pelo Estado, Município e Distrito Federal, por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Ministério da Saúde;

II - contratualização da equipe do CEO e do gestor Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo (PMAQ-CEO); e

III - informação sobre a adesão do Município deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Intergestores Regional e Comissão Intergestores Bipartite. No caso do Estado, a Comissão Intergestores Bipartite e o Distrito Federal devem encaminhar informação sobre a adesão ao respectivo Conselho de Saúde.

**Art. 5º A Fase 2** do PMAQ-CEO é denominada Desenvolvimento.

§ 1º Esta Fase é constituída das seguintes ações:

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe do CEO a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-CEO ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Distrito Federal;

II - monitoramento, a ser realizado pela equipe do CEO, pelas Secretarias de Saúde Estadual, Municipal, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde a partir dos indicadores contratuais na Fase 1 do (PMAQ-CEO);

III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes dos CEO pactuada nas Comissões Intergestores Regionais e nas Comissões Intergestores Bipartite; e

IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte aos CEO pelos gestores municipais e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Comissões Inter gestores Regionais (CIR), Comissões Inter gestores Bipartite (CIB) e Ministério da Saúde (MS).

**Art. 6º A Fase 3** do (PMAQ-CEO) é denominada Avaliação Externa.

§ 1º Esta Fase é composta por certificação de desempenho dos CEO, que será coordenada de forma tripartite incluindo:

I - a verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e pesquisa de satisfação do usuário realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa; e

II - o monitoramento de indicadores de saúde realizado pelo Ministério da Saúde.

**Art. 7º A Fase 4** do (PMAQ-CEO) é denominada Recontratualização.

§ 1º Esta Fase caracteriza-se pela pactuação singular dos Estados, Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-CEO.

**Art. 8º** Fica instituído o Incentivo Financeiro do PMAQCEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

§ 1º O incentivo de que trata o caput será transferido, fundo a fundo, aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal que aderirem ao (PMAQ-CEO).

§ 2º O incremento do incentivo de que trata o caput será definido a partir dos resultados verificados nas Fases 2, 3 e 4 do (PMAQ-CEO).

**Art. 9º** O Estado, Município ou o Distrito Federal poderá incluir a adesão do CEO ao PMAQ-CEO apenas uma vez ao ano, respeitado o intervalo mínimo de 6 (seis) meses.

§ 1º A adesão poderá incluir um ou mais CEO do Estado, Município ou do Distrito Federal.

§ 2º A Avaliação Externa será realizada em um mesmo momento para a totalidade dos CEO do Município, do Estado ou do Distrito Federal que aderiram ao (PMAQ-CEO).

**Art. 10.** O valor mensal integral do incentivo (PMAQ-CEO) do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal por CEO contratualizado será publicado em portaria específica e reajustado periodicamente pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), conforme disponibilidade orçamentária vigente.

**Art. 11.** Os Estados, Municípios e o Distrito Federal receberão inicialmente, no momento da adesão ao (PMAQ-CEO), 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo (PMAQ-CEO), por CEO contratualizado.

Parágrafo único. Os Estados, Municípios e o Distrito Federal receberão, posteriormente, novos percentuais variáveis do referido valor integral conforme o desempenho alcançado, por CEO contratualizado, no processo de certificação realizado nos termos do disposto na Fase 4 do (PMAQ-CEO).

**Art. 12.** Os Estados, Municípios e o Distrito Federal terão que solicitar a Avaliação Externa no sistema de gestão do PMAQCEO, por meio do preenchimento de formulário eletrônico, até a data de início do processo de Avaliação Externa do (PMAQ-CEO), a ser divulgada pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Nas situações em que não houver a solicitação para a realização da Avaliação Externa, o Estado, Município ou o Distrito Federal será automaticamente descredenciado do (PMAQ-CEO) e o CEO será desabilitado, deixando de receber os incentivos financeiros, e ficará impedido de aderir ao Programa por 2 (dois) anos, medida que tem como objetivo inibir adesões sem compromisso efetivo com o cumprimento integral do ciclo de qualidade do (PMAQ-CEO).

§ 2º As adesões deverão ocorrer até 7 (sete) meses antes da data das eleições municipais.

§ 3º Casos específicos relacionados a obrigações ou sanções contraídas por atos de gestão anterior serão avaliados por órgãos competentes.

**Art. 13.** Para a classificação de desempenho dos CEO contratualizados, realizada por meio do processo de certificação, cada Estado, Município ou o Distrito Federal estará enquadrado em diferentes estratos, com base em critérios de equidade, e o

desempenho dos CEO será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de CEO pertencentes ao mesmo tipo e estrato.

**Art. 14.** Para fins da 1ª (primeira) classificação dos CEO contratualidades, por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, a avaliação de desempenho considerará os seguintes critérios:

I - **Insatisfatório:** quando o CEO não cumprir com os compromissos previstos nas Portarias nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, e nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011, assumidos no Termo de Compromisso no momento da contratualização no (PMAQ-CEO). No caso de CEO aderido a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, acrescenta-se ainda a Portaria nº 1.341/GM/MS, de 13 de junho de 2012;

II - **Mediano ou abaixo da Média:** quando o resultado alcançado for menor do que a média do desempenho das equipes em seu estrato;

III - **Acima da Média:** quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e

IV - **Muito acima da Média:** quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

**Art. 15.** A partir da 2ª (segunda) certificação, o desempenho de cada CEO será comparado em relação aos outros CEO do mesmo Tipo e do seu estrato, bem quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da adesão ao (PMAQ-CEO).

**Art. 16.** A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho descritas nos arts. 13 e 14, os Estados, Municípios e o Distrito Federal receberão, por CEO contratualizado, os percentuais do incentivo (PMAQ-CEO) e contratualizarão novas metas e compromissos, conforme as seguintes regras:

I - **Desempenho Insatisfatório:** suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do incentivo (PMAQ-CEO) e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - **Desempenho Mediano ou abaixo da Média:** manutenção dos 20% (vinte por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Recontratualização;

III - **Desempenho acima da Média:** ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Reconstrução; e

IV - **Desempenho muito acima da Média:** ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do incentivo (PMAQ-CEO) e Reconstrução.

**Art.17.** O Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da comissão Intergestores Tripartite acompanhará o desenvolvimento do (PMAQ-CEO), com avaliação e definição, inclusive dos instrumentos utilizados no Programa.

**Art. 18.** O Ministério da Saúde, por meio Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSB/DAB/SAS/MS), publicará o Manual Instrutivo do (PMAQ-CEO), com a metodologia e outros detalhamentos do Programa.

**Art. 19.** Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada.

**Art. 20.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.