

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

FERNANDO CASTIM PIMENTEL

**A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO
ESTADO DE PERNAMBUCO:
uma avaliação dos modelos assistenciais**

RECIFE

2010

FERNANDO CASTIM PIMENTEL

**A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
uma avaliação dos modelos assistenciais**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a. Paulette Cavalcante de Albuquerque

**Recife
2010**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P644a Pimentel, Fernando Castim.

A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos de atendimento / Fernando Castim Pimentel. — Recife: F. C. Pimentel, 2010.

94 p.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Calvacanti de Albuquerque.

1. Saúde bucal. 2. Odontologia em saúde pública. 3. Serviços de saúde bucal. 4. Avaliação em saúde. 5. Programa saúde da família. I. Albuquerque, Paulette Cavalcante de. II. Título.

CDU 616.314

FERNANDO CASTIM PIMENTEL

A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO: uma avaliação dos modelos assistenciais

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____

Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Debatedor: _____

Dr. Rafael da Silveira Moreira
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Debatedor: _____

Dr^a Nilcema Figueiredo
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Dedico este trabalho à pessoa que sempre foi e sempre será tudo na minha vida e que hoje, tão perto, mas tão longe, sei que continua a olhar por mim: minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelos valores transmitidos ao longo destes anos, essenciais na minha formação para a vida.

A minha noiva Raquel, pelo companheirismo, pelo incentivo constante e por colaborar na construção deste trabalho.

À professora Paulette Cavalcanti, pela sua orientação, pela tranquilidade e pela confiança para desenvolver este trabalho.

Ao professor Wayner Souza, pela importante colaboração na análise dos dados desta pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado, pela oportunidade de compartilhar novas experiências ao longo desses dois anos, sobretudo ao amigo Eduardo Bezerra, grande exemplo de caráter, doídice e competência.

Aos profissionais das equipes de saúde bucal, os quais contribuíram enormemente para a realização desta pesquisa.

Aos integrantes do grupo de pesquisa “Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco”, pela dedicação com que realizaram as etapas de construção e coleta dos dados desse trabalho.

Aos amigos Petrônio Martelli e Ricardo Ernestino, referências importantes na minha vida acadêmica e em serviço público, agradeço imensamente os ensinamentos e a amizade proporcionada.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste trabalho: muito obrigado.

“Não queremos perder, nem deveríamos perder: saúde, pessoas, posição, dignidade ou confiança. Mas perder e ganhar faz parte do nosso processo de humanização”.

Lya Luft

PIMENTEL, F. C. *A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o modelo de atenção à saúde bucal implantado no estado de Pernambuco, a partir da análise da estrutura e do funcionamento das equipes e dos seus indicadores. Para isso, foram aplicados questionários a uma amostra de 121 equipes de saúde bucal, representativa para o estado de Pernambuco, sendo abordados aspectos relativos à estrutura (recursos humanos, equipamentos, materiais e insumos) e ao processo de trabalho das equipes. Além disso, foram utilizados dados secundários obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, a fim de analisar os indicadores de saúde bucal, segundo porte populacional, proporção da população cadastrada no sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB e relação entre as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, utilizando-se os testes estatísticos ANOVA e Kruskal-Wallis. A análise dos questionários permitiu verificar a associação entre as ações realizadas pelas equipes de saúde bucal e o porte populacional dos municípios, utilizando-se o teste Qui-quadrado. Os resultados mostraram que algumas variáveis do município estão relacionadas com o desempenho dos indicadores de saúde bucal: municípios de grande porte populacional, maior proporção da população cadastrada e a relação de 1ESF para 1ESB mostraram maiores indicadores para cobertura da primeira consulta, cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada e média de procedimentos básicos individuais, ao mesmo tempo em que apresentaram baixos valores para o indicador de proporção de exodontias. Quanto às práticas exercidas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, observou-se que as ações de promoção/prevenção foram incorporadas por muitas ESB, necessitando, ainda, adequações como um maior envolvimento com a comunidade de abrangência. No processo de organização das equipes, o diagnóstico da situação de saúde, assim como o planejamento das ações não são práticas comumente realizadas pelos profissionais, prejudicando o estabelecimento do enfoque de risco às populações mais necessitadas. A articulação com a comunidade também necessita de avanços, uma vez que os usuários apenas se beneficiam com algumas palestras, não participando dos processos decisórios das equipes. Pode-se concluir que o estado de Pernambuco apresenta características de diferentes modelos de atenção, demonstrando desde ações mutiladoras à incorporação de ações de promoção e prevenção ao cotidiano das equipes. Entretanto, muitas delas ainda encontram dificuldades para efetivar as práticas relativas à Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, o início do redirecionamento do modelo assistencial em saúde bucal pode ser obtido através do estímulo à educação permanente e o monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Palavras-chave: saúde bucal; odontologia em saúde pública; serviços de saúde bucal; avaliação em saúde; programa saúde da família.

PIMENTEL, F. C. *The oral health attention in Pernambuco state: evaluation of care models*. 2010. Dissertation (Public health) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the oral health care model implemented in Pernambuco state, from the analysis of the structure and functioning of teams and their indicators. For this, questionnaires were applied to a sample of 121 oral health teams, representative for the state of Pernambuco, being addressed aspects relative to both the structure (human resources, equipment, materials and supplies) and the process of work teams. Furthermore, secondary data were used obtained from the Outpatient Information System - SIA/SUS, in order to examine the oral health indicators, according to population size, proportion of population registered in the Information Primary Care system - SIAB and relation between the family health teams and the oral health teams, using the ANOVA and Kruskal-Wallis tests. Analysis of the questionnaires showed the association between the actions undertaken by the oral health teams and the population size of municipalities, using the chi-square test. The results showed that some variables of the municipality are related to the performance of oral health indicators: population in large cities, a greater proportion of the enrolled population and the relationship from IESF to IESB showed higher indicators for the coverage of the first consultation, coverage of supervised tooth brushing collective action and the average of individual basic procedures, while those showed low values for the tooth extractions proportion indicator. As to the practice within the Family Health Strategy, it was observed that the promotion/prevention actions have been incorporated by many ESB, but still requiring adjustments such as increased involvement with community outreach. In the process of organizing teams, the diagnosis of the health situation, as well as the planning of actions are not practices commonly performed by professionals, hampering the establishment of the risk approach to the neediest populations. The relationship with the community also needs to progress, since users only benefit from some talks, not participating in the teams' ultimate decision process. It can be concluded that the state of Pernambuco has the characteristics of different models of care, demonstrating from mutilating actions to the incorporation of promotion actions as well as the prevention to the routine of teams. However, many still find it difficult to enforce the practices related to the Family Health Strategy. Thus, the beginning of the redirection of the oral health care model can be achieved by encouraging continuing education and monitoring and evaluation of the actions taken.

Keywords: oral health; public health dentistry; dental health services; health evaluation; family health program.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das Equipes de Saúde Bucal em Pernambuco (ago/2008), questionários aplicados e fator de correção.	36
Tabela 2	Descrição dos indicadores de Saúde Bucal no estado de Pernambuco – 2008.	44
Tabela 3	Indicadores de saúde bucal por porte dos municípios – Pernambuco, 2008.	44
Tabela 4	Indicadores de saúde bucal segundo proporção da população cadastrada no SIAB – Pernambuco, 2008.	45
Tabela 5	Indicadores de saúde bucal segundo relação de proporção entre ESF e ESB – Pernambuco, 2008.	46
Tabela 6	Distribuição do componente estrutura (recursos humanos, estrutura física, equipamentos, instrumentais e materiais) das ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009.	49
Tabela 7	Relação das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009.	51
Tabela 8	Relação das ações desenvolvidas pelas ESB em articulação com a comunidade por porte populacional – Pernambuco, 2009.	53
Tabela 9	Forma de organização do processo de trabalho das ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009.	56
Tabela 10	Relação dos procedimentos clínicos realizados no último mês pelas ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009.	57
Tabela 11	Forma de referência e contrarreferência dos pacientes pelas ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009.	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PNAD	Programa Nacional por Amostra de Domicílios
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O PAPEL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL	15
3 A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	21
4 O QUE SE ESPERA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL?	25
5 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	29
6 JUSTIFICATIVA	32
7 OBJETIVOS	33
7.1 Objetivo Geral	33
7.2 Objetivos específicos	33
8 METODOLOGIA	34
8.1 Desenho do estudo	34
8.2 Local de estudo	34
8.3 População de estudo	35
8.4 Período de estudo	37
8.5 Coleta de dados	37
<i>8.5.1 Aplicação dos questionários</i>	37
<i>8.5.2 Indicadores de saúde bucal</i>	38
8.6 Análise dos dados	39
<i>8.6.1 Avaliação do questionário</i>	40
<i>8.6.2 Avaliação dos indicadores</i>	41
8.7 Aspectos éticos	42
8.8 Recursos Humanos	42
9 RESULTADOS	43

9.1 Análise dos indicadores de saúde bucal	43
9.2 Análise das equipes de saúde bucal	47
<i>9.2.1 Sobre a estrutura das ESB: recursos humanos, equipamentos, materiais e insumos</i>	47
<i>9.2.2 Sobre as ações de promoção e prevenção em saúde</i>	50
<i>9.2.3 Sobre a articulação entre as ESB e a comunidade</i>	52
<i>9.2.4 Sobre a organização do processo de trabalho</i>	54
<i>9.2.5 Sobre os procedimentos clínicos</i>	57
<i>9.2.6 Sobre a referência e a contrarreferência dos pacientes</i>	58
10 DISCUSSÃO	59
10.1 Ações curativas e mutiladoras	59
<i>10.1.1 Os procedimentos mutiladores</i>	59
<i>10.1.2 Os procedimentos clínicos</i>	60
<i>10.1.3 A referência e contrarreferência</i>	62
10.2 Ações de promoção e prevenção	63
<i>10.2.1 A prevenção da cárie dentária</i>	63
<i>10.2.2 A importância da promoção à saúde</i>	64
10.3 Redefinição das práticas sanitárias	67
<i>10.3.1 Enfoque de risco</i>	67
<i>10.3.2 Articulação da ESB com a ESF e a comunidade</i>	69
<i>10.3.3 Monitoramento e avaliação das ações</i>	71
10.4 Outras questões importantes ...	72
10.5 Síntese dos modelos de atenção à saúde bucal em Pernambuco	74
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A - Questionário aplicado às equipes de saúde bucal – ESB	
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CPqAM/FIOCRUZ	

1 INTRODUÇÃO

Até a década de 80, e mesmo com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Brasil conviveu com duas formas de modelos assistenciais que produziam pouco impacto na saúde da população. O modelo sanitarista, de caráter temporário, era representado pelas campanhas de Saúde Pública e programas de controle de endemias e epidemias, enquanto o modelo médico-assistencial privatista era centrado no indivíduo doente e em práticas especializadas (PAIM, 2003).

No caso da Odontologia, o modelo hegemônico, correspondente ao modelo médico-assistencial privatista, limitava-se à realização de restaurações e extrações dentárias seriadas (SULIANO; BARBOSA, 2004). As ações coletivas apresentavam características de campanha, assim como o modelo sanitarista, sendo descontínuas e esporádicas, resumindo-se à fluoretação das águas ou a realização de bochechos fluorados semanais (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

O reflexo desse tipo de organização do modelo veio no início da década de 90, quando os índices de cárie e doença periodontal colocaram o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal do mundo. A preocupação aumentou quando, em 1998, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou, dentre outros dados, que 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população) nunca havia se consultado com um dentista (IBGE, 1998). Esses resultados influenciaram fortemente a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF).

A inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica e representou, segundo Zanetti (2000), a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Objetivou-se com isso uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, que inviabilizavam a efetivação do acesso, para um modelo de vigilância à saúde que enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Com isso, o Ministério da Saúde pretende que a saúde bucal, na Estratégia de Saúde da Família, expresse os princípios e as diretrizes do SUS e amplie o acesso da população às

suas ações de saúde, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo PSF. Tal acesso, segundo Giovanella et al. (2003) “deve constituir a principal porta de entrada no sistema de saúde, com devida integração a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contrarreferência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes”.

Para que essas mudanças possam realmente substituir as práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde, o Ministério da Saúde passou a definir as características que espera ver consolidadas com a implantação da ESB na Estratégia de Saúde da Família, dentre elas: adscrição da população; integralidade da assistência; articulação da referência e contrarreferência aos serviços de maior complexidade; definição da família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; além do acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (BRASIL, 2006c).

Apesar do grande esforço para efetivação dessa nova forma de cuidado, as equipes de saúde bucal ainda encontram dificuldades para a realização das práticas pertinentes à estratégia, como visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência (BALDANI et al., 2005). Além disso, muitas vezes, os princípios do PSF são perdidos pela grande demanda reprimida e problemas administrativos (ANDRADE; FERREIRA, 2006), fazendo com que a prática profissional continue amarrada a uma demanda crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade (BARROS; CHAVES, 2003), reproduzindo o mesmo modelo curativista, o qual se esperava superar com a implantação dessa estratégia.

Uma das propostas para o enfrentamento desses problemas encontra-se nos estudos de avaliação, embora seja uma área que ainda necessita de avanços, pois já se realizaram muitas ações no sentido de controlar, mas muito pouco se avançou no sentido de avaliar os serviços prestados ao SUS (BRASIL, 2006b). Assim, “a avaliação das ações desenvolvidas e dos serviços oferecidos à população na Estratégia de Saúde da Família pode marcar o início do redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Bucal” (MARTELLI et al., 2008).

Com base no que foi exposto, será realizada uma revisão teórica que fundamente uma discussão sobre os modelos de atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco, sendo abordados aspectos relevantes como os modelos de atenção à saúde vigentes, a criação da

Estratégia de Saúde da Família, como reorientação das práticas em saúde, a inserção da Saúde Bucal nessa estratégia e suas competências, além da importância dos estudos de avaliação na área de saúde.

2 O PAPEL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Em saúde, não se pode pensar ou definir a expressão *modelo* como um padrão, conforme preconiza a língua portuguesa: “estabelecimento que, pela excelência do seu trabalho ou serviços, serve de padrão a outros” (HOUAISS, 2001). Segundo Paim (2001), também não pode ser considerado uma forma de organizar ou administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção ou modelo assistencial “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde” (PAIM, 2001).

Ao longo dos anos, o Brasil presenciou uma diversidade de modelos assistenciais, principalmente após a implantação do Sistema Único de Saúde, buscando ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar sua qualidade de vida. Atualmente, “a procura por um modelo que se ajuste à realidade local desponta como uma preocupação constante da população e de seus dirigentes” (CARVALHO et al., 2004).

Um dos primeiros modelos presentes na história do Brasil denominava-se *modelo “campanhista” ou “sanitarista”*, o qual surgiu no início do século XX, enfrentando os problemas de saúde da população mediante campanhas – a exemplo das campanhas de vacinação comandadas por Oswaldo Cruz para combater a febre amarela e a varíola - e combate às epidemias. Posteriormente, foram incluídos, nesse modelo, os *programas especiais* como os de controle da tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, dentre outros (PAIM, 2003).

Com a expansão da previdência social, na década de 60, surge um outro modelo, com características distintas do anterior, a partir do momento em que o Estado passou a contratar os serviços médicos privados para dar conta da grande demanda por atendimento dos contribuintes, fortalecendo cada vez mais a medicina liberal. Esse modelo corresponde ao *modelo médico-assistencial privatista*, o qual se consolidou com a capitalização da medicina nas últimas décadas.

Para alguns autores (PAIM, 2003; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998), o sistema de saúde brasileiro convive de forma antagônica ou complementar com essas duas formas de modelos assistenciais, embora ambas mostrem-se incapazes de impactar de forma positiva na saúde da população, por apresentarem problemas para se estabelecerem como modelos de referência.

O modelo médico-assistencial privatista, por ser predominantemente curativo, reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes, tendendo, assim, a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade. “Esse modelo apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações” (PAIM, 2001).

Já o modelo sanitarista, voltado para o atendimento de necessidades, concentra sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária. O modelo campanhista configura um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços (PAIM, 2003). O mesmo tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, efetividade e equidade (PAIM, 2001).

A fim de mudar esse quadro de ineficácia do sistema de saúde, foram identificados diversos problemas no âmbito da organização da atenção, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Dentre eles, destacou-se a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória e ausência de integralidade das ações (PAIM, 2003). A partir de então, diversas iniciativas têm sido empreendidas em universidades e algumas instituições de saúde no sentido de superar tais problemas e construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira.

A preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde se expressou na utilização do termo vigilância à saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

O novo modelo que se deseja construir com o SUS se baseia em preceitos como a oferta organizada de serviços e a vigilância à saúde com uso de: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos;

articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial e a territorialização (PAIM, 2003).

Adotar a Vigilância da Saúde, visando à transformação do modelo de atenção à saúde no nível municipal, implica, em primeiro lugar, avançar no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades de saúde localizadas no território dos municípios. Em segundo lugar, implica investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Porém, algumas concepções acerca da Vigilância da Saúde desestruturaram esta alternativa de modelo, desvinculando seus conceitos em algumas vertentes (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998) sintetizadas a seguir:

a) *Vigilância da Saúde equivalendo a Análise de Situações de Saúde*. Ainda que ampliando e redefinindo o objeto de análise - situações de saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida, esta acepção restringe o alcance da proposta ao monitoramento da situação de saúde, não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas.

b) *Vigilância da Saúde como proposta de integração institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária*.

c) *Vigilância da Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias*, havendo duas concepções, que, embora não sejam divergentes, enfatizam aspectos distintos: uma, que privilegia a dimensão técnica, ao conceber a vigilância à saúde enquanto um modelo assistencial alternativo conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas; outra que privilegia a dimensão gerencial da noção de vigilância à saúde, caracterizando-a como uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado (...) através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença.

Apesar das propostas desenvolvidas, não se conseguiu o impacto desejado na saúde da população para que se pudesse falar em um “novo modelo”. No âmbito da organização da atenção primária, várias experiências foram feitas, tais como: oferta organizada, ações programáticas de saúde, assistência médica articulada aos programas, no sentido de atender os princípios da integralidade das ações, da equidade, do impacto nas condições de saúde da população e da redução da chamada “demanda reprimida” (PAIM, 1995; SCHRAIBER, 1990, 1996).

Uma das estratégias criadas para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde foi o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa propõe-se ser um aprimoramento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991. Originou-se em 1994,

quando foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde, que propunha a reversão do modelo assistencial vigente, marcado pelos serviços hospitalares baseados em ações curativas (RONCALLI, 2003). Pretendia-se, assim, que a implantação dessa nova forma de atuar pudesse reorientar o modelo hegemônico, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

Apesar de ter surgido como um Programa do Ministério da Saúde, o PSF afirma fugir à concepção usual de “programa”, caracterizado por sua estrutura vertical e paralela às atividades dos serviços. Propõe atuar junto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e com a rede de serviços de saúde, na atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas baseadas em princípios como o da territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais de maior risco de adoecer e morrer.

As bases dessa estratégia destacam que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2006c). Além disso, buscava-se a construção de novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

A abordagem multiprofissional, o uso da epidemiologia, o diagnóstico da saúde da comunidade, o planejamento, a avaliação das ações, a programação local, a adscrição da população, a integração com outros níveis de atenção formando uma rede hierarquizada, com mecanismos de referência e contrarreferência são algumas das questões apresentadas como norteadoras para a instalação de equipes nos diversos municípios do país (BRASIL, 2006c).

Apesar da implantação da Estratégia de Saúde da Família, como eixo norteador da Atenção Primária à Saúde no Brasil, ter-se baseado em princípios e diretrizes estabelecidos nacionalmente, está na dependência de processos políticos, institucionais, técnicos e organizativos, próprios de cada município, gerando grandes diversidades no seu funcionamento, na concepção efetivamente praticada e no impacto na saúde da população. Em situações complexas, a operacionalização de um Programa (e de sua teoria) nem sempre consegue espelhar os objetivos traçados. São muitos os fatores intervenientes e as variáveis não controladas no processo de implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A delimitação do problema passa, assim, pela forma como se deu o processo de implantação da estratégia de saúde da família nos municípios e as dificuldades destes em operacionalizar o modelo proposto pelo Ministério da Saúde. Fatores que vão desde a formação dos profissionais até o clientelismo político podem transformar a proposta em mais uma forma de expansão de cobertura, em bons “ambulatórios de bairro”, que dão conta da demanda em atenção básica daquela população, mas pouco tem contribuído, na prática, para a reorientação do modelo. Assim, é possível identificar não apenas uma forma de funcionamento da atenção primária à saúde ancorada na Saúde da Família, mas várias, referenciadas em diferentes modelos de atenção já analisados na literatura (ALBUQUERQUE, 2007).

Dessa forma, a equipe de saúde da família precisaria incorporar nova forma de atuação clínica, baseada no cuidado, garantindo acolhimento e humanização do atendimento, além de incorporar novas práticas, baseadas num processo educativo. A responsabilidade sanitária sobre a população adscrita e o território, o acompanhamento do paciente a serviços de referência, o trabalho com mapa de risco, com o prontuário familiar, com o controle social e participação popular para a construção da cidadania em saúde também são elementos-chave que vão categorizar modelos de funcionamento da atenção primária (ALBUQUERQUE, 2007).

Apesar das alternativas propostas para enfrentar a crise dos modelos assistenciais, acredita-se que o modelo que permanece enraizado hoje nos nossos serviços e, até mesmo nas Equipes de Saúde da Família, é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. A profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual de o médico trabalhar é marcada, dentre outras coisas, pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários; pelo isolamento que produziu na sua relação com os outros trabalhadores de saúde; pelo desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais; e pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos (MERHY, 1998).

Segundo Merhy (1998), o modelo assistencial de novo tipo deve estar centrado no usuário, produzindo uma relação de confiabilidade e de responsabilização do trabalhador com o usuário, em busca de uma maior resolutividade das intervenções, promovendo coletivamente um controle dos riscos de adoecer e garantindo um acesso universal aos

distintos níveis do sistema. Só serão evidenciadas mudanças significativas quando houver o comprometimento dos profissionais com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar, pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários.

É pelo exposto que se faz necessário sempre pensar e avaliar as formas de representação dos modelos reproduzidos nos serviços de saúde de diversos municípios, até mesmo na Estratégia de Saúde da Família, a qual veio para reorganizar a atenção à saúde da população, mas que em muitos casos encontra-se reproduzindo um modelo ineficaz.

3 A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde no Brasil, praticada até a década de 1980, foi caracterizada por um modelo de prestação de serviços sem resultados satisfatórios, distante da visão integral das pessoas, enfatizando a doença, o atendimento em hospitais e as especializações.

A participação da saúde bucal nas atividades do PSF tem sido proposta desde sua criação e foi iniciada pioneiramente, no município de Curitiba-PR. A partir daí, vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal nos PSF, tendo em vista que não era prevista nas diretrizes do programa a participação da odontologia (RONCALLI et al.,1999).

Entretanto, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família foi fortemente influenciada pelos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998. Dentre outros dados importantes, essa pesquisa revelou que, até aquele ano, 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população) nunca se havia consultado com um dentista (IBGE, 2000).

Além disso, outros estudos mostravam como se encontravam as condições de saúde bucal da população brasileira. O primeiro levantamento de abrangência nacional foi realizado em 1986 e apresentou como resultado um alto índice CPO-D (Dentes cariados, perdidos e obturados) em todas as faixas etárias, com destaque para o grupo de 12 anos, o qual apresentou o 3º pior índice do mundo (6,65), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Outros dados desse levantamento evidenciaram que um terço da população entre 50 e 59 anos não tinha nenhum dente na boca, sendo portadoras de prótese total dupla e, na população de 15 a 19 anos, mais de 90% apresentava doença periodontal (RONCALLI, 2006a).

Em 1996, a segunda experiência nacional mostrou uma redução de 54% no índice CPO-D aos 12 anos, passando de 6,65 para 3,05. Entretanto, de acordo com os critérios da OMS relativos à gravidade da doença cárie, 11 capitais e o Distrito Federal puderam ser classificados como de baixa prevalência; 11 capitais como detentoras de prevalência moderada e 4 com alta prevalência (RONCALLI, 2006a).

Diante dessa situação, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi regulamentada na Estratégia de Saúde da Família em 28 de dezembro de 2000 por meio da Portaria nº 1.444 (BRASIL,

2000), que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. A inserção da odontologia poderia ocorrer sob duas modalidades com variações dos incentivos financeiros: a modalidade I, composta por um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de

consultório dentário (ACD)¹, e a modalidade II, por um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD)¹. As normas e as diretrizes para esse fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS Nº 267 de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001). Com essa Portaria, a ESF contou com a participação oficial de uma ESB para cada duas ESF. A partir da Portaria Nº. 673 de 30 de junho de 2003 (BRASIL, 2003), o MS passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação à ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Essas medidas representaram um grande avanço para a expansão da saúde bucal na atenção básica.

A partir daí, o número de equipes de saúde bucal vem crescendo até os dias atuais. De dezembro de 2002 até dezembro de 2005, observou-se um aumento considerável no número de Equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família implantadas em todo o Brasil (8.342), representando um aumento de mais de 195% nesse período (SILVA, 2006). Atualmente, o número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no país alcança 20.280 e em Pernambuco, 1.324 (BRASIL, 2010).

Apesar dos avanços evidenciados com o Sistema Único da Saúde, especificamente pela Estratégia de Saúde da Família, atualmente, no país, convivem de forma antagônica ou complementar o modelo de Atenção à Saúde e o modelo assistencial hospitalocêntrico: o primeiro, voltado à saúde pública, defende a articulação existente entre a demanda atendida, oferta de serviços e necessidade da população; o segundo está voltado para demanda espontânea. Há quem considere que “o modelo assistencial curativista ainda é o hegemônico, pois a maioria dos indivíduos só procura os serviços de saúde quando pensa que está doente, logo os serviços ficam restritos a manter uma dada oferta de atendimento” (PAIM, 2003).

No caso da Odontologia, sua prática tem raízes históricas pautadas no modelo flexneriano. Esses profissionais, alheios às Políticas de Saúde, supervalorizam a realização de procedimentos especializados em consultórios particulares e, no SUS, geralmente, limitam-se à realização de extrações dentárias seriadas (SULIANO; BARBOSA, 2004). “A prática odontológica atual ainda se baseia nesse modelo, embora demonstre ser ineficaz, na medida em que não responde, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população, e

¹ Com a Lei 11.889 de 24/12/2008, o ACD e o THD passaram a ser denominados ASB (Auxiliar em Saúde Bucal) e TSB (Técnico em Saúde Bucal).

ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento” (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003).

Botazzo (1994 apud PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004) observou que, até a década de 1970, a maioria das ações coletivas, no campo da saúde bucal, era descontínua e esporádica, sendo executada na *semana dos bons dentes* ou algo parecido. Essas ações apresentavam mais características de campanha do que de programa. Em instituições de saúde mais bem estruturadas, procurava-se adotar como base de um único método de prevenção, por exemplo: ou a fluoração das águas de abastecimento público ou a realização de bochechos fluorados semanais.

O resultado dessa conjunção de diferentes modelos é evidenciado no levantamento epidemiológico de 2003, denominado “SBBrasil 2003”, que, apesar de constatar o declínio da cárie dentária na população brasileira, relata que o ataque de cárie na dentição decídua se mantém ainda bastante alto e preocupante e os índices de doença periodontal não mostram grandes alterações em comparação aos dados dos anos anteriores (BRASIL, 2004b).

A Saúde Bucal no Brasil se depara, há algum tempo, com a incapacidade do modelo de oferta de serviços em incorporar tecnologias que preservem os dentes e procedimentos restauradores inseridos numa lógica de promoção de saúde. Analisando o modelo de oferta de serviços em função da demanda, pode-se observar que, do ponto de vista do setor público, ainda persistem em muitos municípios brasileiros, particularmente no Norte e Nordeste, sistemas de prestação de serviços odontológicos públicos pautados essencialmente na oferta de exodontias. Pode-se constatar que, no Nordeste, 16% dos municípios apresentam o indicador “percentual de exodontias em relação aos procedimentos básicos individuais” entre 30 e 50%, quando a média nacional é de 7% e, no Sul, é de apenas 2,6% (RONCALLI, 2006b).

A fim de combater essa forma hegemônica mutiladora de exercer a odontologia, o MS procurou definir as características que espera ver consolidadas com a implantação da ESB na Estratégia de Saúde da Família:

caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde; adscrição da população; integralidade da assistência prestada à população adscrita; articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde; definição da família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; além do acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (BRASIL, 2004a).

De acordo com Souza et al. (2001), “a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham na área odontológica”. Assim, caracteriza-se por intervenção inter e multidisciplinar e de responsabilidade integral sobre a população na área de abrangência da unidade de saúde.

Portanto, incluir saúde bucal no PSF não significa, exclusivamente, colocar um cirurgião-dentista na equipe mínima, constituída pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (CARVALHO et al., 2004).

4 O QUE SE ESPERA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL?

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2004a). Essas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e, para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente, destacando-se o cuidado como eixo de reorientação do modelo; a Humanização do processo de trabalho; a corresponsabilização dos serviços; o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso; desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.

Para concretizar a inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma Estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando seus princípios de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização (OLIVEIRA; SALIBA, 2005), o que permite ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, assim como melhorar a qualidade dos serviços oferecidos.

A Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c) estabelece como características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I - definição do território de atuação das UBS (Unidades Básicas de Saúde);
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Além de orientar as práticas das equipes de Saúde da Família, essa portaria também estabelece as ações das Equipes de Saúde Bucal, definindo as competências para esses profissionais, incluindo cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal. São de responsabilidade do CD:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
- II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.
- III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.
- IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.
- VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD.
- IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Unidade de Saúde da Família).

O TSB e o ASB também são peças fundamentais na equipe de saúde da família e podem atuar sob supervisão do cirurgião-dentista, por exemplo, na triagem inicial, nos grupos existentes na unidade, nos grupos de atividades educativo-preventivas e de manutenção de saúde bucal, e, também, na atenção individual, realizando profilaxia, terapêutica com flúor, higiene bucal supervisionada, entre outras aplicações (CARVALHO et al., 2004).

Uma característica das equipes de saúde da família deve-se ao fato de constituírem a principal porta de entrada do sistema de atenção, com devida integração a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (GIOVANELLA; ESCOREL;

MENDONÇA, 2003). Em alguns municípios brasileiros, a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se “a porta de entrada” do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Entretanto, para a organização da demanda acumulada nos serviços, recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado, utilizando-se um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações. A rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como das dinâmicas familiar e social, que se constituem subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação (BRASIL, 2006a).

Também é fundamental o reconhecimento dos espaços sociais, como escolas, creches, asilos, associações, para a sensibilização desses atores, de modo que ajam como facilitadores do trabalho junto à população adscrita e, sobretudo, como locais para o desenvolvimento das ações educativo-preventivas coletivas (CARVALHO et al., 2004).

Segundo Mendes (1999 apud CARVALHO et al., 2004), a equipe de saúde bucal deve ter a responsabilidade de criar e manter o vínculo entre comunidade e profissionais. Esse vínculo é um dos grandes diferenciais do PSF, pois permite a dimensão decisiva dessa estratégia, que é o cuidado. “Cuidar é mais que vigiar, portanto é, também, ampliar o conceito de vigilância à saúde bucal, que, para tanto, deve estar embasado em três pilares: território, problemas de saúde e a intersetorialidade”.

Para Silveira Filho (2002), o planejamento das ações também representa um diferencial nessa estratégia: “há a necessidade de organizarmos nossa Atenção em Saúde Bucal, através de ferramentas do planejamento estratégico que, utilizando-se de critérios para priorização, permitam realizar a gestão da clínica”.

Além disso, é de grande importância que as ações coletivas de promoção e prevenção atinjam o maior número de pessoas e as práticas assistenciais sejam oferecidas em quantidade suficiente para cobrir a população adscrita pelas equipes, pois, assim, estará garantida a integralidade da assistência, entendida como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Para a organização desse novo modelo, também é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contrarreferência), onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, essa linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004a).

A importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 90 e, principalmente, neste início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

5 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Quando se trata de avaliação, muitas são as dificuldades em abordar esse tema, a começar pela sua definição. As definições de avaliação são numerosas e pode-se dizer que cada avaliador constrói a sua (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Há uma grande diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes (SILVA; FORMIGLI, 1994). Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto – avaliação em saúde –, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.

Um dos conceitos mais utilizados, devido ao seu caráter simples e abrangente, refere-se à avaliação da seguinte forma: “A avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Ao avaliar, identifica-se uma situação específica reconhecida como problema e utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente a esse processo (TANAKA, 2004).

A temática da avaliação ganha cada vez mais relevância no cenário da saúde, pela identificação de necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por verificar as dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias (SILVA; FORMIGLI, 1994). Além disso, a avaliação permite a verificação da execução e a qualidade das ações desenvolvidas. Assim, essa nova área passa também a fazer parte do planejamento das ações programáticas e dos serviços, permitindo dessa forma, a reorientação dos seus planos de ação (FIGUEIRÓ et al., 2004).

Apesar de os serviços de saúde gerarem uma grande quantidade de informações, periodicamente, as mesmas não são utilizadas para analisar a situação de saúde, definir prioridades, nem sequer para a reorientação de práticas. Seu uso rotineiro ajudaria os gestores e profissionais de saúde a planejar, definir estratégias de intervenção e a aferir se os objetivos e os resultados esperados foram alcançados, além de estimular o interesse dos cidadãos em atribuir valor aos serviços públicos e contribuir com o gerenciamento dos resultados, na

perspectiva de uma maior eficiência nos gastos (FELISBERTO, 2006; SILVA; FORMIGLI, 1994; TANAKA, 2004).

Outro aspecto que gera contradição refere-se ao mito de que a avaliação é uma atividade realizada por especialistas. Para Tanaka (2004), “a avaliação pode ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução das ações ou programas”, devendo funcionar como um auxiliar fundamental para a melhoria das suas atividades. Todos os envolvidos nas práticas e ações de saúde podem e devem participar de todo e qualquer processo de avaliação. É preciso considerar dois aspectos importantes ao se realizar uma avaliação: os atores que transformam seus resultados em ações e o que se pretende investigar, pois “se não está claramente definido quem tem poder para tomar decisão e sobre o que se pode decidir, não se tem uma avaliação propriamente dita e, sim, um diagnóstico de situação” (TANAKA, 2004).

Por reunir um conjunto amplo de atividades, as práticas de saúde podem constituir-se objeto de avaliação em diversas dimensões, desde o cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas e serviços ou sistemas (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A abordagem metodológica utilizada nos estudos de avaliação também é diversificada. Uma metodologia bastante e, talvez, a mais utilizada na área da saúde é proposta por Donabedian (1988). Preocupado em avaliar a qualidade do cuidado médico, esse autor sistematizou diversas propostas de abordagens na tríade: estrutura-processo-resultados. A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas e os resultados são o produto das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população. No entanto, o seu referencial teórico também tem sido usado por outros profissionais, modalidades de atenção à saúde e tipos de avaliação, com a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas diversas (NOVAES, 2000).

Sobre o componente *estrutura*, pode-se dizer que esse procura saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Já para o componente *processo*, é interessante saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Um outro componente da avaliação normativa corresponde à apreciação dos *resultados*, que consiste em avaliar se os resultados observados correspondem aos esperados, comparando os índices obtidos com critérios e com normas de resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A forma como esse julgamento será aplicado resultará em uma avaliação normativa, baseada em critérios e normas, ou uma pesquisa avaliativa, discutida mais adiante, a qual elabora o julgamento a partir de um procedimento científico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Ambas as formas de avaliação terão grande relevância para o desenvolvimento do presente trabalho.

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Segundo Rossi e Freeman (1985) apud Contandriopoulos et al. (1997), “todas as avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção”. Os critérios e normas nos quais se apoiam as avaliações normativas podem advir dos resultados de uma pesquisa avaliativa ou fundamentados no julgamento de pessoas bem informadas ou de *experts* na área.

6 JUSTIFICATIVA

Considerando a importância da Saúde Bucal na Atenção Básica em promover melhores condições de saúde à sua população, ampliar o acesso aos serviços de saúde, prevenir as doenças mais prevalentes e reabilitar os casos comprometidos, pode-se constatar a grande contribuição que foi a sua incorporação na Estratégia de Saúde da Família.

Apesar disso, muitas equipes de saúde bucal ainda não exercem uma atenção adequada, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidas, por razões que envolvem, não somente a falta de recursos ou a qualificação profissional, mas também o envolvimento dos profissionais com a estratégia, refletida nas poucas visitas domiciliares, descompromisso com as ações de prevenção e promoção, falta de integração com os demais membros da ESF, dentre outras barreiras. A constatação do cumprimento (ou não) dessas práticas constitui uma relevante contribuição às coordenações de saúde bucal municipais e estadual, para que possam identificar e intervir nas principais dificuldades encontradas.

Este estudo visa a contribuir para a elaboração de políticas de atenção à saúde bucal, sejam referentes às necessidades de melhorar a organização do processo de trabalho ou a lógica do modelo de atenção nos quais estão inseridos. Esse tipo de avaliação oferecerá subsídios para identificar os modelos de atenção à saúde bucal adotados no estado de Pernambuco, além de verificar a importância das equipes de Saúde Bucal na reorientação do modelo assistencial vigente.

A avaliação é uma importante ferramenta para o planejamento e tomada de decisão por parte dos gestores e profissionais de saúde. Entretanto, é uma área que necessita de avanços, principalmente na Odontologia, onde há uma preocupação maior no sentido de controlar as ações, mas muito pouco se avançou no sentido de avaliar os serviços prestados ao SUS.

Com isso, é possível levantar o seguinte questionamento a respeito desse tema:

Com base na estrutura oferecida às ESB, no processo de trabalho desenvolvido por elas e na evolução dos indicadores de saúde bucal, qual o modelo de atenção à saúde bucal implantado no estado de Pernambuco?

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo geral

Avaliar o modelo de atenção à saúde bucal implantado no estado de Pernambuco, a partir da análise da estrutura e do funcionamento das equipes e dos seus indicadores.

7.2 Objetivos específicos

- a) Analisar a estrutura e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal de Pernambuco, por porte populacional, enfocando o cumprimento de requisitos básicos para o atendimento à população e as formas de atuação junto à comunidade;
- b) Analisar os indicadores de saúde bucal dos municípios do estado de Pernambuco, segundo as variáveis: porte populacional, proporção da população cadastrada no SIAB e relação entre ESF x ESB.

8 METODOLOGIA

8.1 Desenho de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa caracterizada como estudo de corte transversal do tipo amostral, representativo para o estado de Pernambuco. A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira, corresponde a uma análise dos indicadores de saúde bucal; a segunda etapa refere-se a uma avaliação do tipo normativa dos componentes, estrutura e processo que, segundo Contandriopoulos et al. (1997), utiliza critérios, normas ou padrões como referência para verificar a correspondência com a realização de programas ou serviços na prática. Com isso, pretende-se identificar os modelos de atenção à saúde bucal implantados no estado de Pernambuco.

8.2 Local do estudo

O estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios, que, segundo estimativas intercensitárias do IBGE para 2008, tem uma população de 8.734.194 habitantes, dos quais 89,13% são cobertos pela estratégia de saúde da família ou pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais apresentaram uma rápida expansão nos últimos 10 anos, atingindo todos os municípios do estado e o distrito de Fernando de Noronha. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, o estado de Pernambuco possuía, em agosto de 2008, 1815 equipes de saúde da família e 1181 equipes de saúde bucal (BRASIL, 2010).

Dos 185 municípios, apenas 10 possuem mais de 100 mil habitantes e tem tido acesso a recursos próprios na estruturação da estratégia de saúde da família, através do PROESF, podendo desenvolver mecanismos de capacitação dos profissionais de forma autônoma, de melhoria das condições de trabalho das unidades, compra de equipamentos, etc. Os demais municípios contam apenas com os recursos repassados para o fundo municipal de saúde, a título do Piso da Atenção Básica ou dos incentivos para equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal.

8.3 População de estudo

Inicialmente, para a pesquisa “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios”, da qual esse trabalho faz parte, já haviam sido previamente selecionado 16 municípios de pequeno porte, 16 municípios de médio porte e 10 municípios de grande porte. Esse estudo considerou município de pequeno porte aquele com menos de 20 mil habitantes; médio porte o município que possuir entre 20 mil e 100 mil habitantes; e o município com mais de 100 mil habitantes foi considerado de grande porte.

Optou-se então por uma amostra aleatória estratificada, significativa para todo o estado de Pernambuco, calculada a partir de um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e uma prevalência de 91%, com base em um estudo realizado por Baldani et al. (2005), os quais encontraram que 91% das ESB realizam o planejamento das ações. Dada a existência de 1181 (em agosto de 2008) equipes de saúde bucal no estado, a amostra foi calculada em 114 equipes, através do programa Epi Info versão 6.04.

A distribuição dos questionários a serem aplicados nos municípios foi baseada na proporção de ESB existentes em Pernambuco, distribuída por porte populacional. Assim, deveriam ser realizados 34 questionários nos municípios de grande porte, 57 nos municípios de médio e 30 naqueles de pequeno porte (**tabela 1**). Entretanto, ao final da coleta dos dados, observou-se uma diferença entre os percentuais de questionários que deveriam ser aplicados e aqueles realmente aplicados. Tal diferença está ligada à vinculação da aplicação dos questionários das ESB aos questionários do projeto principal da ESF: em muitas unidades de Saúde da Família visitadas, não havia ESB; ou, em alguns municípios, existia um número superior de ESB àquele previamente calculado. Com isso, a fim de corrigir esse percentual, foi calculado um fator de ponderação, dividindo-se, para cada porte populacional, a proporção de questionários calculados pela proporção de questionários aplicados. Esse fator é de grande importância na apresentação dos resultados, pois cada item analisado do questionário foi ponderado por porte e o seu resultado expresso com a devida correção.

Tabela 1. Distribuição das Equipes de Saúde Bucal em Pernambuco (ago/2008), questionários aplicados e fator de correção.

Porte populacional dos municípios	ESB em PE		Questionários aplicados		Fator de ponderação
	N	%	N	%	
Grande	335	28,37	57	47,11	0,602
Médio	554	46,91	37	30,58	1,534
Pequeno	292	24,72	27	22,31	1,108
Total	1181	100	121	100	

Fonte:

Na figura abaixo (**quadro 1**), estão relacionados os municípios participantes da amostra, assim como o quantitativo de questionários aplicados em cada um.

Municípios de Grande porte		Municípios de Médio porte		Municípios de Pequeno porte	
Recife	25	Abreu e Lima	6	Sairé	0
Jaboatão	9	São Lourenço da Mata	3	Ilha de Itamaracá	2
Olinda	5	Barreiros	4	Ferreiros	0
Paulista	3	Carpina	0	Lagoa do Carro	5
Caruaru	5	Catende	0	Maraial	0
Petrolina	0	Condado	6	Primavera	2
Cabo de St Agostinho	4	Gameleira	0	Casinhas	6
Camaragibe	2	Nazaré da Mata	1	Correntes	3
Garanhuns	1	Palmares	0	Jurema	1
Vitória de St Antão	3	Vicência	3	Poção	1
		Águas Belas	0	Terezinha	1
		Altinho	0	Calumbí	0
		Bezerros	7	Carnaíba	0
		Feira Nova	1	Inajá	0
		Orobó	5	Moreilândia	1
		São Vicente Ferrer	1	Parnamirim	5
Subtotal	57	Subtotal	37	Subtotal	27

Quadro 1. Relação dos questionários aplicados em Pernambuco por porte populacional e por municípios.

8.4 Período do Estudo

Os dados secundários, referentes aos indicadores de saúde bucal, correspondem ao ano de 2008. Os dados primários foram coletados entre julho de 2009 e março de 2010.

8.5 Coleta dos dados

8.5.1 Aplicação dos questionários

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário estruturado (**apêndice I**) às equipes de saúde bucal participantes da amostra. O questionário foi aplicado pelos integrantes da pesquisa que passaram por treinamento antes da coleta dos dados, a fim de reduzir um possível viés do entrevistador.

O questionário foi composto de duas partes: a primeira referente ao componente estrutura e a segunda ao componente processo. A análise do componente estrutura envolveu a qualificação dos recursos humanos e a existência de equipamentos, materiais e insumos, quanto às normas preconizadas. Já no componente processo, foram analisados elementos como o desenvolvimento de ações de educação e promoção à saúde, ações coletivas, prevenção. Além disso, foi analisada a integração da equipe, o uso do levantamento epidemiológico para o planejamento e avaliação das ações, a forma de atendimento a grupos prioritários, a realização de procedimentos cirúrgico-restauradores e os serviços de referência e contrarreferência.

Durante a visita dos pesquisadores aos municípios, foi feito contato com os seus respectivos Coordenadores de Saúde Bucal, com o objetivo de informá-los sobre a pesquisa que seria realizada e facilitarem o contato dos entrevistadores com as ESB.

Foi selecionado um informante-chave (CD, ASB ou TSB) de cada ESB para responder ao questionário, devido, em muitos casos, à dificuldade de paralisar o turno de atendimento da equipe. Entretanto, foi necessário que esse informante apresentasse alguns critérios como ser integrante da ESB há pelo menos um ano e conhecer as atividades desenvolvidas pela equipe, garantindo, assim, uma melhor qualidade das informações.

Foi aplicado um questionário piloto, inicialmente com uma Equipe de Saúde Bucal selecionada intencionalmente, pela facilidade de contato e disponibilidade das equipes em respondê-lhe. O teste piloto é de grande importância na detecção de inconsistências e ajustes no instrumento de coleta (questionário). A adaptação, a correção e a identificação de alguns aspectos relativos à estrutura oferecida às equipes e o desempenho de suas atividades favoreceu uma avaliação mais fidedigna e completa do modelo de atenção desenvolvido pelas equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Ao longo de 6 meses (julho a dezembro de 2009), foram visitados 22 municípios, perfazendo um total de 89 equipes de saúde bucal entrevistadas in loco. Sem recursos financeiros, o que impossibilitou a viagem para novos municípios, modificou-se a metodologia de coleta dos dados, passando a ser realizada via contato telefônico com os coordenadores de saúde bucal dos municípios, os quais passaram os telefones das ESB para o contato direto com elas. Houve uma maior dificuldade para entrar em contato com alguns municípios e, quando foi possível, muitas equipes não tinham disponibilidade para responder ao questionário. De fevereiro a março de 2010, foi realizada a aplicação de 32 questionários em 7 municípios do estado de Pernambuco, através de contato telefônico. É importante ressaltar que, após a realização dessas entrevistas, foi enviado ao município um envelope lacrado com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, para a assinatura dos profissionais que participaram, além de um envelope selado para o retorno desses termos sem custo para o município.

8.5.2 Indicadores de saúde bucal

Os dados referentes aos indicadores de saúde bucal foram obtidos pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), banco de dados do Ministério da Saúde – DATASUS –, no site <http://www.datasus.gov.br>. Segundo Barros e Chaves (2003), a consulta ao SIA-SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios.

Foi escolhida a “quantidade apresentada”, pois esse modo de registro contém todos os procedimentos informados ao sistema (BARROS; CHAVES, 2003, FERNANDES; PERES, 2005).

Além dos dados do SIA/SUS, também foram necessários para a avaliação dos indicadores, dados sobre a população presente nos municípios no ano de 2008, obtidos através do site do DATASUS, embora sejam projeções intercensitárias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os indicadores de Saúde Bucal (BRASIL, 2006d) contidos no Pacto da Atenção Básica que fizeram parte do estudo foram:

- a) cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- b) cobertura da ação coletiva “escovação dental supervisionada”;
- c) média de procedimentos odontológicos básicos individuais;
- d) proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

Segundo Padilha et al. (2005), é fundamental o uso de indicadores, pois permitem uma avaliação do desempenho das equipes e da evolução da situação da saúde bucal como um todo.

Para o cálculo da proporção da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família, utilizou-se como referência o Instrutivo dos Indicadores para Pactuação Unificada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). No numerador, foram utilizados os dados do SIAB/MS/DATASUS referentes ao número de pessoas acompanhadas pelos equipes de saúde bucal de cada município, em dezembro de 2008, e no denominador, a população estimada pelo IBGE (2008) para o mesmo ano, multiplicando-se o resultado por 100.

Para estabelecer a relação das ESF e ESB existentes nos municípios, dividiu-se o número de ESF pelo número de ESB de cada município em dezembro de 2008.

8.6 Análise dos dados

Para realização dessa etapa, organizaram-se duas bases de dados no programa Epi Info, versão 6.04. A primeira foi elaborada com informações de cada município, composta pelos quatro indicadores utilizados no estudo, além das variáveis por porte populacional,

proporção da população cadastrada no SIAB e relação entre ESF x ESB. A segunda base de dados foi elaborada após a digitação dos questionários, onde se obtiveram informações de cada equipe de saúde bucal, a respeito da estrutura disponível e do processo de trabalho em saúde de cada uma. Segue abaixo o **quadro 2** com as variáveis utilizadas no estudo.

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
Porte populacional	Indicadores de saúde bucal
Proporção da população cadastrada no SIAB	Componente estrutura das ESB
Relação entre ESF x ESB	Componente processo das ESB

Quadro 2. Relação das variáveis utilizadas no estudo.

A decisão de análise dos indicadores e equipes de saúde bucal, segundo porte populacional, foi baseada na proposição de que os municípios de grande porte, com maior poder econômico e maior estrutura de serviços disponível para o desenvolvimento das ações de saúde, teriam um melhor desempenho dos seus indicadores, quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte. Decidiu-se também verificar se o desempenho dos indicadores de saúde bucal difere entre os estratos de população cadastrada ou segundo a relação entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família, sendo que, para essas variáveis, incidem outras características mais relacionadas com a organização dos serviços de saúde nos municípios.

8.6.1 Avaliação do questionário

Após a digitação dos dados no banco especificado, foi possível analisar o contingente das diversas práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, sejam as atividades de promoção e prevenção, os tipos de procedimentos assistenciais, mecanismos de referência e contra-referência, integração com a ESF, organização do atendimento, atividades de planejamento e avaliação, participação comunitária, dentre outros. Tais resultados foram expressos em proporções no formato de tabelas.

Vale ressaltar que, para cada item analisado, foi realizada a estratificação por porte populacional e, aos resultados referentes a Pernambuco, foi aplicado o fator de ponderação, referido anteriormente, o qual corrige a influência das proporções dos questionários calculados/aplicados entre os portes municipais nas respostas analisadas.

A análise dos questionários também permitiu verificar se existe diferença estatística significativa entre as ações realizadas pelas equipes de saúde bucal e o porte populacional dos municípios. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado para comparar as proporções entre esses três estratos, utilizando o programa Epi Info 6.04.

8.6.2 Análise dos indicadores

A fim de responder ao segundo objetivo específico desse trabalho, procurou-se verificar a relação entre os indicadores de saúde bucal e variáveis como porte populacional, proporção da população cadastrada no SIAB e relação ESF x ESB.

A variável porte populacional foi classificada, anteriormente, em municípios com mais de 100 mil habitantes (grande porte), com uma população de 20 mil a 100 mil habitantes (médio porte) e com menos de 20 mil habitantes (pequeno porte). Já a variável proporção da população cadastrada no SIAB foi dividida com base na sua distribuição por quartil em coberturas menores ou iguais a 44,30%; maiores que 44,30 e menores ou iguais a 65,80; maiores que 65,80 e menores ou iguais a 89,24; e maiores que 89,24 e menores ou iguais a 138,47. Por fim, a relação entre as ESF e ESB foi dividida nos estratos 1:1, até 2:1 e maior que 2:1.

Foi realizada a análise dos dados pelo programa Epi Info versão 3.5.1, utilizando-se o teste estatístico ANOVA e o teste Kruskal-Wallis, a fim de verificar diferenças entre as médias dos indicadores e as variáveis citadas.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas elaboradas através do programa Microsoft Excel.

8.7 Aspectos éticos

Este trabalho é parte integrante do Projeto de Pesquisa “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: Avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios”, financiado pelo CNPq, atendendo ao Edital MCT/CNPq Universal N°. 15/2007, na faixa B e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ (n° 129/2008) em 04 de dezembro de 2008.

Os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, tendo sua identidade preservada e convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se, assim, o sigilo da autoria das informações e respeitando-se os parâmetros bioéticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos.

Foram solicitadas Cartas de Anuência dos municípios envolvidos na pesquisa após o sorteio das equipes selecionadas para a amostra.

8.8 Recursos Humanos

A equipe foi composta por Fernando Castim Pimentel, aluno do curso de mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ - orientado pela Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque, pesquisadora dessa instituição.

Como o presente projeto é parte integrante da pesquisa sobre Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco, a mesma contou ainda com a participação de Naíde Teodósio Valois Santos, pesquisadora – CPqAM; Elisabeth Cavalcanti Jales e Fernando Castim Pimentel, alunos do curso de Mestrado em Saúde Pública - CPqAM; Paula Regina Luna de Araújo e Maria Izabel Gomes dos Santos, alunas do curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - CPqAM; Jaqueline França, aluna do curso de Especialização em Saúde Coletiva – CPqAM; Aluísia e Edilla, alunas do curso de Especialização em Fonoaudiologia para Saúde Pública – UPE; Jarbas de Goes Nunes e Raquel Moura Lins Acioli, alunos do mestrado em Saúde Coletiva – UFPE; e Antônio Pacheco e Ana Paula Melo, colaboradores - CPqAM.

9 RESULTADOS

Os resultados a seguir serão divididos em duas partes: primeiramente, serão apresentados os resultados dos indicadores de saúde bucal, estratificados por porte populacional, população cadastrada no SIAB e relação entre ESF e ESB; posteriormente, serão expostos os resultados da análise dos componentes estrutura e processo de trabalho das equipes de saúde bucal, por porte populacional.

9.1 Análise dos indicadores de saúde bucal

Com relação aos indicadores de saúde bucal no estado de Pernambuco em 2008, observou-se, na **tabela 2**, o valor mínimo de zero para todas as variáveis. Foram observados valores médios de 16,46% para o indicador de primeira consulta odontológica programática, 1,62% para escovação supervisionada, 21,29% para a proporção de exodontias e o total de procedimentos odontológicos individuais, 0,48 para a média de procedimentos odontológicos básicos individuais e 0,03% para visitas domiciliares realizadas pelas equipes.

Podem-se notar, inicialmente, os baixos valores dos indicadores de primeira consulta, escovação supervisionada e média de procedimentos básicos individuais, visto que o relatório de indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007) estabelece os valores de 30%, 5% e 2,5, respectivamente, como parâmetros, podendo cada município pactuar esses valores, de acordo com a sua realidade local.

No indicador de visitas domiciliares, o número de municípios (N) que não apresentaram nenhum registro para esse indicador no ano de 2008 é alto (167), optando-se, assim, pela não inclusão dele nas demais análises.

A **tabela 3** mostra a relação dos indicadores de saúde bucal com o porte populacional dos municípios. Nela, observa-se que o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática apresentou o valor de suas médias muito próximo entre os municípios de grande, médio e pequeno porte, não evidenciando assim uma diferença estatisticamente significativa entre eles. O mesmo acontece com a média de procedimentos básicos individuais.

Tabela 2. Descrição dos indicadores de Saúde Bucal no estado de Pernambuco – 2008.

	Primeira Consulta	Escovação Supervisionada	Proporção de Exodontias	Média de Procedimentos Básicos	Visitas domiciliares
N	185	185	185	185	185
N com valor = 0	1	37	4	1	167
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25%	4,38	0,02	12,14	0,19	0,00
50%	10,20	0,34	16,80	0,39	0,00
Média	16,46	1,62	21,29	0,48	0,03
Desvio padrão	28,66	4,29	15,08	0,39	0,14
75%	19,70	1,42	26,42	0,69	0,00
Máximo	316,02	37,74	93,58	2,47	1,56

Nota: o valor máximo da primeira consulta odontológica programática (316,02) pode ser resultado de um erro/ sobre registro dos dados informados.

Entretanto, quando se analisa o indicador “cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada”, percebe-se uma média significativamente maior dos municípios de grande porte (4,80), quando comparado aos municípios de médio e pequeno porte (1,81 e 1,09), respectivamente, o que evidencia um melhor acompanhamento da população dos grandes municípios a essa ação de prevenção.

O indicador de proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais mostrou que os municípios de grande porte realizam uma quantidade muito inferior de exodontias (média de 8,53) quando comparado aos municípios de médio e pequeno portes (21,74 e 22,54, respectivamente).

Tabela 3. Indicadores de saúde bucal por porte dos municípios – Pernambuco, 2008.

INDICADOR	Média (p/100 hab.)	Média ± DP	p-value
Primeira Consulta Odontológica			
GP	12,81	0,128 ; 0,025	0,7323 ²
MP	15,09	0,150 ; 0,209	
PP	18,17	0,181 ; 0,357	
Escovação Supervisionada			
GP	4,80	0,040 ; 0,071	0,0027 ²
MP	1,81	0,018 ; 0,054	
PP	1,09	0,011 ; 0,019	
Proporção de exodontias			
GP	8,53	0,085 ; 0,048	0,0006 ²
MP	21,74	0,217 ; 0,140	
PP	22,54	0,225 ; 0,161	
Média de PBI			
GP	0,52 *	0,518 ; 0,385	0,7471 ¹
MP	0,45 *	0,453 ; 0,389	
PP	0,49 *	0,495 ; 0,408	

Nota: 1. teste ANOVA

2. teste Kruskal-Wallis

* Média por habitante

Legenda: Grande Porte (GP); Médio Porte (MP); Pequeno Porte (PP).

Ao analisar os indicadores de saúde bucal pela proporção da população cadastrada no SIAB (**tabela 4**), pode-se constatar grandes diferenças entre os municípios: as primeiras consultas tiveram maior média (25,23) nos municípios onde a proporção da população coberta era entre 89,24 e 138,47%, assim como a média de procedimentos odontológicos básicos individuais (0,79). Com relação à escovação dental supervisionada, os indicadores apresentaram-se melhores nos municípios com população cadastrada entre 65,80 e 138,47%. Entretanto, o indicador de exodontias mostrou um resultado inverso, apresentando-se elevado (29,62) nos municípios onde a proporção da população cadastrada é baixa ($\leq 44,30$) e baixo onde essa proporção é alta ($> 89,24$ e $\leq 138,47$). Assim, percebe-se que maiores coberturas da população estão relacionadas com melhores indicadores de saúde bucal.

Tabela 4. Indicadores de saúde bucal segundo proporção da população cadastrada no SIAB – Pernambuco, 2008.

INDICADOR	Média (p/100 hab.)	Média \pm DP	p-value
Primeira Consulta Odontológica			
$\leq 44,30$	10,85	0,108 ; 0,184	0,0001
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	14,46	0,144 ; 0,249	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	15,11	0,151 ; 0,116	
$> 89,24$ e $\leq 138,47$	25,23	0,252 ; 0,457	
Escovação Supervisionada			
$\leq 44,30$	0,64	0,006 ; 0,017	0,0001
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	0,77	0,008 ; 0,013	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	2,13	0,021 ; 0,054	
$> 89,24$ e $\leq 138,47$	2,95	0,029 ; 0,061	
Proporção de exodontias			
$\leq 44,30$	29,62	0,296 ; 0,215	0,0027
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	21,49	0,215 ; 0,120	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	17,90	0,179 ; 0,099	
$> 89,24$ e $\leq 138,47$	16,18	0,162 ; 0,103	
Média de PBI			
$\leq 44,30$	0,28 *	0,278 ; 0,292	0,0000
$> 44,30$ e $\leq 65,80$	0,38 *	0,381 ; 0,237	
$> 65,80$ e $\leq 89,24$	0,45 *	0,452 ; 0,258	
$> 89,24$ e $\leq 138,47$	0,79 *	0,792 ; 0,525	

Nota: teste Kruskal-Wallis

* Média por habitante

Já a análise dos indicadores, segundo relação das ESF e ESB (**tabela 5**), permite observar que, quanto menor a relação entre as equipes, ou seja, quanto mais perto da relação ideal de 1 ESB para 1 ESF, melhores são os indicadores de saúde bucal. As primeiras consultas tiveram uma média três vezes maior (21,90) nos municípios que apresentaram uma relação de 1:1, quando comparados aos municípios com uma relação $> 2:1$, o que mostra uma

maior facilidade de acesso da população aos serviços quando há uma relação ideal entre as equipes. O indicador de escovação dental supervisionada (2,31) e a média de procedimentos básicos individuais (0,65) também se mostraram maiores, quando há relação 1:1. O indicador de exodontias mostrou que quanto maior a relação entre as equipes (>2:1) mais elevada é a proporção de exodontias nos municípios (36,21).

Tabela 5. Indicadores de saúde bucal segundo relação de proporção entre ESF e ESB – Pernambuco, 2008.

INDICADOR	Média (p/100 hab.)	Média ± DP	p-value
Primeira Consulta Odontológica			
1:1	21,90	0,219 ; 0,389	
até 2:1	14,18	0,142 ; 0,181	0,0015
>2:1	7,67	0,077 ; 0,078	
Escovação Supervisionada			
1:1	2,31	0,023 ; 0,054	
até 2:1	1,22	0,012 ; 0,034	0,0218
>2:1	0,97	0,009 ; 0,025	
Proporção de exodontias			
1:1	17,53	0,175 ; 0,104	
até 2:1	20,07	0,201 ; 0,139	0,0002
>2:1	36,21	0,362 ; 0,185	
Média de PBI			
1:1	0,65 *	0,649 ; 0,480	
até 2:1	0,39 *	0,395 ; 0,254	0,0000
>2:1	0,22 *	0,217 ; 0,215	

Nota: teste Kruskal-Wallis

* Média por habitante

Legenda:

1:1	n° ESF/n°ESB = 1	Portaria n° 673 de 03 de julho de 2003
Até 2:1	n° ESF/n°ESB >1 e <=2	Portaria N° 267 de 6 de março de 2001
Maior que 2:1	n° ESF/n°ESB >2	Descumpre as portarias

9.2 Análise das equipes de saúde bucal

Os resultados referentes à estrutura e ao processo de trabalho das ESB no estado de Pernambuco foram divididos em 6 eixos:

- a. Sobre a estrutura das ESB: recursos humanos, equipamentos, materiais e insumos
- b. Sobre as ações de promoção e prevenção em saúde
- c. Sobre a articulação entre as ESB e a comunidade
- d. Sobre a organização do processo de trabalho
- e. Sobre os procedimentos clínicos
- f. Sobre a referência e a contrarreferência dos pacientes

9.2.1 Sobre a estrutura das ESB: recursos humanos, equipamentos, materiais e insumos

A análise da estrutura das ESB envolveu, não somente a estrutura física da unidade, mas também os recursos humanos, equipamentos, instrumentos e insumos utilizados (**tabela 6**).

Ao se observar o aspecto da capacitação profissional, constatou-se que 57,18% dos cirurgiões-dentistas apresentaram treinamento introdutório em Saúde da Família e 46,32%, curso de Especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família. Tais resultados mostraram uma diferença estatisticamente significativa, quando comparados por porte populacional, onde os municípios de grande porte apresentaram um maior percentual de profissionais que possuíam as referidas capacitações. Quando se questionou a respeito da capacitação em saúde da família para os técnicos e auxiliares de saúde bucal, observou-se que menos da metade desses profissionais (42,57%) não possuía treinamento introdutório em Saúde da Família e que os municípios de grande porte apresentaram, proporcionalmente, mais auxiliares com esse tipo de capacitação ($p=0,001$), quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte.

Com relação à estrutura física das unidades, considera-se um aspecto relevante para o desenvolvimento das ações preventivas a presença de um espaço com pia e espelho para escovação. Entretanto, apenas 25,38% das unidades apresentaram essa estrutura para realização dos procedimentos de escovação supervisionada.

Sobre a disponibilidade dos equipamentos, percebe-se que a grande maioria possui a cadeira odontológica e seus acessórios essenciais como compressor, refletor, sugador, cuspeira, terminais para peça de mão e seringa tríplice em funcionamento (97,73%). Também disponíveis para as equipes e de grande importância para a restauração de dentes decíduos e permanentes são os aparelhos amalgamador (93,01%) e fotopolimerizador (83,99%), esse último mais frequente nos municípios de grande e pequeno porte, quando comparados aos municípios de médio porte ($p=0,005$). Para a esterilização dos instrumentais, 70,66% das equipes relataram possuir estufa em funcionamento e apenas 34,92%, autoclave, sendo esse equipamento mais frequentemente encontrado nos municípios de grande porte ($p=0,002$). Algumas equipes relataram não possuir estes equipamentos pelo fato da esterilização ser realizada fora da unidade ou por empresa terceirizada. Já o aparelho de raio-x foi encontrado com pouca frequência nas equipes (10,80%).

A respeito dos recursos materiais, observou-se que os instrumentais disponíveis para a clínica são considerados suficientes para a demanda de atendimento diário nas diversas especialidades (acima de 71%). Entretanto, alguns desses instrumentais apresentaram diferenças estatísticas significativas ($p<0,05$) quanto à sua disponibilidade por porte municipal: exame clínico, dentística e cirurgia básica são suficientes com maior frequência nos municípios de médio porte (94,59%, 97,30% e 97,30%, respectivamente).

Quando se observa a disponibilidade de materiais de consumo, percebe-se a falta ou quantidade insuficiente de materiais para sessões educativas - cartazes, panfletos, cartolina, pincel e manequim odontológico – junto à comunidade, para aproximadamente 48,04% das ESB entrevistadas, ao contrário dos demais materiais de consumo, os quais se mostram suficientes.

Tabela 6. Distribuição do componente estrutura (recursos humanos, estrutura física, equipamentos, instrumentais e materiais) das ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009.

ESTRUTURA	GP		MP		PP		TOTAL		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Curso(s) que o cirurgião-dentista possui									
Treinamento introdutório em SF	44	77,19	17	45,95	15	55,56	69,19	57,18	0,006
Curso de aperfeiçoamento em SF	16	28,07	6	16,22	6	22,22	25,48	21,06	0,408
Especialização	42	73,68	15	40,54	7	25,93	56,05	46,32	0,000
Residência, mestrado ou doutorado	4	7,02	1	2,70	1	3,70	5,05	4,17	0,606
ASB e/ ou TSB possuem treinamento introdutório?									
Sim	37	64,91	14	37,84	7	25,93	51,51	42,57	0,001
Há espaço com pia e espelho para escovação na unidade?									
Sim	20	35,09	10	27,03	3	11,11	30,70	25,38	0,070
Equipamentos disponíveis na equipe									
Cadeira odontológica	55	96,49	36	97,30	27	100,00	118,25	97,73	-
Fotopolimerizador	54	94,74	27	72,97	25	92,59	101,63	83,99	0,005
Amalgamador	55	96,49	33	89,19	26	96,30	112,54	93,01	0,290
Autoclave	29	50,88	14	37,84	3	11,11	42,26	34,92	0,002
Estufa	35	61,40	29	78,38	18	66,67	85,50	70,66	0,225
Aparelho de Rx	6	10,53	4	10,81	3	11,11	13,07	10,80	0,996
Micromotor com contra-ângulo	35	61,40	22	59,46	19	70,37	75,87	62,70	0,642
Caneta de alta rotação	53	92,98	35	94,59	27	100,00	115,51	95,46	0,379
Instrumentais disponíveis em quantidade suficiente para o turno de atendimento									
Exame clínico	36	63,16	35	94,59	22	81,48	99,74	82,43	0,001
Dentística básica	46	80,70	36	97,30	21	77,78	106,18	87,76	0,041
Periodontia básica	34	59,65	30	81,08	18	66,67	86,43	71,43	0,093
Cirurgia básica	39	68,42	36	97,30	17	62,96	97,54	80,61	0,001
Materiais disponíveis em quantidade suficiente para as ESB									
Material de consumo	49	85,96	36	97,30	25	92,59	112,42	92,91	0,165
Equipamento de proteção individual	51	89,47	34	91,89	26	96,30	111,67	92,29	0,569
Material educativo	12	21,05	24	64,86	17	62,96	62,88	51,96	0,000
Formulários, receituários, requisições	38	66,67	34	91,89	24	88,89	101,62	83,99	0,004

Nota 1: Os valores de N e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados.

Nota 2: Em alguns itens, como por exemplo “cadeira odontológica”, não foi possível realizar o teste do qui-quadrado, devido a valores muito baixos (<5) para comparação de proporções.

Legenda: Grande Porte (GP); Médio Porte (MP); Pequeno Porte (PP).

9.2.2 Sobre as ações de promoção e prevenção em saúde

Um eixo relevante relacionado ao processo de trabalho das ESB refere-se ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde na área de abrangência (**tabela 7**).

Os resultados mostraram, para a população de escolares, que ações como palestras, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor são realizadas semanal ou quinzenalmente por aproximadamente 50% das ESB, sendo os municípios de pequeno porte aqueles que menos realizam tais atividades com essa frequência ($p < 0,05$). Já a distribuição de escova e creme dental, como era esperado, é realizada em espaços de tempo maiores, demonstrando o compromisso das equipes em oferecer uma atenção diferenciada ao grupo de escolares.

Outro aspecto observado no estudo refere-se às ações educativas oferecidas ao restante da população. Constatou-se a elevada frequência (96,5%) das orientações individuais realizadas dentro do consultório odontológico, assim como das palestras realizadas na sala de espera da unidade (75,9%) e na comunidade (72,4%), demonstrando que os profissionais de saúde bucal estão mudando um pouco suas práticas assistenciais e saindo mais do consultório odontológico. A participação das equipes nos grupos educativos, apresentou um percentual considerado de 68,5%, mas demonstrando uma diferença significativa entre os portes dos municípios, sendo o médio porte o grupo de municípios em que as equipes menos participam dessa ação. Abordagens alternativas como teatro e dramatização, assim como divulgação em TV e rádio, informando a importância da saúde bucal para a população, ainda são atividades pouco utilizadas pelas equipes.

Como a realização de palestras na sala de espera e na comunidade apareceu com relativa frequência dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes, considera-se necessário identificar os principais temas abordados. Nota-se que os 3 assuntos mais abordados pelas ESB são orientações quanto à escovação e ao uso do fio dental (98,6%), fatores relacionados à cárie e à doença periodontal (97,2%) e dieta/ alimentação (90,6%). Outros temas também importantes e que extrapolam a questão bucal e entram no aspecto da promoção à saúde, mas que foram menos referenciados pelos profissionais refere-se à exposição ao sol sem proteção (63%) e a prática de exercícios físicos (50,7%).

Tabela 7. Relação das ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelas ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009 (respostas múltiplas).

AÇÕES	GP		MP		PP		TOTAL		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Realização das atividades de prevenção semanal/ quinzenalmente para escolares									
Palestra	34	59,6	18	48,6	8	29,6	56,94	47,1	0,036
Escovação supervisionada	36	63,2	23	62,2	7	25,9	64,71	53,5	0,003
Aplicação de flúor	31	54,4	21	56,8	6	22,2	57,52	47,5	0,009
Teatro	5	8,8	0	0,0	1	3,7	4,12	3,4	0,151
Vídeo	9	15,8	5	13,5	2	7,4	15,30	12,6	0,569
Distribuição de escova e creme dental	19	33,3	17	45,9	2	7,4	39,73	32,8	0,004
Tipos de atividades educativas realizadas pelas ESB									
Abordagem individual	55	96,5	35	94,6	27	100,0	116,72	96,5	-
Palestras na sala de espera	43	75,4	30	81,1	18	66,7	91,85	75,9	0,418
Palestras na comunidade	37	64,9	26	70,3	23	85,2	87,64	72,4	0,159
Meios de comunicação	8	14,0	4	10,8	1	3,7	12,06	10,0	0,361
Participação em grupos educativos	48	84,2	20	54,1	21	77,8	82,84	68,5	0,004
Abordagem alternativa	9	15,8	1	2,7	1	3,7	8,06	6,7	0,053
Temas abordados nas atividades educativas									
Higiene bucal (escovação, uso do fio dental)	56	98,2	37	100,0	26	96,3	119,28	98,6	-
Doenças bucais (cárie, doença periodontal)	54	94,7	36	97,3	27	100,0	117,65	97,2	-
Dieta	55	96,5	34	91,9	22	81,5	109,64	90,6	0,065
Cuidados para evitar fluorose	35	61,4	31	83,8	24	88,9	95,22	78,7	0,007
Exposição ao sol sem proteção	32	56,1	22	59,5	21	77,8	76,28	63,0	0,151
Riscos do álcool e fumo	47	82,5	33	89,2	25	92,6	106,62	88,1	0,385
Autoexame da boca (detecção de lesões)	50	87,7	31	83,8	25	92,6	105,35	87,1	0,572
Cuidados pós-traumatismo dentário	36	63,2	26	70,3	19	70,4	82,61	68,3	0,705
Prática de exercícios físicos	19	33,3	21	56,8	16	59,3	61,38	50,7	0,025
Agravos à saúde (diabetes, hipertensão...)	47	82,5	33	89,2	24	88,9	105,51	87,2	0,579
Organização das atividades educativas pela ESB									
Sempre em conjunto	26	45,61	11	29,73	7	25,93	40,28	33,29	0,129
Programado	28	49,12	26	70,27	19	70,37	77,79	64,29	0,059
Separados	2	3,51	0	0,00	1	3,70	2,31	1,91	-

Nota 1: os valores de N e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados.

Nota 2: em alguns itens, como por exemplo, “Abordagem individual”, não foi possível realizar o teste do qui-quadrado, devido a valores muito baixos (<5) para comparação de proporções.

Legenda: Grande Porte (GP); Médio Porte (MP); Pequeno Porte (PP).

A forma como a equipe se organiza para realização das práticas educativas também exerce grande influência na saúde bucal da população. Observou-se que 64,29% dos cirurgiões-dentistas realizam as atividades de escovação, palestra, dentre outros, ora em conjunto, ora separadamente dos seus auxiliares, possibilitando, em muitos casos, alcançar uma parcela maior da população, quando comparado com as ações sempre em conjunto. Pode-se constatar também que as equipes de saúde bucal dos municípios de médio e pequeno porte dividem suas atividades de forma programada com maior frequência, comparados às equipes dos municípios de grande porte.

9.2.3 Sobre a articulação entre as ESB e a comunidade

Devido à importância da integração entre profissionais de saúde e comunidade, considerou-se imprescindível questionar nesse estudo sobre as atividades realizadas pelas ESB que envolvam a população adscrita (**tabela 8**).

Sobre sua participação das equipes nas atividades de grupos educacionais, percebe-se uma maior integração com os grupos de gestantes (68,38%), idosos (62,09%) e hipertensos/diabéticos (61,32%). Sua menor participação nos grupos de adolescentes, portadores de deficiência e outros grupos seja consequência talvez da dificuldade de formar e/ou inexistência desses grupos nas unidades, enquanto os primeiros são mais frequentes.

Na integração das ESB com instituições e organizações da comunidade, percebe-se seu foco voltado para a população infantil nas escolas (81,22%). As demais instituições apresentaram um percentual baixo de articulação com as ESB, muitas vezes devido à inexistência desses grupos na área de abrangência. Considerando as diferenças por porte populacional, observou-se um maior envolvimento das equipes dos municípios de médio porte com associações ($p=0,038$) e das equipes dos municípios de grande porte com igrejas ($p=0,000$) e creches ($p=0,000$).

A falta de articulação das ESB com a comunidade fica mais evidente ao se questionar sobre os processos de participação popular no Saúde da Família. Constatou-se que apenas 24,03% das ESB reúnem-se com a comunidade periodicamente para debater temas sobre cidadania, assistência, funcionamento do SUS e outros, 46,21% das equipes possui um integrante que participa das reuniões com o Conselho de Saúde e, em 19,34%, existe a

participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho da equipe (**tabela 8**).

Tabela 8. Relação das ações desenvolvidas pelas ESB em articulação com a comunidade por porte populacional – Pernambuco, 2009 (respostas múltiplas).

AÇÕES	GP		MP		PP		TOTAL		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Participação da equipe nos grupos educativos									
Hipertensos e/ou diabéticos	40	70,18	24	64,86	12	44,44	74,19	61,32	0,071
Gestantes	45	78,95	24	64,86	17	62,96	82,74	68,38	0,194
Idosos	40	70,18	21	56,76	17	62,96	75,13	62,09	0,407
Adolescentes	30	52,63	10	27,03	11	40,74	45,59	37,68	0,048
Portadores de deficiência	12	21,05	4	10,81	3	11,11	16,68	13,79	0,312
Articulação da equipe com instituições e outras organizações									
ONG	4	7,02	0	0,00	1	3,70	3,52	2,91	0,245
Associações	22	38,60	22	59,46	8	29,63	55,86	46,16	0,038
Conselhos	10	17,54	12	32,43	6	22,22	31,08	25,68	0,245
Igrejas	26	45,61	1	2,70	1	3,70	18,29	15,12	0,000
Movimentos sociais	12	21,05	3	8,11	2	7,41	14,04	11,60	0,112
Escolas	50	87,72	30	81,08	20	74,07	98,28	81,22	0,291
Creches	44	77,19	7	18,92	8	29,63	46,09	38,09	0,000
Participação da comunidade nas atividades da ESB									
A ESB reúne-se com a comunidade periodicamente para debater temas sobre cidadania, assistência, funcionamento do SUS, outros.	18	31,58	9	24,32	4	14,81	29,07	24,03	0,253
A ESB participa de reuniões com o Conselho de Saúde	18	31,58	20	54,05	13	48,15	55,92	46,21	0,075
Existe a participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESB	10	17,54	7	18,92	6	22,22	23,41	19,34	0,878

Nota: os valores de N e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados.

Legenda: Grande Porte (GP); Médio Porte (MP); Pequeno Porte (PP).

9.2.4 Sobre a organização do processo de trabalho

A organização do trabalho em equipe é de grande importância para o planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação das ações em saúde junto à comunidade, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige.

Com base na **tabela 9**, constatou-se que grande parte das equipes de saúde bucal de Pernambuco articula-se com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, realizando ações como reunião administrativa (86,38%), planejamento das ações (86,01%), acompanhamento integrado dos casos (85,01%), participação nos grupos educativos (82,78%), participação em campanhas e outros eventos (86,84%) integradas com os demais membros da equipe de saúde da família. Entretanto, talvez a mais importante atividade a ser realizada em conjunto apresentou o menor percentual daquelas citadas: 68,83% das equipes realizam a análise da situação de saúde da população em conjunto.

A utilização do mapa de abrangência da unidade é fundamental no planejamento das ações da ESB. Pode-se perceber a subutilização dessa ferramenta de trabalho ao se constatar que apenas 37,27% das equipes utilizaram o mapa do território nos últimos 2 meses. Percebe-se que a maior parte (32,76%) se deteve ao mapeamento das famílias por território para organização do atendimento clínico.

A atividade de diagnóstico da área, etapa de grande importância para a identificação da situação em que se encontra a população adscrita, foi realizada por apenas 52,07% das equipes entrevistadas. Constatou-se que 49,66% realizaram a identificação de escolas, creches, asilos, outras instituições e grupos comunitários, enquanto que o levantamento epidemiológico, que consiste no diagnóstico das doenças bucais mais prevalentes na comunidade, foi encontrado em 43,79% das equipes.

Outra grande mudança verificada no processo de trabalho das equipes refere-se à organização do atendimento clínico, ao se reservar um ou mais turnos da semana para atendimento aos grupos prioritários (82,28%). A marcação por microárea, através dos Agentes Comunitários de Saúde, assim como a agenda aberta, mostraram diferenças significativas, evidenciando serem menos realizadas pelos municípios de grande porte e mais frequentes nos municípios de médio e pequeno porte, respectivamente. Entretanto, o ponto essencial sobre a organização do atendimento está na comparação entre os itens risco e demanda espontânea: a marcação por classificação de risco é mais encontrada nas equipes dos

municípios de grande porte, quando comparada às equipes de pequeno porte ($p=0,001$), enquanto a marcação por demanda espontânea, método tradicional de marcação das unidades básicas de saúde, mostrou-se mais frequente nos municípios de pequeno porte, quando comparado aos municípios de grande porte ($p=0,019$).

Com relação à avaliação mensal das ações/procedimentos realizados pelas ESB, observou-se que muitas equipes (76,86%) desenvolvem essa prática na sua rotina. Do total das equipes, 71,42% utilizaram o mapa de produção, o qual fornece informações a respeito dos tipos e quantidades de procedimentos realizados pela equipe. Esse instrumento é utilizado com mais frequência pelas ESB dos municípios de médio e pequeno porte, quando comparados às equipes dos municípios de grande porte ($p=0,021$).

Também é fundamental o acompanhamento e avaliação das ESB pela coordenação de saúde bucal do município, identificando os entraves e orientando as equipes a desenvolver um trabalho adequado aos princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família. O que se constatou na presente pesquisa foi a falta de acompanhamento das equipes, visto que 35,87% delas não participaram de reunião com a coordenação nos últimos 3 meses e 18,99%, apenas uma reunião.

Tabela 9. Forma de organização do processo de trabalho das ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009 (respostas múltiplas).

AÇÕES	GP		MP		PP		TOTAL		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Participação de ações integradas com demais membros da equipe									
Reunião administrativa	53	92,98	30	81,08	24	88,89	104,52	86,38	0,211
Análise da situação de saúde da população	36	63,16	25	67,57	21	77,78	83,29	68,83	0,408
Planejamento das ações da equipe	49	85,96	32	86,49	23	85,19	104,07	86,01	0,989
Participação em campanhas/ outros eventos	47	82,46	32	86,49	25	92,59	105,08	86,84	0,456
Participação nos grupos educativos	52	91,23	29	78,38	22	81,48	100,17	82,78	0,193
Acompanhamento integrado dos casos	47	82,46	32	86,49	23	85,19	102,87	85,01	0,862
Utilizou o mapa da área de abrangência?									
Responderam sim	19	33,33	14	37,84	11	40,74	45,10	37,27	0,785
Para que o mapa foi utilizado?									
Organizar o atendimento	18	31,58	13	35,14	8	29,63	39,64	32,76	0,888
Demarcar áreas de risco	10	17,54	10	27,03	7	25,93	29,12	24,06	0,490
Distribuição das famílias por ACS	11	19,30	11	29,73	9	33,33	33,47	27,66	0,306
É realizado o diagnóstico da área de adscrita?									
Responderam sim	36	63,16	19	51,35	11	40,74	63,01	52,07	0,139
Para que realizou o diagnóstico da área?									
Identificação dos grupos de risco	26	45,61	17	45,95	9	33,33	51,70	42,73	0,517
Identificar escolas, creches, asilos, outras instituições e grupos comunitários	33	57,89	19	51,35	10	37,04	60,09	49,66	0,203
Levantamento das condições socioeconômicas e sanitárias da população	21	36,84	17	45,95	8	29,63	47,58	39,33	0,401
Diagnóstico das doenças bucais na comunidade	27	47,37	16	43,24	11	40,74	52,99	43,79	0,832
Organização do atendimento clínico									
Faixa etária	35	61,40	26	70,27	20	74,07	83,11	68,69	0,450
Grupos prioritários	51	89,47	29	78,38	22	81,48	99,56	82,28	0,317
Risco	17	29,82	3	8,11	0	0,00	14,84	12,26	0,001
Programado	21	36,84	6	16,22	3	11,11	25,17	20,80	0,013
Marcação por microárea	33	57,89	31	83,78	21	77,78	90,69	74,95	0,017
Agenda aberta	32	56,14	27	72,97	22	81,48	85,06	70,30	0,045
Demanda espontânea	26	45,61	22	59,46	21	77,78	72,67	60,06	0,019
Outros	3	5,26	2	5,41	1	3,70	5,98	4,94	0,943
A equipe realiza avaliação mensal?									
Responderam sim	35	61,40	31	83,78	22	81,48	93,00	76,86	0,030
Que instrumento utiliza para a avaliação?									
Relatório do SIA	7	12,28	18	48,65	7	25,93	39,58	32,71	0,000
Mapa de produção	31	54,39	29	78,38	21	77,78	86,42	71,42	0,021
Número de reuniões com a coordenação de saúde bucal nos últimos 3 meses									
Nenhuma	21	36,84	15	40,54	7	25,93	43,41	35,87	0,464
Uma	10	17,54	6	16,22	7	25,93	22,98	18,99	0,575
Duas	8	14,04	9	24,32	7	25,93	26,38	21,80	0,316
Três	14	24,56	7	18,92	4	14,81	23,60	19,50	0,559
Quatro ou mais	4	7,02	0	0,00	1	3,70	3,52	2,91	0,245

Nota: os valores de N e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados.

Legenda: Grande Porte (GP); Médio Porte (MP); Pequeno Porte (PP).

9.2.5 Sobre os procedimentos clínicos

A inserção da saúde bucal como integrante da Estratégia de Saúde da Família é considerada um dos pilares para a organização do processo de trabalho integrado em equipe.

O conjunto de ações realizadas pelas ESB é composto em, aproximadamente, 70% de procedimentos clínicos, realizados individualmente, e que mostrou a seguinte distribuição na **tabela 10**: dentre os procedimentos individuais de prevenção, a aplicação tópica de flúor (97,73%) e a remoção de placa bacteriana (95,54%) foram realizados com maior frequência, ao contrário da evidenciação de cárie, através da aplicação de carióstático (47,91%). Um ponto importante a destacar refere-se à aplicação de selante, procedimento mais realizado pelas equipes dos municípios de grande e médio porte, ao comparar-se às equipes dos municípios de pequeno porte. Os procedimentos curativos foram bastante realizados (em mais de 94% das equipes), com exceção de tratamento de alveolite (37%) e tratamento de hemorragia (33,21% e $p=0,009$), pouco frequentes na prática diária. As primeiras consultas odontológicas foram realizadas por 97,73% das equipes.

Tabela 10. Relação dos procedimentos clínicos realizados no último mês pelas ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009 (respostas múltiplas).

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	GP		MP		PP		TOTAL		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Realização dos seguintes procedimentos básicos no último mês									
Aplicação de carióstático	20	35,09	22	59,46	11	40,74	57,98	47,91	0,062
Aplicação de flúor	55	96,49	36	97,30	27	100,00	118,25	97,73	
Aplicação de selante	41	71,93	25	67,57	12	44,44	76,33	63,08	0,043
Remoção de placa	55	96,49	35	94,59	26	96,30	115,61	95,54	0,896
Adequação do meio bucal	47	82,46	31	83,78	24	88,89	102,44	84,66	0,747
1º consulta odontológica	55	96,49	36	97,30	27	100,00	118,25	97,73	
Remoção de tártaro	55	96,49	35	94,59	27	100,00	116,72	96,46	
Restauração de dente decíduo/permanente	56	98,25	34	91,89	26	96,30	114,68	94,77	0,316
Tratamento de alveolite	21	36,84	13	35,14	11	40,74	44,77	37,00	0,897
Tratamento de hemorragia	9	15,79	14	37,84	12	44,44	40,19	33,21	0,009
Exodontia e remoção de resto radicular	55	96,49	35	94,59	27	100,00	116,72	96,46	
Atendimento casos de urgência	56	98,25	35	94,59	27	100,00	117,32	96,96	

Nota 1: os valores de N e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados.

Nota 2: em alguns itens, como por exemplo, “Aplicação de flúor”, não foi possível realizar o teste do qui-quadrado, devido a valores muito baixos (<5) para comparação de proporções.

Legenda: Grande Porte (GP); Médio Porte (MP); Pequeno Porte (PP).

9.2.6 Sobre a referência e a contrarreferência dos pacientes

Considerando os serviços públicos de referência em saúde bucal existentes no município ou fora dele, observa-se, **na tabela 11**, que as especialidades de endodontia e periodontia apresentaram maiores percentuais (80,61% e 71,51%) de encaminhamentos, sendo possível perceber que são mais frequentes nos municípios de grande porte, quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte ($p=0,000$ e $p=0,001$, respectivamente).

O processo de referência dos pacientes aos demais níveis de complexidade mostrou que a maior parte deles são encaminhados com uma solicitação escrita do exame ou consulta a ser realizada (85,27%), mais frequente por equipes de municípios de médio porte ($p=0,008$). A marcação através das centrais de regulação foi referida por 7,96 das equipes, todas em municípios de grande porte ($p=0,000$) e a orientação verbal por apenas 6,76%, mais frequente em municípios de pequeno porte ($p=0,000$).

Quando se trata da contrarreferência dos casos, a situação torna-se um pouco preocupante, uma vez que 53,24% das equipes referiram não receber nenhuma informação por escrito do serviço o qual contrarreferenciou o paciente, mais comum nas equipes dos municípios de pequeno porte ($p=0,001$). As informações recebidas, através de relatórios por escrito, são mais comuns nas equipes dos municípios de grande e médio porte ($p=0,001$).

Tabela 11. Forma de referência e contrarreferência dos pacientes pelas ESB por porte populacional – Pernambuco, 2009.

ENCAMINHAMENTOS	GP		MP		PP		TOTAL		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Referência para especialidades									
Endodontia	55	96,49	29	78,38	18	66,67	97,54	80,61	0,001
Prótese	24	42,11	12	32,43	17	62,96	51,69	42,72	0,049
Periodontia	51	89,47	27	72,97	13	48,15	86,52	71,51	0,000
Ortodontia	14	24,56	17	45,95	14	51,85	50,02	41,34	0,022
Forma de encaminhamento dos pacientes									
Orientação verbal	0	0,00	1	2,70	6	22,22	8,18	6,76	0,000
Solicitação escrita	41	71,93	36	97,30	21	77,78	103,17	85,27	0,008
Central de regulação	16	28,07	0	0,00	0	0,00	9,63	7,96	0,000
Informações recebidas na contrarreferência									
Não recebe nenhuma informação do serviço	29	50,88	14	37,84	23	85,19	64,42	53,24	0,001
Recebe relatório escrito	26	45,61	21	56,76	3	11,11	51,19	42,31	0,001
Outra forma	2	3,51	2	5,41	1	3,70	5,38	4,45	0,895

Nota: os valores de N e % (total) da tabela acima já se encontram com os valores ponderados.

Legenda: Grande Porte (GP); Médio Porte (MP); Pequeno Porte (PP).

10 DISCUSSÃO

Neste momento, os resultados dos indicadores, assim como as práticas realizadas pelas equipes de saúde bucal serão comentadas frente ao que o Ministério da Saúde preconiza, baseados na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006c) e nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a), com a finalidade de identificar as características do modelo de atenção à saúde bucal adotado no estado de Pernambuco.

Inicialmente, serão descritos os procedimentos clínicos, em especial as exodontias, que possam estar reproduzindo o modelo curativista em alguns municípios, sob a forma do item “ações curativas e mutiladoras”. Em seguida, serão apresentadas as “ações de promoção e prevenção” e comparadas àquelas pontuais e esporádicas, retratadas pelo modelo campanhista. E, por último, a “redefinição das práticas sanitárias” irão expor as características do modelo de vigilância em saúde presentes em Pernambuco, as quais tentam reorganizar os processos de trabalho em saúde na área de abrangência das equipes.

10.1 Ações curativas e mutiladoras

10.1.1 Os procedimentos mutiladores

O indicador de exodontias é de grande importância para se avaliarem as práticas mutiladoras que estão sendo realizadas em um determinado local, especialmente nas unidades de saúde. Pode-se constatar neste estudo que o perfil dos municípios com indicadores de exodontias mais elevados são aqueles de pequeno porte, baixa proporção da população cadastrada e com uma relação de uma ESB para mais de duas ESF. Com relação aos procedimentos realizados pelas ESB, pode-se perceber uma maior proporção de exodontias nos municípios de pequeno porte, embora sem diferença significativa ao comparar-se com os outros municípios. Já os tratamentos de hemorragia estiveram mais relacionados ($p < 0,05$) com os municípios de menor porte.

Tal fato é confirmado por Fernandes e Peres (2005) ao afirmarem que, embora muitos municípios estejam oferecendo algum acesso aos serviços de saúde bucal, aqueles com piores condições socioeconômicas ainda oferecem serviços com características mutiladoras. Araújo e Dimenstein (2006) observaram nas ESB do Rio Grande do Norte que, enquanto em alguns locais são realizadas mais restaurações fotopolimerizáveis, em outros, só há exodontia, caracterizando a falta de organização na utilização dos recursos e a permanência de um modelo conflitante com a Estratégia de Saúde da Família. Os autores relatam que essa dificuldade de como trabalhar no PSF é reflexo do modelo de saúde ainda vigente, o cirúrgico-mutilador, no qual a quantidade de procedimentos predomina na mentalidade dos CD e dos gestores.

Sobre isso, Roncalli (2006) afirma que:

a Saúde Bucal no Brasil se depara, há algum tempo, com a incapacidade do modelo de oferta de serviços em incorporar tecnologias que preservem os dentes e procedimentos restauradores inseridos numa lógica de promoção de saúde. Analisando o modelo de oferta de serviços em função da demanda, pode-se observar que, do ponto de vista do setor público, ainda persistem, em muitos municípios brasileiros, particularmente no Norte e Nordeste, sistemas de prestação de serviços odontológicos públicos pautados essencialmente na oferta de exodontias.

Mesmo que o edentulismo tenha números elevados em todo o Brasil, como constatado em 2003, onde mais de 28% dos adultos brasileiros apresentam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada e entre os idosos 75% (não) apresentam nenhum dente funcional (SBBrasil, 2003), em estudo realizado por Correia Júnior (2010), sobre os procedimentos exodônticos no estado de Pernambuco, evidenciou-se um declínio do indicador de exodontias no estado como um todo, embora, ainda em proporções elevadas em vários municípios.

Dessa forma, demonstra-se que tal prática ainda permanece resistente e evidente em muitos municípios de Pernambuco, especialmente naqueles de menor porte demográfico e com uma grande demanda reprimida por atendimento.

10.1.2 Os procedimentos clínicos

Ao se analisar a média de procedimentos odontológicos básicos individuais, pode-se observar, inicialmente, que as equipes localizadas nos municípios de pequeno porte estão

oferecendo uma maior quantidade de procedimentos clínicos por indivíduo à sua população, o que pode sugerir uma prática das ESB mais voltada ao atendimento clínico. Além disso, maiores indicadores estão associados com municípios que apresentam maiores proporções de pessoas cadastradas no SIAB e naqueles com uma relação de 1 ESB para 1 ESF.

Entretanto, muitos desses procedimentos, os quais deveriam ser preventivos, como por exemplo, a aplicação de carióstático e a aplicação de selante são mais realizados pelas ESB de municípios de médio e grande porte, respectivamente, sendo menos realizados pelas ESB dos municípios de pequeno porte.

Além disso, apesar de considerado um bom indicador para se estimarem os serviços odontológicos prestados à população, muito se questiona se elevadas médias podem refletir uma priorização do atendimento clínico frente às ações coletivas. Observou-se, no estado do Paraná, que todos os cirurgiões-dentistas estão basicamente envolvidos com o atendimento clínico, sendo que nem todos desenvolvem as outras atividades. Os auxiliares, por sua vez, centram suas ações em atividades convencionais como instrumentação do cirurgião-dentista e desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais (BALDANI et al., 2005).

Outros autores tentam explicar as práticas exclusivamente clínicas realizadas por algumas equipes com base no perfil profissional, como mostram Araújo e Dimenstein (2006), os quais estudaram as ESB do Rio Grande do Norte e observaram que:

Os CD têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica (...). A maioria não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF.

A demanda reprimida também chega a ser um empecilho para o desenvolvimento de certas ações, conforme afirmam Oliveira e Saliba (2005) ao constatarem que as equipes de saúde bucal de Campos dos Goytacazes não conseguem atender às necessidades da população adscrita, devido à grande demanda por atenção odontológica. Barros e Chaves (2003) reforçam que, em muitos municípios, a prática profissional ainda continua amarrada a um crescente atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade.

É importante destacar que, apesar da responsabilidade do cirurgião-dentista em realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias (BRASIL, 2006c), deve haver uma preocupação por parte dos gestores em oferecer condições ao atendimento clínico, como o funcionamento adequado

dos equipamentos e instrumentais disponíveis em quantidade suficiente, conforme observado neste trabalho.

10.1.3 A referência e contrarreferência

Mesmo quando o quantitativo de procedimentos clínicos é suficiente, existem aqueles, os quais não são passíveis de serem resolvidos na atenção básica, necessitando referenciar os pacientes aos serviços de média complexidade. Porém, nem todos os municípios possuem uma referência estabelecida para o encaminhamento dos casos, principalmente quando se trata das duas especialidades mais procuradas: endodontia e periodontia. Andrade e Ferreira (2006) afirmam que, não se resolvendo as necessidades no serviço local, muitas vezes não há um esquema de referência/contrarreferência e os problemas ficam sem solução, já que não há como os usuários pagarem um tratamento no serviço privado. O presente estudo mostrou que uma maior proporção das ESB dos municípios de grande porte apresenta referência para essas especialidades, em contraposição aos de pequeno porte.

A forma como esse encaminhamento é feito também deve ser levada em consideração, pois, quanto mais rápido e confiável for esse encaminhamento, maiores as chances de o paciente seguir o fluxo correto da referência. A análise dos questionários evidenciou que a forma mais frequente de encaminhamento é através de uma solicitação escrita (85,27%), sendo mais realizada pelos municípios de médio porte. A orientação verbal sem nenhum tipo de documento apresentou uma maior proporção dos municípios de pequeno porte, enquanto que o modelo de referência pelas centrais de regulação, presente nos municípios de grande porte, foi mais citada pelas ESB desses.

Segundo o Caderno da Atenção Básica nº 17, o encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contrarreferência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias (BRASIL, 2006a). Pimentel (2008) observou nas unidades do distrito sanitário VI da cidade do Recife que as equipes procuram realizar o encaminhamento dos pacientes da maneira preconizada, através da marcação e entrega da guia de encaminhamento.

O ideal seria que, após o término do tratamento, o paciente fosse encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contrarreferência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional,

diagnóstico e tratamento realizado (BRASIL, 2006a). Entretanto, 42,31% das equipes apresentaram esse tipo de contrarreferência e as equipes dos municípios de pequeno porte foram as que menos receberam informações por escrito sobre os casos.

Com base no exposto neste tópico, evidenciou-se que os municípios de pequeno porte desenvolvem suas práticas com um olhar mais voltado para a clínica, apresentando maiores proporções de exodontias e procedimentos básicos individuais, comparativamente aos municípios de médio e grande porte. A esse fato, pode-se sugerir uma influência da capacitação profissional, a qual mostrou um maior percentual de equipes com treinamento introdutório (CD e auxiliares) e curso de especialização nos municípios de grande porte. Sugere-se também que essa alta demanda por atendimento clínico seja mesmo uma questão cultural desse tipo de município, mas que tem que ser modificada pelos profissionais responsáveis pela saúde bucal da sua população.

10.2 Ações de promoção e prevenção

10.2.1 A prevenção da cárie dentária

O tema “ações de promoção e prevenção” talvez seja o ponto de maior relevância deste trabalho, pois essas ações são consideradas pelo Ministério da Saúde como fundamentais para a mudança do modelo tradicional de atenção à saúde baseado em práticas mutiladoras, para um modelo centrado na saúde bucal dos seus cidadãos, centrado em ações estruturadas/ consolidadas de promoção à saúde e prevenção da cárie.

Com relação ao indicador de escovação dental supervisionada, a portaria nº 493 de 13 de março de 2006 (BRASIL, 2006d) define que é uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde em desenvolver ações coletivas, e que a ausência da ação ou percentuais baixíssimos indica que a assistência está sendo priorizada.

Conforme mostraram os resultados da análise dos indicadores, nos municípios de pequeno e médio porte, essa ação ainda é pouco realizada pelas equipes de saúde bucal, assim como nos municípios com menor proporção da população cadastrada e relação de + 2ESF: 1ESB. A análise dos questionários também demonstrou que as equipes dos municípios de

pequeno porte realizam, além da escovação supervisionada, a aplicação tópica de flúor, em intervalos de tempo maiores (mensalmente ou mais) na população escolar, comparados às equipes dos municípios de médio e grande porte, as quais realizam esses procedimentos com uma frequência semanal ou quinzenal.

Vale ressaltar que o procedimento de escovação dental supervisionada pode ser realizado na própria unidade de saúde, contando que esta possua um espaço reservado com pia e espelho para escovação. Porém, evidenciou-se que apenas 25,38% das equipes relataram possuir essa estrutura na unidade em que trabalham.

A baixa valorização das ações preventivas pode, muitas vezes, ser consequência da prioridade dada aos procedimentos clínicos que, como vistos neste trabalho, são mais realizados nos municípios de menor porte. Porém, outros autores chamam a atenção para o problema nos municípios de grande porte em que esse indicador também se apresenta deficiente. Patriota (2006) observou que, na maioria dos distritos sanitários do Recife, a cobertura das ações de natureza coletiva, no conjunto dos demais procedimentos odontológicos, é ainda incipiente e apresenta uma cobertura insignificante.

Há de se ter a preocupação para que as ações de prevenção nos municípios de Pernambuco, especificamente naqueles de pequeno porte, não reproduzam as campanhas de prevenção da década de 1970, quando Botazzo (1994 apud PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004) afirmam que, nessa época, a maioria das ações coletivas, no campo da saúde bucal, era descontínua e esporádica. Essas ações apresentavam mais características de campanha do que de programa. A citação de Cardoso et al. apesar de um pouco antiga (2002), reflete a situação atual de algumas ESB de Pernambuco: “a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos e preventivos individuais”.

10.2.2 A importância da promoção à saúde

A promoção da saúde é uma atividade estratégica, que propicia não somente criar o vínculo com a comunidade de abrangência, mas também incentivar bons hábitos de saúde na população. A Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c) estabelece como características do processo de trabalho das equipes de atenção básica o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, devendo a

estratégia priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Em Pernambuco, essas ações são representadas em maior proporção pelas palestras, seja na sala de espera da unidade ou na comunidade e, em menor proporção, através dos meios de comunicação (como rádio, vídeos) e abordagens alternativas como peças teatrais ou dramatização. Aos escolares, observou-se que as palestras são realizadas com menos frequência nos municípios de pequeno porte. No Rio Grande do Norte, a realização de palestras foi a atividade coletiva mais citada pelas equipes de saúde bucal, sendo o espaço mais destacado para o desenvolvimento dessas ações o das escolas, com 47,7% das citações, seguido das creches (31,8%) (SOUZA; RONCALLI, 2007). Tais autores ainda refletem sobre a exclusão de outros grupos ao se priorizar a população escolar:

... essa ênfase nos escolares pode cair nas armadilhas da exclusão em virtude da priorização dessa população. Tal prática é, em certa medida, um resquício do modelo de atenção à saúde bucal em escolares, surgido ainda nos anos 1950 e representado principalmente pelo Sistema Incremental (sistema de atendimento de escolares de escolas públicas, na faixa etária de 7 a 14 anos, que, apesar de suas limitações, tinha uma estrutura organizacional muito forte e um sistema de atendimento bem normatizado).

Emmi e Barroso (2006) constataram que as atividades educativas também são valorizadas pelos usuários, ao avaliaram as ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro-PA. Quando questionados sobre os fatores que melhoraram e que consideram de relevância após a inclusão das ESB, os usuários citaram, com maior frequência, as orientações sobre higiene bucal, seja através de palestras, nas visitas em casa ou na própria consulta. Assim, os autores mostram que “é preciso trabalhar muito bem a educação em saúde, seja na Unidade ou nas visitas domiciliares, para que atinja a todos e que todos sejam conscientizados da importância da manutenção da saúde bucal, criando vínculos de responsabilidade entre Equipe de Saúde Bucal e a família”.

Atuando como uma prática modificadora de hábitos, é importante que os profissionais passem todas as informações necessárias ao seu público-alvo, a fim de conscientizá-los sobre a importância da saúde bucal na vida de cada um. O Caderno da Atenção Básica nº17 (BRASIL, 2006a), referente à Saúde Bucal, estabelece que as ações educativas coletivas devem abordar os seguintes assuntos: (1) as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; (2) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; (3) os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; (4) as orientações gerais sobre dieta; (5) a orientação para autoexame da boca; (6) os

cuidados imediatos após traumatismo dentário; (7) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e (8) a prevenção ao uso de álcool e fumo. Neste estudo, as equipes relataram abordar a maior parte dos temas, sendo os mais citados as práticas de higiene bucal (escovação e uso do fio-dental) e as doenças bucais mais prevalentes (cárie, doença periodontal). A prática de exercícios físicos foi citada por apenas 50,7% das equipes entrevistadas.

Entretanto, para que as ações de promoção e prevenção tenham êxito, é preciso que haja investimento e condições materiais para que as ESB realizem essas atividades. Muitas equipes, especialmente as de municípios de grande porte, relataram a falta ou quantidade insuficiente de material educativo, como painéis, cartolina, pincel, manequim odontológico ou vídeos educativos. Araújo e Dimenstein (2006) também observaram esse problema entre os cirurgiões-dentistas do Rio Grande do Norte, os quais relataram dificuldades em praticar as atividades preventivas na comunidade. Alguns expressaram a falta de material para realizar educação em saúde ou que não sabiam como realizá-la.

Outro aspecto importante refere-se à distribuição da equipe para a realização das práticas, não somente de promoção à saúde, mas também de prevenção à cárie. Ainda que coordenados e, inicialmente, realizados pela ESB, eles podem ser mantidos pelo agente comunitário de saúde ou pessoal auxiliar de odontologia, pois, assim, essas práticas teriam uma maior abrangência na comunidade. Em Pernambuco, observou-se uma maior frequência de realização das atividades de forma programada, ou seja, CD e auxiliares (ASB, TSB e ACS), em alguns momentos atuam em conjunto e em outros atuam separadamente, de acordo com a necessidade. Segundo Carvalho et al. (2004), o TSB e o ASB podem atuar sob supervisão do cirurgião-dentista, por exemplo, nos grupos existentes na unidade, nos grupos de atividades educativo-preventivas e de manutenção de saúde bucal e, também, na atenção individual, realizando profilaxia, terapêutica com flúor, higiene bucal supervisionada, entre outras aplicações.

Pode-se considerar que algumas ações de promoção e prevenção constituem parte integrante das práticas dos profissionais das ESB de Pernambuco, como a escovação supervisionada, a aplicação tópica de flúor e as palestras, modificando um modelo, o qual assumia mais características de campanha e era realizado esporadicamente.

10.3 Redefinição das práticas sanitárias

10.3.1 Enfoque de risco

Um fator pouco considerado atualmente como redefinidor das práticas odontológicas na Estratégia de Saúde da Família é o enfoque de risco. Através desse, é possível identificar as populações com maior risco de desenvolver determinados agravos e, com isso, estabelecer prioridades na atenção à saúde. Segundo alguns autores (MOTA; CARVALHO, 1999; SOUZA; RONCALLI, 2007), a programação e o planejamento de ações devem estar baseados no diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população adscrita, permitindo priorizar grupos mais necessitados e alocar recursos de forma direcionada à modificação positiva das condições de saúde da população, por meio de práticas mais efetivas.

No presente estudo, aproximadamente metade das ESB relataram ter realizado o diagnóstico da área adscrita e 37% relataram ter utilizado o mapa da área de abrangência do território, o que mostra que muitas das ESB estão planejando as ações sem o conhecimento prévio da realidade local e, conseqüentemente, realizando atividades que não estão direcionadas aos grupos de maior risco. Resultados semelhantes foram encontrados no Rio Grande do Norte, em que o levantamento epidemiológico só foi citado por 43,79% das equipes. A maioria dos municípios ou não realiza esses diagnósticos (insatisfatórios) ou, quando os realiza, eles não são instrumentos de trabalho dos dentistas (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (2004a) cita que a rotina de trabalho da Equipes Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território, da população e também da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento das ações:

- 1- realização e atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade;
- 2- cadastro das famílias e atualização constante das informações;
- 3- identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade;
- 4- análise situacional da área de abrangência;
- 5- acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e equipe (quando necessário), bem como análise de informações e indicadores de saúde da área de abrangência;

- 6- interlocução com conselho local ou municipal de saúde;
- 7- desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c) estabelece como características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis.

A forma de organização do atendimento clínico também reflete a atenção dada aos grupos de risco pelas ESB. O tipo de marcação mais citado foi através dos grupos prioritários como gestantes, hipertensos, diabéticos. Entretanto, outros grupos de risco foram pouco citados como prioritários ao atendimento, como por exemplo, mães analfabetas e famílias de baixo nível socioeconômico, sendo pouco referenciados pelas equipes de municípios de pequeno porte. Entretanto, um fator agravante nesse contexto baseia-se no fato de muitas equipes referirem a marcação por demanda espontânea, principalmente nos municípios de pequeno porte, reproduzindo um modelo tradicional de posto de saúde, em que o paciente somente procura o serviço quando a doença já está instalada e, no caso da odontologia, quando há dor de dente.

Em Alagoinhas - BA, a marcação das consultas se dá pela demanda espontânea, através de fila e distribuição de ficha por ordem de chegada (RODRIGUES; ASSIS, 2005). No estado do Paraná, muitas consultas odontológicas são agendadas nas residências dos usuários ou na própria unidade de saúde da família. Por outro lado, porém, verificou-se que 9,5% das equipes de saúde bucal admitiram que a livre demanda é a porta de entrada para o atendimento odontológico, o que demonstra a dificuldade de adaptação à nova lógica de atenção proposta pelo PSF (BALDANI et al., 2005).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a), o agendamento é um item importante na reordenação da atenção odontológica que visa a substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem o indivíduo como um ser integral, configurando uma evolução no atendimento quando comparado àquele por livre demanda. Entretanto, para que a organização do serviço alcance os resultados desejados, é preciso que haja o envolvimento da equipe com a comunidade, informando-a e orientando-a quanto ao ingresso no sistema.

As visitas domiciliares também constituem ações importantes no estabelecimento do enfoque de risco, pois é nesse momento que pacientes acamados, com dificuldade de

locomoção, famílias que moram em locais de difícil acesso têm a oportunidade de ter uma atenção especial e necessária pelas ESB. Entretanto, essa é uma prática pouco comum no estado de Pernambuco, visto que, no ano de 2008, dos 185 municípios existentes, apenas 18 realizaram/ registraram esse tipo de procedimento. Vale ressaltar que o indicador de visitas domiciliares utilizado nesse estudo mostrou que essa ação é mais comum nos municípios de grande porte populacional.

10.3.2 Articulação da ESB com a ESF e a comunidade

A Estratégia de Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde, ora comuns (como as ações de planejamento, busca ativa etc), ora devendo ser preservadas as suas especificidades. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional, devendo-se considerar as diferenças existentes entre as intervenções de cada área (BRASIL, 2006a).

Com isso, é fundamental a articulação entre as equipes de saúde da família e de saúde bucal, para o desenvolvimento das ações em saúde. Pode-se observar que, em Pernambuco, muitas das ESB participantes, referiram ter uma boa integração com a ESF, realizando ações em conjunto como reunião administrativa, planejamento das ações da equipe, participação em campanhas e grupos educativos, dentre outros. Os dados corroboram com os achados de Baldani et al. (2005), os quais constataram que 87,6% dos dentistas do Paraná relataram haver envolvimento entre a equipe odontológica e o restante da equipe de saúde da família, assim como os achados de Souza e Roncalli (2007), os quais classificaram a maioria dos municípios estudados no Rio Grande do Norte como satisfatória a articulação entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família, através da realização de reuniões para avaliação e planejamento das ações das equipes.

A atuação da equipe de saúde bucal, conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004a):

não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico-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. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

Entretanto, pode-se dizer que não é uma tarefa fácil conciliar/integrar as ações dos diferentes profissionais das unidades de saúde da família, pois, segundo as diretrizes citadas anteriormente (BRASIL, 2004a), esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. O trabalho do CD raramente se insere em práticas compartilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que desenvolvem suas ações de forma autônoma, independente e individualizada (TEIXEIRA, 2006), o que vai de encontro aos resultados desta pesquisa.

Um outro tipo de articulação necessária às equipes de saúde bucal ultrapassa as barreiras da própria unidade. É o caso da participação social, estabelecida como característica do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica pela Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c).

Em Pernambuco, não se observou uma boa integração das ESB com a comunidade, considerando sua razoável participação nos grupos educativos e sua dedicação quase que exclusiva às escolas, quando questionadas sobre sua articulação com instituições e outras organizações. Além disso, a maioria das equipes não tem participantes nas reuniões do Conselho de Saúde, não se reúne com a comunidade para debater sobre cidadania, funcionamento do SUS, assistência prestada, temas de interesse da população, e não existem representantes da comunidade no planejamento de trabalho das ESB.

Crevelim e Peduzzi (2005) relataram, dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes da unidade, em parceria com voluntários ou outros profissionais, os grupos educativos, teatro nas escolas, dentre outros, o que reproduz o conceito de saúde como qualidade de vida, adotado pelo PSF. Por outro lado, também afirmam que o distanciamento entre equipe e comunidade, ou entre o saber técnico e o saber popular, é evidente em alguns casos, visto que a população da área de abrangência e os usuários estão ausentes das discussões da equipe sobre as necessidades de saúde e o planejamento das ações.

Aerts, Abegg e Cesa (2004) sugerem as seguintes atividades para maior envolvimento do cirurgião-dentista com a comunidade:

- 1- buscar parceria com ativistas comunitários para a formação de redes e alianças;
- 2- apoiar a criação de hortas e pomares como meio de encorajar ações cooperativas e o consumo de alimentos saudáveis;

- 3- associar-se com grupos comunitários ativos na promoção da saúde das mães e crianças, como, por exemplo, a pastoral da saúde;
- 4- proporcionar a participação da população no planejamento e tomada de decisões em relação à saúde bucal da comunidade;
- 5- desenvolver ações intersetoriais com outras instituições públicas ou privadas (ONGs, Sesi, Sesc, Universidades).

10.3.3 Monitoramento e avaliação das ações

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e, por isso, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2006a).

As atividades de monitoramento e avaliação das ações de saúde são realizadas por uma quantidade considerável de equipes de saúde bucal em Pernambuco (76,86%) e sua maioria utiliza o mapa de produção ambulatorial (BPA). Entretanto, em muitos municípios brasileiros, a ausência da rotina de monitoramento e avaliação das ações de saúde ainda é um problema sério a ser enfrentado pelos gestores. Leal e Tomita (2006) observaram, em seus estudos realizados em dois municípios do estado de São Paulo, a falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações realizadas pelos serviços odontológicos municipais.

Na tentativa de avançar nessa questão, é interessante que os profissionais de saúde, gerentes de unidades ou profissionais das equipes de Saúde da Família, utilizem os sistemas de informação disponíveis, dentre eles o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), como uma maneira mais ágil e prática de conseguir as informações necessárias, pois os processos avaliativos devem ser incorporados às práticas dos serviços de saúde, não só para o planejamento, mas para a tomada de decisão (PIMENTEL et al., 2008).

É interessante também ressaltar a importância do acompanhamento das equipes pelo coordenador de saúde bucal, o qual tem a responsabilidade de organizar o modelo de atenção à saúde bucal do município e orientar às equipes quanto às suas responsabilidades e ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS na Estratégia de Saúde da Família. Em alguns municípios de Pernambuco, há a necessidade de uma maior participação dos

coordenadores, considerando que muitas equipes não se reuniram com a coordenação de saúde bucal no período de 3 meses.

Dessa forma, a abordagem multiprofissional, a participação social, o diagnóstico da saúde da comunidade, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações são questões apresentadas como norteadoras para o sucesso da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006c), o que permite fazer algumas considerações sobre esses aspectos com relação às ESB do estado de Pernambuco: ainda existe uma dificuldade de as equipes organizarem seu processo de trabalho com base nessas ações, às quais apresentam muitas características do modelo de vigilância em saúde, que se caracteriza como uma prática que organiza processos de trabalho em saúde para o enfrentamento dos problemas mais frequentes na comunidade adscrita.

10.4 Outras questões importantes...

O acesso da população aos serviços odontológicos no âmbito do SUS também tem grande importância na redefinição das práticas assistenciais, sendo representado pelo indicador da cobertura de primeira consulta odontológica programática. Neste trabalho, o maior acesso da população foi verificado nos municípios com maiores coberturas, os quais apresentaram melhores resultados para esse indicador. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pela Estratégia Saúde da Família, é uma tentativa de facilitar esse primeiro contato.

Ressalta-se que esse índice é passível de incongruências, seja pela questão do sub-registro ou por um superdimensionamento desses procedimentos. Além disso, Martelli (2001) observou, no município de Camaragibe-PE, profissionais pouco estimulados para o registro diário dos procedimentos executados, principalmente para o registro de primeira consulta. Patriota (2006) também observou, no seu estudo sobre a saúde bucal na cidade do Recife, que muitos profissionais não realizam o procedimento de primeira consulta odontológica programática, mas, apenas procedimentos específicos, os quais solucionam a queixa principal do paciente, sem se preocuparem com o diagnóstico geral para a programação de atendimento das necessidades de saúde bucal.

Os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Bucal e os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios apontam que o acesso aos serviços odontológicos no Brasil ainda é

baixo, uma vez que é elevado o percentual dos que nunca consultaram o dentista, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (PINHEIRO; TORRES, 2006).

Outra questão que também deve ser levada em consideração na tentativa de reorganização dos modelos assistenciais, refere-se à relação ideal de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família, a qual está longe de acontecer. Proporções de 2 ou 3 ESF para 1 ESB refletem um desempenho ruim dos indicadores de saúde bucal, como visto nesta pesquisa, devido a uma demanda muito grande para atendimento odontológico e a falta de vínculo da equipe com a comunidade. O indicador de primeira consulta odontológica, assim como os indicadores de escovação supervisionada e a média de procedimentos básicos individuais mostraram melhores resultados em municípios com relação de 1:1. A proporção de exodontias apresentou-se, em média, mais baixa também em municípios com essa proporção.

O fato de uma ESB poder estar vinculada ao território de mais de uma Equipe de Saúde da Família, além de dificultar a integração dessas equipes, correndo o risco de dividir o PSF, ainda tem como desafio a pressão de uma demanda reprimida maior do que a capacidade dos serviços, a inviabilidade do vínculo com a população adscrita e a impossibilidade de executar um trabalho planejado. O elevado número de indivíduos cobertos pela ESB é uma das maiores dificuldades do programa (CARVALHO et al., 2004; SILVA, 2006).

Entretanto, não se pode afirmar que a equiparação das equipes na proporção de 1:1 garantirá o cumprimento das metas pelas unidades, pois, segundo Baldani et al. (2005), existe dificuldade, por parte de algumas equipes, em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas como, por exemplo, visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência, o que significa que, mesmo com a introdução de uma relação equipe de saúde bucal/ equipe de saúde da família de 1:1 a partir de junho de 2003, as dificuldades provavelmente continuarão a ocorrer.

Outros autores (BARROS; CHAVES, 2003) alertaram que o fato de os municípios passarem a contar com uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família contribuiu para um aumento da oferta de serviços, mas nem sempre para uma reorientação das ações de saúde bucal e para a construção de modelos de atenção baseados na vigilância à saúde. Souza (2008) confirma esse fato ao estudar dois municípios de Pernambuco: “embora o município ‘x’ tenha duas equipes de Saúde Bucal da Família, nenhuma delas funciona dentro das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações em Unidades de Saúde da Família”.

10.5 Síntese dos modelos de atenção à saúde bucal em Pernambuco

Com base no que foi abordado na discussão, procurou-se sistematizar as características encontradas dos modelos de atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco (**quadro 3**). Foram relacionados três formas de modelos com as seguintes características: 1- modelo de prevenção, voltado para práticas de promoção e prevenção; 2- modelo curativista/mutilador, com foco nos procedimentos clínicos, especialmente restaurações e exodontias; 3- modelo do SUS, voltado para reorganização das práticas em saúde, dentre elas diagnóstico da situação de saúde, integralidade da assistência prestada à população adscrita; articulação da referência e contrarreferência aos serviços de maior complexidade, integração entre ESB e ESF, estímulo às ações de promoção de saúde, participação social, além do acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

As características dos municípios, referentes ao desempenho dos indicadores por porte populacional, cobertura da população cadastrada pelo SIAB e relação entre as equipes de saúde bucal e saúde da família, foram expostas juntamente com as características das equipes de saúde bucal, a fim de melhor entender como o estado de Pernambuco “combina as suas técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas” (PAIM, 2001).

Como se pode observar no quadro 3, cada modelo de atenção possui a sua particularidade e, ao estado de Pernambuco, cabe a seguinte afirmação de Oliveira et al. (1999):

[...] não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina como o modelo da Saúde Bucal Coletiva é uma estratégia, ainda em construção, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, mas ainda sem uma matriz programática definida (OLIVEIRA et al., 1999).

Carvalho e Cunha (2006) afirmam que, ao se privilegiar o plano biológico, tende-se a seguir a organização de modelos de atenção relativos a processos de cura e de reabilitação; se for priorizado o plano das necessidades sociais, são observadas ações visando à prevenção, à promoção e à intervenção sobre os problemas de saúde da população. Paim (1999) concorda com os autores citados afirmando que podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção.

É importante compreender que, apesar do esforço, por parte da gestão e da assistência, na tentativa de implementar as características pertinentes à Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco, não há um método ideal a ser seguido, pois as tecnologias que deverão ser desenvolvidas, as formas como a demanda deve ser organizada, as estratégias de inclusão, o incentivo à participação popular, dentre outras ações, são desdobramentos importantes que cada nível deve pensar a melhor maneira de colocá-los em prática (PAIM, 1999).

	MODELO DE PREVENÇÃO	MODELO CURATIVISTA/ MUTILADOR	MODELO DE TRANSIÇÃO PARA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS	<ul style="list-style-type: none"> Melhores indicadores de escovação supervisionada (grande porte, maior proporção da população cadastrada e relação de 1ESF: 1ESB). 	<ul style="list-style-type: none"> Maior proporção de exodontias em municípios de menor porte populacional, baixa proporção da população cadastrada e com uma relação de 1ESB para mais de 2ESF. Baixos indicadores de escovação supervisionada, como em municípios de médio e pequeno portes, menor proporção da população cadastrada e relação de +2ESF: 1ESB. 	<ul style="list-style-type: none"> Maior cobertura de 1ª consulta odontológica nos municípios de maior população cadastrada e com relação de 1ESF: 1ESB. Oferta equilibrada entre procedimentos preventivos (escovação supervisionada) e curativos (básicos individuais).
CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPES	<ul style="list-style-type: none"> Poucas equipes realizam ações preventivas como escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor esporadicamente, mas sim com frequência semanal ou quinzenal. A maior oferta de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor acontece nas escolas. 	<ul style="list-style-type: none"> Há um maior foco nos procedimentos clínicos sem planejamento das ações. Proporções elevadas de exodontias e restaurações, em contraposição aos procedimentos clínicos preventivos como aplicação de selante, flúor, dentre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> Boa participação nos grupos educativos da unidade. Pouca articulação com a comunidade (associações, conselhos, igrejas...) para desenvolver ações de promoção/prevenção. Não realizam diagnóstico da situação de saúde com uso do mapa de abrangência e levantamento epidemiológico. Baixo enfoque de risco para priorizar as ações. Boa integração entre ESF e ESB. Realizam avaliação das ações com pouca participação da coordenação. Pouca participação popular.

Quadro 3. Características dos modelos de atenção à saúde bucal encontrados no estado de Pernambuco.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto, pode-se perceber que o estado de Pernambuco convive, atualmente, com distintos modelos de atenção à saúde bucal, fato observado através das diferenças entre os indicadores dos municípios e a dificuldade das equipes para efetivar as práticas relativas à Estratégia de Saúde da Família.

O porte populacional dos municípios demonstrou estar relacionado com o desempenho de alguns indicadores: municípios de grande porte apresentaram, em média, maiores indicadores de escovação supervisionada e menores valores para proporção de exodontias, podendo ser explicado pela maior estrutura de recursos disponíveis ou pela capacitação profissional, a qual foi evidenciada pela maior frequência de profissionais com treinamento introdutório e especialização.

A organização das equipes de saúde bucal foi outro aspecto discutido nesse estudo, em que a proporção da população coberta pelo SIAB e a sua relação com as ESF evidenciaram indicadores mais favoráveis quanto maior a cobertura e quando a relação era 1:1, o que demonstra a necessidade de melhor estruturar o processo de trabalho das equipes e o cumprimento da portaria Portaria nº 673 de 03 de julho de 2003, que estabelece uma relação ideal entre ESF e ESB.

Quanto às práticas exercidas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, observou-se que as ações de promoção/prevenção foram incorporadas por muitas ESB, necessitando ainda adequações como um maior envolvimento com a comunidade de abrangência.

No processo de organização das equipes, o diagnóstico da situação de saúde, assim como o planejamento das ações, não são práticas comumente realizadas pelos profissionais, prejudicando o estabelecimento do enfoque de risco às populações mais necessitadas. A articulação com a comunidade também necessita de avanços, uma vez que os usuários apenas se beneficiam com algumas palestras, não participando dos processos decisórios das equipes.

Dessa forma, a real incorporação dos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco pode ser obtida através do estímulo à educação permanente, e o monitoramento e avaliação das ações realizadas podem marcar o início do redirecionamento do modelo de atenção em saúde bucal.

Por fim, é de grande importância a elaboração de estudos sobre a atenção à saúde bucal no Brasil, abordando outras dimensões que permitam avaliar as ações odontológicas desenvolvidas nos estados e municípios, a fim de orientar os gestores e profissionais para a melhoria da qualidade da saúde bucal da sua população.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

ALBUQUERQUE, P. C. **Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco**: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios. Projeto de pesquisa. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/FIOCRUZ, 2007.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, 2006.

AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.905-914, abr, 2008.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.219-227, 2006.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1026-1035, jul./ago, 2005.

BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n.1, p.41-51, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de set. 1990. p. 18.055.

BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 601, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Portaria n° 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 67, 6 mar. 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Portaria n° 673, de 3 de junho de 2003. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.106, p. 44, 3 jun. 2003. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília, DF, 2004a. Acessado em: 12 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira: Projeto SBBrasil 2003 – Resultados Principais**, Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2006a. Cadernos de Atenção Básica, n. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Portaria n° 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Poder Executivo, Brasília, DF, n. 61, 29 mar. 2006c. Seção 1.

BRASIL. Portaria n° 493, de 10 de março de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2007.

BRASIL. Portaria n° 91/GM de 10 de janeiro de 2007. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Poder Executivo, Brasília, DF, n.11, p.33, 16 jan 2007.

BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Instrutivo dos Indicadores para a Pactuação Unificada**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COPLAM/Pacto2008/Instrutivo_Indicadores_20032008.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

BRASIL. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Poder Executivo, Brasília, DF, p.2, 26 dez. 2008. Seção 1.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF, mai. 2010.

CARDOSO, A. C. C. et al. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 94-98, 2002.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.837-868.

CARVALHO, D. Q. et al. A dinâmica da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 175-184, 2004.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1119-1131, 2007.

CONTRANDIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997, p. 29-48.

CORREIA JÚNIOR, W. L. M. **Estudo sobre procedimentos exodônticos na rede assistencial pública do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2008**. 2010. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 323-331, 2005.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

DONABIDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, p. 1743-1748, 1988. Disponível em:
http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf. Acesso em: 12 jan 2009.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006.
 Disponível em:
 <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=144>. Acesso em: 6 jan 2008.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação da atenção básica e as DCNT. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006, p. 89-104.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, p.930-6, 2005.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA. Grupo Técnico de Saúde Bucal. **Relatório Situacional da Assistência Odontológica do Município de Teresina**. Teresina, 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. Modelo. In: _____. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 2.925.

IBGE. Departamento de Emprego e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppe.def>>. Acesso em: 10 dez 2009.

LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 155-160, 2006.

MARTELLI, P. J. L. **Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal**: caracterização do modelo assistencial. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

MARTELLI, P. J. L. et al. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1669-1674, Set/Out. 2008.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MOTA, E.; CARVALHO, D. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 505- 521.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, sup., p. 297-302, 2005.

PADILHA, W. W. N. et al. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**. João Pessoa, v.5, n.1, p.65-74, 2005.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários In: E.V.MENDES et. al. (Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

PAIM J. S. Reforma sanitária e os modelos assistências. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA, F.N. **Epidemiologia & Saúde**, 5 ed. Rio de Janeiro: MÉDSI, 1999. p.473-488.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Seminários Temáticos Permanentes**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 9 fev 2009.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-571.

PATRIOTA, C. M. M. **Cobertura das ações de saúde bucal no Recife no período de 2000 a 2005**. 2006. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.121-130, 2004.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. 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**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PIMENTEL, F. C. et al. Evolução da assistência em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, n.2, p.253-264, mai/ago, 2008.

PINHEIRO, R. S; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.999-1010, 2006.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 1, p.8-14, 1999.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do SUS. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

RONCALLI, A. G. C. O. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006a. p.32-48.

RONCALLI, A. G. C. O. Edentulismo. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b. p.205-218.

SCHRAIBER, L. B. **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: MENDES-GONÇALVES, R. B.; NEMES, M. I.; SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, S. F. **A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco**. 2006. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

SILVEIRA FILHO, A. D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. 2002. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/artigo_rbsf_toni.pdf>. Acesso em: 12 jan 2009.

SULIANO, A. A.; BARBOSA, M. B. C. B. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. In: BARBOSA, M. B. C. B.; BRUNO, G. B.; SOUZA, E. H. A. **Saúde Bucal no PSF**. Juazeiro do Norte: Faculdade de Medicina, 2004.

SOUZA, D. S. et al. A inserção da saúde bucal no PSF. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p.13-29, jul./dez. 2001.

SOUZA, M.A. **Análise da Implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SOUZA, T. M. S; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, 2007.

TANAKA, O.Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. 1 ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v.7, n.2, p. 7-28, Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA, M. C. D. A dimensão cuidadora do trabalho em equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.

ZANETTI, C.H.G. **Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica**. Brasília, 2000. Disponível em:
<www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm>. Acesso em: 4 ago 2007.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL - ESB

Município:

Nome da Equipe:

Profissional entrevistado: CD ASB TSB

COMPONENTE ESTRUTURA

1. Data do preenchimento deste questionário

Dia Mês Ano

2. Mês/Ano da Implantação desta Equipe de Saúde Bucal (ESB)

(considere a data da contratação dos profissionais para atuar na equipe)

Mês Ano

3. População coberta por esta ESB em janeiro/2009

(utilizar os dados do cadastramento familiar caso já esteja concluído. Não estando disponível, empregar a estimativa utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para população da área)

Nº de habitantes

4. Qual o número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal nesta unidade?

ESF x ESB

5. Qual a modalidade da(s) ESB?

Informar o número de equipes de cada modalidade.

Tipo I – CD, ASB

Tipo II – CD, ASB, TSB

6. Possui os seguintes equipamentos?

0 - não possui

1 - sim, mas não funciona

2- sim, funcionando

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a) <input type="checkbox"/> cadeira | b) <input type="checkbox"/> compressor | c) <input type="checkbox"/> mocho odontológico | d) <input type="checkbox"/> refletor |
| e) <input type="checkbox"/> cuspideira | f) <input type="checkbox"/> unidade auxiliar | g) <input type="checkbox"/> terminal de sugador | |
| h) <input type="checkbox"/> pedal de acionamento do equipo | | | |
| i) <input type="checkbox"/> equipo com pelo menos 2 terminais para peças de mão e 1 seringa tríplice; | | | j) <input type="checkbox"/> fotopolimerizador |
| k) <input type="checkbox"/> amalgamador | l) <input type="checkbox"/> autoclave | | m) <input type="checkbox"/> estufa |
| n) <input type="checkbox"/> Aparelho de raio-x | o) <input type="checkbox"/> negatoscópio | | |
| p) <input type="checkbox"/> micromotor c/ contra-ângulo | q) <input type="checkbox"/> caneta de alta rotação | | r) <input type="checkbox"/> avental de chumbo |
| s) <input type="checkbox"/> Aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato | t) <input type="checkbox"/> EPI- óculos de proteção | | |

7. Assinale a situação de abastecimento de materiais/insumos relacionados (nas últimas duas semanas) conforme as definições a seguir:

SUFICIENTE: disponível para todas as situações / pacientes quando foram necessários(as)

INSUFICIENTE: disponível em quantidade não adequada para atender as necessidades

0 - Não há

1 - Insuficiente

2 - Suficiente

- a) Material odontológico de consumo (resina, amálgama, gaze, flúor, anestésico, dentre outros).
- b) Equipamento de proteção individual: luvas, máscara, gorro.
- c) Material educativo como cartolina ou similar, pincéis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado e impressos.
- d) Formulários, receituários e requisições.

17. Durante as atividades educativas, quais os temas abordados pela equipe?

(Deixar que o profissional responda sem saber as alternativas)

0 – não**1 - sim**

- a) Higiene bucal (escovação, uso do fio dental) b) Principais doenças bucais (cárie, doença periodontal, outras)
- c) Dieta d) Cuidados para evitar fluorose
- e) Prevenção à exposição ao sol sem proteção f) Riscos do álcool e fumo
- g) Autoexame da boca (para identificação de lesões) h) Cuidados após traumatismo dentário
- i) Importância da prática de exercícios físicos j) Riscos dos agravos à saúde (como diabetes, hipertensão, dentre outros)
- i) Outros. Especifique: _____

18. No último mês, a ESB realizou alguma atividade de promoção e/ou prevenção voltada para os seguintes grupos populacionais?**0 – não****1 - sim**

- a) hipertensos e/ou diabéticos b) gestantes c) idosos d) adolescentes
- e) portadores de deficiência d) outros. Especifique: _____

19. A ESB planeja e realiza ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com as seguintes organizações?**0 – não****1 - sim**

- a) ONG b) Associações d) Conselhos c) Igrejas
- e) Movimentos sociais f) escolas g) Creches

20. Como são realizadas as atividades educativas pela equipe?

(Considerar se a realização de tarefas entre CD, ASB e TSB é em conjunto ou separadamente)

0 – não**1 - sim**

- a) Sempre em conjunto b) Programada, hora em conjunto, hora separados c) CD, ASB e TSB, separados
- d) Outra forma: _____

21. O cirurgião-dentista faz supervisão técnica dos auxiliares?**0 – não 1 – sim**

- a) ASB b) TSB c) ACS

22. No último mês, a equipe realizou visitas domiciliares?

(Considerar a frequência de realização das ações)

0 – não realizou**1 – 9 visitas**

- CD ACD THD

23. Realizou os seguintes procedimentos básicos individuais no último mês?

(Considerar os procedimentos realizados durante os atendimentos clínicos)

0 – não**1 - sim**

- a) Aplicação de cariostático b) Aplicação de flúor c) Aplicação de selante
- d) Remoção de placa e) Adequação do meio bucal
- f) Tratamento Restaurador Atraumático – TRA g) 1º consulta odontológica
- h) Remoção de tártaro i) Restauração de dentes decíduos / permanentes
- j) Tratamento de alveolite k) Tratamento de hemorragias
- l) Exodontia e remoção de resto radicular m) Atendimento aos casos de urgência

24. Participa de ações integradas com os demais membros da Equipe de Saúde da Família?

0 – não

1 - sim

- a) Reunião administrativa
- b) Análise da situação de saúde da população
- c) Planejamento das ações da equipe
- d) Participação em campanhas / outros eventos
- e) Participação nos grupos educativos
- f) Acompanhamento integrado dos casos pela equipe

25. A equipe, nos últimos 3 meses, utilizou o mapa da área de abrangência para o planejamento e desenvolvimento das ações? 0-não 1-sim

Se sim, para que?

- a) Organizar o atendimento
- b) Demarcar áreas de risco
- c) Distribuição das famílias por ACS
- d) Não utilizou
- e) Outros. Especifique: _____

26. A ESB já realizou ou participou da elaboração do diagnóstico da área adscrita?

0 – não

1 - sim

Se SIM, como foi realizado?

- a) Identificação de grupos de risco da área;
- b) Identificação de escolas, creches, asilos, outras instituições e grupos comunitários;
- c) Levantamento das condições socioeconômicas e sanitárias da população adscrita;
- d) Diagnóstico das doenças bucais (cárie, doença periodontal e outras) da comunidade.

26. Marque o(s) item(ns) referentes à participação da comunidade nas atividades da ESB.

0 – não

1 - sim

- a) A ESB reúne-se com a comunidade periodicamente para debater sobre temas de cidadania, assistência prestada, funcionamento do SUS?
- b) A ESB participa de reuniões com conselhos de saúde?
- c) Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESB?

27. Esta ESB tem agenda de trabalho semanal pré-definida?

0 – não

1 - sim

- a) Cirurgião-Dentista
- b) THD
- c) ACD
- d) Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

29. Como é realizada a organização do atendimento clínico?

(Marcar os itens que são levados em consideração para marcação das consultas)

0 – não

1 - sim

- a) **Faixa etária:** criança, adolescente, adulto, idoso;
- b) **Grupos prioritários:** gestantes, hipertensos, diabéticos;
- c) **Risco:** mães analfabetas, baixo nível socioeconômico etc;
- d) **Programada** através do cadastramento ou através do levantamento epidemiológico;
- e) **Marcação por microárea:** cota de atendimento por ACS;
- f) **Agenda aberta:** todos os usuários que comparecem à unidade são atendidos e/ou encaminhados;
- g) **Demanda espontânea**
- h) Outros: _____

29 ESB realiza avaliação mensal dos resultados alcançados?

0 – não

1 - sim

Se SIM, que instrumentos utiliza?

a) SIA b) SIAB c) Mapa de produção d) Outros: _____

29. Nos últimos 3 meses, quantas vezes a ESB participou de reunião com a coordenação de saúde bucal? Número de reuniões

30. Como a ESB faz encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento especializado?

(Marque a situação mais freqüente)

0 – Orienta verbalmente o paciente para onde procurar o atendimento

1 – Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento

2 – Agendamento através de Centrais de Atendimento (Centrais de Marcação)

3 – Outra forma. Especifique: _____

31. Para quais serviços os pacientes são referenciados e em quais ele consegue atendimento?

Marcar as especialidades em que haja referência dos casos, seja dentro do município ou fora dele

0 – não

1 - sim

	Meses (se sim, incluir tempo para atendimento)
a) <input type="checkbox"/> tratamento endodôntico;	<input type="checkbox"/>
b) <input type="checkbox"/> serviço de reabilitação protética;	<input type="checkbox"/>
c) <input type="checkbox"/> serviço de periodontia;	<input type="checkbox"/>
d) <input type="checkbox"/> ortodontia preventiva;	<input type="checkbox"/>
e) <input type="checkbox"/> serviço de urgência odontológica	<input type="checkbox"/>

32. Dos pacientes que a ESF encaminha, que informações são recebidas como contrarreferência do atendimento?

(Marque a situação mais freqüente)

0 – Não recebe nenhuma informação do serviço.

1 – Recebe relatório escrito do atendimento e das providências tomadas.

2 – Outra forma Se assinalar a opção 3 (Outra forma), especifique: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Centro de Pesquisas

AGGEU MAGALHÃES



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE)**

TÍTULO DA PESQUISA: Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios.

Eu, _____, RG n° _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar voluntariamente como entrevistado no projeto de pesquisa descrito acima, sob a responsabilidade de **Paulette Cavalcanti de Albuquerque**, coordenadora da pesquisa e pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ.

Assinado este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é avaliar a organização e o funcionamento da atenção primária à saúde no Estado de Pernambuco, a partir dos modelos de atenção à saúde implantados e da evolução dos indicadores de saúde pactuados, no período de 1997 a 2006;
2. A realização desta pesquisa poderá trazer subsídios para compreender como as atuais equipes de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde funcionam e se organizam, sendo neste aspecto, potencialmente benéfica para os profissionais integrantes dessas equipes, na medida em que poderá contribuir para a melhor organização da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco. Os resultados da pesquisa também poderão ser divulgados em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas.
3. Os possíveis riscos da minha participação na pesquisa são constrangimentos perante pessoas e instituições caso meus posicionamentos ou minha identidade venham a público, o que será minimizado pela garantia da CONFIDENCIALIDADE das informações e pelo ANONIMATO de todos que participarem da pesquisa;
4. Durante a aplicação do questionário, fornecerei informações sobre a estrutura das equipes, a organização do processo de trabalho, a formação dos profissionais envolvidos e as formas de atuação junto à comunidade para educação e promoção da saúde;
5. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa;
6. Minha participação não é obrigatória e minha recusa não trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição proponente, bem como que a qualquer momento da pesquisa poderei desistir de participar e retirar o meu consentimento
7. Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
8. Sei que, em caso de dúvida sobre minha participação, poderei esclarecê-las com a pesquisadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque (Fone: (81) 2101-2604).

Eu li, compreendi e assino o presente termo em duas vias sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Voluntário

RG

Pesquisadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM
Av. Professor Moraes Rego, s/n
Cidade Universitária - Recife - PE - Brasil
CEP: 50.670-420 Caixa Postal: 7472
Telefone: (81) 2101-2604

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CPqAM/FIOCRUZ



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: Atenção primária à saúde no Estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo da gestão dos municípios.

Pesquisador responsável: Paulette C. de Albuquerque.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 21/10/2008

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 139/08

Registro no CAAE: 0137.0.095.000-08

PARECER Nº 129/2008

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de dezembro de 2011. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 04 de dezembro de 2008.


Dr. Zulma Leite de Medeiros
Médica
Coordenadora
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 04/12/2009.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedectica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério da Saúde