

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E**  
**GESTÃO EM SAÚDE**

**JUSTINA ALMEIDA NUNES**  
**NERÍLIA SANTOS PIRES**  
**RUTY LENY NEVES FERREIRA**  
**STELA LUCENA BELCHIOR CARVALHO**

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

São Luís  
2010

**JUSTINA ALMEIDA NUNES  
NERÍLIA SANTOS PIRES  
RUTY LENY NEVES FERREIRA  
STELA LUCENA BELCHIOR CARVALHO**

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestre Árina Santos Ribeiro.

São Luís

2010

Nunes, Justina Almeida.

Processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família no município de São José de Ribamar - MA. Justina Almeida Nunes; Nerília Santos Pires; Ruty Leny Neves Ferreira; Stela Lucena Belchior Carvalho. - São Luís, 2010.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

66 fl.

1. Saúde bucal. 2. Processo de trabalho. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Serviço de saúde. Título.

CDU 614:2

**JUSTINA ALMEIDA NUNES  
NERÍLIA SANTOS PIRES  
RUTY LENY NEVES FERREIRA  
STELA LUCENA BELCHIOR CARVALHO**

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde  
do LABORO – Excelência em Pós-  
Graduação/Universidade Estácio de Sá,  
para obtenção do título de Especialista em  
Auditoria.

Aprovado em        /        /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Árina Santos Ribeiro** (Orientadora)

Mestre em Saúde e Ambiente

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

**Profa. Rosemary Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade Federal do São Paulo- USP

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por sua presença em todos os momentos de nossas vidas;

À professora Mestre Árina Santos Ribeiro, pela orientação e importante colaboração para execução deste trabalho;

À Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva, que contribuiu para a correta normalização e apresentação desta pesquisa;

Aos Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal, e aos profissionais das Equipes de Saúde da Família que colaboraram, prestando as informações que fundamentaram esta pesquisa.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

*Pedi, e dar-se-vos-á; buscai e achareis; batei e abrir-se-vos-á.*

*Mateus, 7:7*

## RESUMO

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas impulsionou a decisão para a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesta inclusão, o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes deverá expressar os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS. Assim, esta pesquisa tem como objetivo estudar o processo de trabalho desenvolvido pelas ESB no município de São José de Ribamar – MA. Foi realizada uma pesquisa de campo, com enfoque quantitativo e descritivo. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se três tipos de questionários: um para o cirurgião-dentista, um para auxiliar de saúde bucal (ASB) e outro para um profissional de cada ESF. Foram pesquisados 18 dos 23 dentistas que compõe ESB, 19 dos 23 ASB e 20 profissionais do PSF. Os resultados mostraram que, em geral, as ESB do município estudado trabalham em consonância com o modelo preconizado pelo SUS, principalmente quanto à abordagem multiprofissional, articulação da referência e contra-referência e à interação entre os profissionais. Isto implica em significativas mudanças das práticas tradicionais de trabalho, do tipo individualista, para uma abordagem que tem a família como o seu núcleo central de atuação.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Processo de trabalho. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The need of improving epidemiologic indices about dental health and also increasing the access of the Brazilian population to the actions related to this area drove to the decision for including the Dental Health Team (DHT) in the Family Health Strategy (FHS). On this inclusion, the processes of work should express the principles and guidelines recommended by the SUS (Brazilian Public Health System). Thus, this paper's main objective is to study the process of work of the DHT in city of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil. It was done a field research, focusing on quantitative and descriptive tools. There were used three instruments of data collection (questionary): one to the dentist, another to the oral health assistant and the last to a member of Family Health team. There was searched 18 from the 23 dentists who compose the dental health teams, 19 from 23 dental health assistant and 20 professionals from the Family Health Teams. The results showed that the Dental Health Teams from this city work according to the model recommended by the SUS, especially about the multidisciplinary approach, articulated reference and counter reference and interaction between professionals, which imply significant changes into the traditional practices of work that usually happens on Brazilian Dental Health System.

Key-words: Oral health. Working method. Family health Program.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Meta e evolução do número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a 2009.....	18
Figura 2- Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil de 2001 a 2009.....	18
Gráfico 1- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões - dentistas da ESF de acordo com o sexo. São José de Ribamar, 2009.....	29
Gráfico 2- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões - dentistas da ESF de acordo com o domicílio. São José de Ribamar, 2009.....	30
Tabela 1- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o tempo de formação em odontologia. São José de Ribamar, 2009.....	30
Tabela 2- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o tempo de serviço na ESB do município. São José de Ribamar, 2009.....	31
Tabela 3- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o tempo de serviço em PSF de outro município. São José de Ribamar, 2009.....	31
Tabela 4- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com os cursos de pós-graduação. São José de Ribamar, 2009.....	32
Tabela 5- Distribuição percentual das 18 ESB quanto à forma de marcação de consultas nas UBS. São José de Ribamar, 2009.....	33
Tabela 6- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o conhecimento das atribuições na ESF. São José de Ribamar, 2009.....	34
Tabela 7- Atividades desenvolvidas pelos ASB/TSB dentro de cada ESB. São José de Ribamar, 2009.....	35
Tabela 8- Atividades desenvolvidas pelas ESB com a participação das ESF. São José de Ribamar, 2009.....	36

,

Gráfico 3- Distribuição percentual das 20 ESF de acordo com a atuação multiprofissional com suas respectivas ESB. São José de Ribamar, 2009.....	37
Tabela 9- Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com as dificuldades na realização de atividades com a ESF. São José de Ribamar, 2009.....	38
Quadro 1- Visão dos profissionais do PSF quanto à participação dos ACS no processo de trabalho de suas respectivas ESB. São José de Ribamar - MA, 2009.....	38

## SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
<b>2.1 Geral</b> .....	13
<b>2.2 Específicos</b> .....	13
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
<b>3.1 Inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família</b> .....	14
<b>3.1.1 Saúde Bucal no Município de São José de Ribamar</b> .....	21
<b>3.2 Processo de trabalho da saúde bucal no Saúde na Família</b> .....	22
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	27
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	40
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	44
ANEXOS.....	50

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, pelo individualismo e pela baixa resolubilidade, que tem gerado, ao longo dos anos, um alto grau de insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde (BARBOSA et al., 2007).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) 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, visitas domiciliares etc.), e ora em seus próprios núcleos de atuação e competência, mas sempre trabalhando de forma integrada em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a interdisciplinaridade é um desafio posto aos profissionais da Saúde da Família no processo de trabalho em equipe. Nesta modalidade de trabalho ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença da comunidade.

Dessa forma, pensando na integralidade da atenção, onde a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral indivíduo, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS 1.444 de 2000, incorporou Equipes de Saúde Bucal (ESB) ao ESF. Porém, esta inclusão deve seguir o modelo de atenção pautado na lógica da ESF, e não continuar o modelo tradicional curativo ainda vigente em nosso país, pois se sabe que, historicamente, as práticas da Saúde Bucal sempre foram desenvolvidas à distância, praticamente entre quatro

paredes, restritas à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico.

Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe. Assim, deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade em que atuam.

Neste sentido, foi estabelecido através das Diretrizes da Política Nacional de Saúde de 2004, que o processo de trabalho das ESB dentro da ESF deve ser pautado seguindo alguns princípios: interdisciplinaridade/multiprofissionalismo, integralidade da Atenção, intersetorialidade, ampliação e Qualificação da Assistência, condições de trabalho e seguir parâmetros (BRASIL, 2004).

Esse novo modelo de trabalho preconizado pelo Ministério da Saúde aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e na integralidade da atenção ao indivíduo, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde. E o seu sucesso está condicionado, antes de tudo, a uma mudança no perfil dos profissionais que atuam na atenção básica de saúde, na medida em que eles conheçam bem os objetivos do Programa e de seu papel dentro da equipe.

Portanto, incluir saúde bucal no PSF não significa exclusivamente colocar cirurgião-dentista na equipe mínima, constituída pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e

interdisciplinar para que possam desenvolver o trabalho de acordo com o pensamento atual proposto (FACCIN, 2007).

Desse modo, entendendo a importância deste tema na atual política de inovação de modelo assistencial pretende-se identificar a visão dos profissionais de saúde bucal, como parte integrante da ESF, analisar o processo de trabalho desenvolvido no município, a partir dos parâmetros do SUS, e conhecer como se dá a relação entre a ESB e outros profissionais da ESF da equipe.

O estudo tem finalidade de entender mais profundamente o comportamento dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultórios dentários quanto ao seu papel na concepção dessa nova proposta de trabalho no serviço público de saúde, e propor caminhos para incorporar ao processo de trabalho em saúde bucal, no município, os avanços conceituais da ESF, e contribuir no estudo desse tema para pesquisas futuras.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar o processo de trabalho em Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família no município de São José de Ribamar.

### **2.2 Específicos**

Traçar o perfil demográfico e profissional dos Cirurgiões-Dentistas que atuam nas ESB;

Conhecer a visão dos Cirurgiões-Dentistas (CDs), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) quanto ao papel dentro do PSF;

Identificar as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) que contribuem para atingir os princípios e diretrizes do SUS;

Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários) do Programa da Saúde da Família em relação ao trabalho da Equipe de Saúde Bucal dentro da Equipe da Saúde da Família.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família**

O Programa Saúde da Família (PSF) consiste em uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, cujo objetivo é a reestruturação da atenção primária, ou seja, levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

As primeiras equipes multidisciplinares do Programa Saúde da Famílias - compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde incorporaram e ampliaram a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com o intuito de transferir a atenção centrada no indivíduo, para uma lógica de abordagem familiar, dentro do seu ambiente físico e social (SANTANA; CARMAGNANI apud BARBOSA et al., 2007).

Através desta nova abordagem, o PSF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, mediante construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994).

De acordo com Starfield (2002), é necessário que as Equipes de Saúde da Família incorporem o correto conceito da Atenção Primária ou Atenção Básica, para que desenvolvam o trabalho de modo satisfatório. Isso pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: facilitação do primeiro contato, vínculo entre o usuário e o profissional, a integralidade da atenção para conseguir a resolutividade clínica do indivíduo, e a coordenação dos serviços a fim de garantir a continuidade da atenção quando há referência a outros níveis de atenção.

Segundo Brasil (2001), além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

- I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam.
- II - Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população.
- III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.
- IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.



Nesse sentido, pensando na integralidade da atenção e nos demais princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, foram incorporadas, em dezembro de 2000, Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Equipe da Saúde da Família (ESF), através da Portaria MS 1.444 de 2000, tendo como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas.

No ano seguinte, a Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 veio regulamentar a Portaria MS 1.444 de 2000, onde anunciou o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Neste documento, ficaram estabelecidas as atribuições comuns e específicas dos profissionais de Saúde Bucal e que a inclusão das ações de Saúde Bucal no PSF deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS.

A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades: modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar de Saúde Bucal (ASB); e modalidade II, que compreende um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB), com carga horária de 40 horas semanais.

Fato relevante para a decisão político-institucional de inclusão da saúde bucal na ESF foi a divulgação, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD, revelando à sociedade brasileira informações que, sob o ponto de vista ético, confrontavam o papel do Estado enquanto provedor de ações e serviços de saúde à população brasileira.

Segundo esta pesquisa as informações que mais demonstravam a necessidade de políticas públicas, para as ações de saúde bucal foram que: aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam acessado qualquer forma de atenção odontológica no Brasil; destes, quase 20 milhões eram crianças e jovens até 19 anos, e a maioria vivendo em áreas urbanas e regiões metropolitanas; entre os residentes na zona rural os dados eram ainda mais graves, pois 2/3 dos idosos eram desdentados totais após os 70 anos de idade (CRUZ et al., 2009).

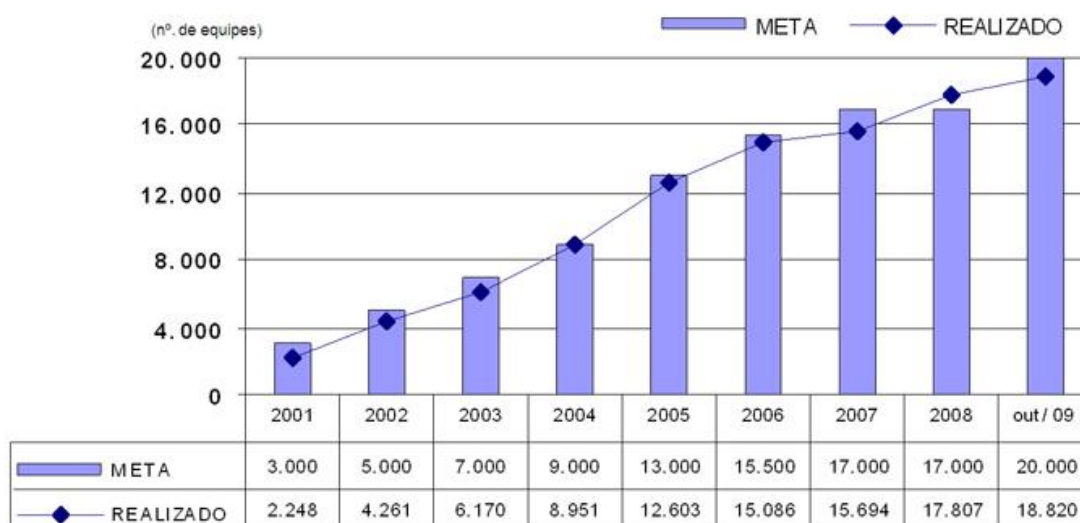
Dados do mais recente e amplo levantamento epidemiológico nacional realizado em 2003 revelaram uma realidade dramática da saúde bucal da população que participou do delineamento amostral. De acordo com o que foi observado na amostra, o país está dentro de padrões internacionais estabelecidos para saúde bucal apenas para a faixa etária índice de 12 anos de idade. Enquanto isso, a situação dos idosos é epidemiologicamente adversa, configurando um quadro de elevado número de perdas dentárias, o que resultou ao Brasil o título de “país dos banguelas” (BRASIL, 2004).

Segundo Narvai apud Emmi; Barroso (2008), a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação. Por isso, a inserção de ações de saúde bucal na ESF representou a possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, no sentido em que há maior facilidade de acesso ao tratamento odontológico, antes praticamente inexistente.

A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída em 2004, veio mudar a realidade da saúde bucal brasileira. Articulada a outras políticas de saúde, ela apresenta, como principais linhas de ação, a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias).

De dezembro de 2002 até agosto de 2009, o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.482 - aumento de 334% (Figura 1). Nesse mesmo período, houve acréscimo na cobertura populacional de 72 milhões de pessoas, representando crescimento de 480%. A meta para 2010 é chegar ao total de 24,6 mil Equipes de Saúde Bucal em funcionamento (BRASIL, 2009).

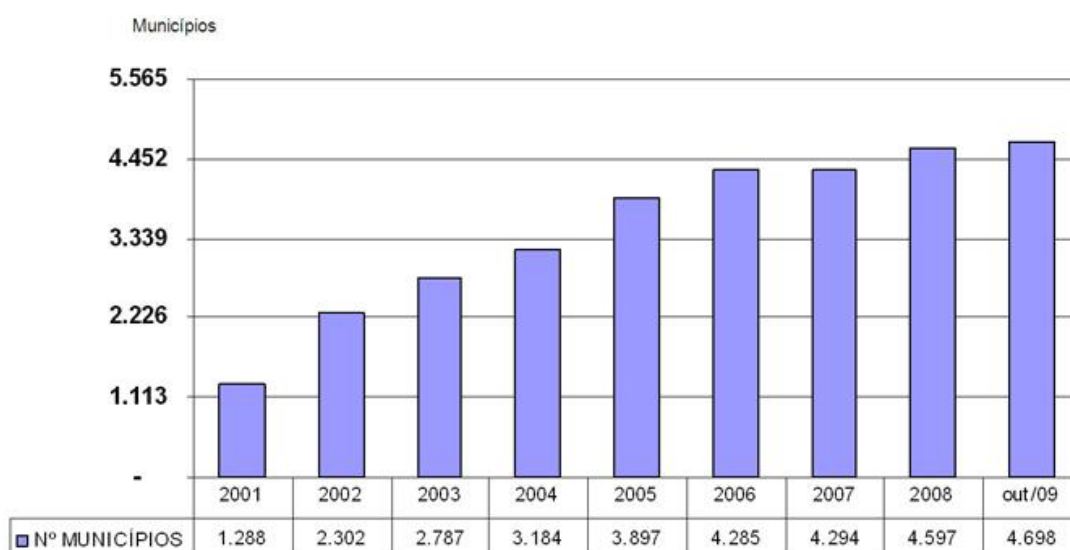
Figura 1 - Meta e evolução do número de Equipes de Saúde bucal; implantadas no Brasil de 2001 a 2009.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

O número de municípios brasileiros abrangidos com Equipe de Saúde Bucal está quatro vezes maior que em 2001, ano em que estas foram incluídas no PSF (Figura 2). Isso demonstra, de acordo com os números, um interesse por parte dos gestores na implantação de políticas de saúde que garantam a integralidade da atenção e resolutividade nas ações de saúde direcionadas aos usuários de seus municípios.

Figura 2 - Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal Implantadas no Brasil de 2001 a 2009.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Silveira Filho (2002), argumenta que a consolidação das ações de saúde bucal no SUS, deve seguir os mesmos princípios constitucionais que regem a dimensão macro da saúde, ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade. Contudo, percebe que algumas destas dimensões são ainda pouco incorporadas à atitude em saúde bucal em boa parte dos sistemas locais de saúde.

Este fato ocorre porque ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer odontologia representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e uma grande proposta, que é de trabalhar em equipe. Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das ESB no PSF (SILVEIRA FILHO, 2002).

Para Medeiros et al (2007), esta nova estratégia de atenção à saúde, centrado na abordagem familiar, pretende consolidar um novo modelo de atendimento odontológico, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar.

Assim, Emmi; Barroso (2008) argumentam que o Cirurgião-dentista somente deve ser incorporado à equipe de saúde da família após treinamento, que lhe proporcione a compreensão das políticas de saúde propostas pelo SUS e a capacitação para trabalhar em grupo, porque o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal, depende, fundamentalmente, de recursos humanos adequadamente preparados.

Na opinião de Carvalho et al (2004), embora ainda seja difícil mensurar o impacto das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família, há um evidente progresso do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade na lógica de trabalho do PSF, entretanto, qualquer mudança no modelo de assistência pública de saúde bucal só tem possibilidade de ser alcançada se houver clara vontade política de mudança e de reformulação,

com ações odontológicas articuladas à saúde geral e através de ações intersetoriais.

Calado apud Medeiros (2007), afirma que avanços importantes foram conseguidos com a implantação da Saúde Bucal no Programa da Saúde da Família, tais como: mudança na prática assistencial, inserção de outras categorias profissionais, com Auxiliares de Saúde Bucal e Técnicos em Saúde Bucal e participação conjunta de instituições de ensino superior no desenvolvimento das atividades. No entanto, ainda existem obstáculos que precisam ser superados, dentre eles, a fragilidade dos serviços de referência e contra-referência, recursos financeiros escassos, perfil inadequado dos profissionais que são incorporados nas equipes e falta de sensibilidade dos gestores para o tema.

No Brasil, levantamentos epidemiológicos de abrangência nacional, realizados pelo Ministério da Saúde, em 1986, 1996 e 2003 revelaram uma redução de cerca de 50% no índice CPO-D ao longo da última década. A região Nordeste, porém, permanece com um dos mais expressivos índices de cárie dentária no Brasil. Em se tratando do estado do Maranhão, dispõe-se de poucos dados na literatura neste aspecto (BRASIL, 2004).

No município de São José de Ribamar, especificamente, foi realizado, em 2008, o primeiro levantamento epidemiológico em escolares de 06 a 12 anos de idade, de ambos os sexos, regularmente matriculados nas séries do ensino fundamental (1º ao 8º anos) das escolas da rede pública municipal. Este estudo revelou que o CPO-D aos 12 anos encontra-se dentro dos limites preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, abaixo de 3 (THOMAZ, 2008).

Por outro lado, a severidade de ocorrência de cárie na dentição decídua mostrou-se moderada a elevada nas idades de 6, 7 e 8 anos, indicando a necessidade de adoção de estratégias político-administrativas, especialmente de educação em saúde, a fim de modificar os hábitos alimentares e de higiene bucal nessa faixa etária (THOMAZ, 2008).

### **3.1.1 Saúde Bucal no município de São José de Ribamar**

São José de Ribamar, é referência no Maranhão e no Brasil no que diz respeito à execução de políticas públicas direcionadas para o setor da saúde bucal. De acordo com o Ministério da Saúde este município figura entre as 15 cidades brasileiras que, nos últimos anos, mais promoveram ações de assistência odontológica. Em 2004, o setor municipal de assistência odontológica realizou 71.714 procedimentos e 10.976 ações educativas. Em 2007, a Prefeitura Ribamarense fechou o ano com um total de 94.385 atendimentos e 21.106 ações educativas (MENDES; CALDAS, 2008).

Para alcançar este resultado, a administração investiu no setor da saúde, em especial nas ações direcionadas à assistência odontológica. Em 2001, o município possuía apenas uma equipe de saúde bucal. Hoje, possui 30 Equipes de Saúde da Família e 23 Equipe de Saúde Bucal, que prestam atendimento na atenção básica, 1 (um) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), inaugurado em 2006, para o qual os casos mais complexos são encaminhados e 1(um) Laboratório Municipal de Prótese Dentária. A cobertura da população cadastrada nas Equipe da Saúde da Família (ESF) é de 73,13 % e a cobertura da população cadastrada nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) é de 77,58 % (MENDES; CALDAS, 2008).

De acordo com Caldas (2008), apesar de ter havido uma grande evolução no número de ESB implantadas desde 2001, o município necessita de mais 7 (sete) Equipes de Saúde Bucal para atingir o “ideal” recomendado pelo Ministério da Saúde, que preconiza que cada equipe deve cobrir no máximo 4.500 habitantes numa proporção 1 (uma) Equipe de Saúde Bucal para cada 1 (uma) Equipe da Saúde da Família (ESF). Apesar da cobertura da população cadastrada ser bastante expressiva, ainda restam 26,87 % sem cobertura das ESF e 22,42 % sem cobertura de ESB.

Além do aumento do número de Equipes de Saúde Bucal, implantação do serviço nas Unidades Básicas de Saúde, implementação do Centro Especializado em Odontologia (CEO) e investimentos em equipamentos de alta tecnologia, a execução de ações educativas nos bairros e escolas da

rede municipal também é outro fator que contribuiu significativamente para que Ribamar se tornasse referência no setor.

Todas estas ações levaram este município a receber, no ano de 2008, a premiação do Conselho Federal de Odontologia – Prêmio Brasil Sorridente. Este Prêmio, criado em 2005 no âmbito dos Conselhos de Odontologia, é concedido, desde 2006, a municípios brasileiros que se destacam na implementação de políticas públicas de saúde bucal.

### **3.2 Processo de trabalho da saúde bucal no Saúde na Família**

Segundo Zanetti et al apud Barbosa et al (2007), durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado.

O perfil da prática odontológica no Brasil, ao longo dos anos, caracterizou-se pela abordagem de ações eminentemente clínicas e ações preventivas direcionadas somente a escolares, e que se revelaram, no contexto atual insuficientes para responder às reais necessidades da população.

Segundo Carvalho et al (2004), o modelo de formação universitária em saúde que vigorou por muitos anos no país, historicamente, tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à atual filosofia de trabalho do PSF. Só recentemente, as novas diretrizes curriculares do MEC apontam para uma integração serviço-ensino-pesquisa, favorecendo um perfil de egresso mais adequado à realidade social do país e contribuindo para uma ação-intervenção transformadora dos modelos vigentes.

Para Reis; Hortale apud Medeiros (2007) é necessário o redirecionamento do processo de trabalho em saúde bucal, pelo fato de que novas exigências e competências estão sendo exigidas no novo modelo de trabalho a ser desenvolvidos dentro das Equipes de Saúde da Família.

Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige. No

entanto, o que se observa é que embora façam parte da equipe de trabalho de uma Unidade de Saúde Básica (USB), os profissionais das ESB nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada com os demais (BRASIL,2006).

Pensando na adequação a esse novo processo de trabalho em Saúde Bucal o Ministério da Saúde propõe as seguintes diretrizes:

**Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo:** a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve 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.

**Integralidade da Atenção:** a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

**Intersetorialidade:** as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social (BRASIL,2004).



Ainda sobre as diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde bucal, Brasil(2004) acrescenta:

**Ampliação e Qualificação da Assistência:** organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se: a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% as horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização; c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

**Condições de Trabalho:** para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho

**Parâmetros:** os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais; e estaduais e municipais), com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança.

A Portaria nº 267 de 2001 aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, estabelece, dentre outras, as atribuições comuns e específicas para orientar os profissionais que integram as equipes de saúde bucal para desenvolver um processo de trabalho dentro do PSF conforme os princípios e diretrizes do SUS (Anexo A).

Para Carvalho et al (2004), o momento inicial do trabalho da equipe de saúde deve ser o planejamento, começando pelo diagnóstico situacional da realidade, de forma a reproduzir, com a maior fidelidade, as condições socioeconômico-culturais e epidemiológicas da população da área de abrangência. As atividades iniciais incluem principalmente o mapeamento da área, o cadastramento das famílias, o levantamento das necessidades e o conhecimento do perfil epidemiológico.

Segundo Franco; Bueno; Merhy apud Carvalho et al (2004), o acolhimento parece ser o ponto de partida para a organização do processo de trabalho das equipes, pois a partir de sua implementação, otimizam-se as capacidades produtivas da equipe multiprofissional. É um instrumento de trabalho porque, ao incorporar as relações humanas, oferece uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário, invertendo a lógica de organização e otimizando o funcionamento do serviço de saúde.

Carvalho et al (2004), sugere um roteiro básico da possível organização da atenção odontológica em uma Unidade Básica de Saúde que inclui:

1. Identificar diferenças entre os grupos/indivíduos e classificar por grupos de risco à saúde em graus de complexidade decrescente;
2. definir tempo para cada ação na agenda diária, otimizando ao máximo os turnos de trabalho e competências de cada membro da ESB de acordo com o tipo de atividades;
3. instituir acolhimento e/ou consulta coletiva como formas de organizar a demanda e de dar atenção às necessidades da população;

4. discutir com as famílias/população as prioridades de atenção clínica e formas de organização do trabalho;
5. caracterizar e organizar os diferentes tipos de demandas: espontânea, programada e de manutenção;
6. estabelecer protocolos de fluxos e protocolos clínicos de intervenção nas principais patologias ou para atenção em cada ciclo de vida;
7. organizar atenção clínica restauradora às família e aos grupos prioritários, através de demanda organizada por ordem de prioridade estabelecida pela ESF, ESB e pela comunidade e pela busca ativa programada, garantindo o atendimento aos casos de urgência;
8. elaborar formulários e fluxos de referência para os níveis de maior complexidade e para o retorno programado;
9. alimentar sistematicamente o banco de dados para controle e avaliação;
10. apresentar informações em saúde bucal que devem circular entre os membros da ESF e ser discutidas e divulgadas para a população da área.

Na opinião de Souza et al (2001), não existem regras para a abordagem da população-alvo quanto às ações odontológicas em cada contexto. Cada equipe deverá conhecer a realidade da sua área de abrangência e, com base nela, planejar a intervenção.

#### **4 METODOLOGIA**

- **Tipo de estudo**

Foi realizada uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, com abordagem quantitativa e prospectiva, uma vez que se propôs avaliar objetivamente as ações de saúde bucal desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde Bucal e Equipes da Saúde da Família à luz dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, no município de São José de Ribamar-MA.

- **Local de estudo**

A pesquisa foi realizada em 15 Unidades Básicas de Saúde em São José de Ribamar, município localizado na microrregião aglomeração urbana de São Luís, distante 32 km da capital. Sua população estimada, de acordo com o IBGE (2008) é de 135.821 habitantes.

- **População**

A população estudada foi composta por 37 profissionais (18 dentistas e 19 Auxiliares de Saúde Bucal) dos 46 que compõem Equipe de Saúde Bucal no município. Participaram, também, 20 profissionais integrantes do Programa da Saúde da Família (um de cada equipe em que atuam as Equipes de Saúde Bucal).

O aspecto multiprofissional da população pesquisada tem por objetivo abranger diferentes visões sobre o objeto de estudo, considerando que a saúde bucal não se restringe somente ao ramo da odontologia, mas abrange também o campo de competências de outras profissões da saúde.

- **Instrumento de coleta de dados**

Utilizou-se para coleta de dados três tipos de questionários: o primeiro direcionado ao Cirurgião-dentista (Apêndice A), o segundo para os Auxiliares de Saúde Bucal e/ou Técnicos em Saúde Bucal (Apêndice B) e o último, para um integrante de cada equipe do PSF (Apêndice C).

O instrumento contém perguntas fechadas e abertas, contemplando aspectos relativos ao perfil demográfico e profissional dos profissionais das ESB, aspectos relativos ao processo de trabalho desenvolvido por eles no PSF e sobre a relação de trabalho existente entre as Equipes de Saúde Bucal e Programa da Saúde da Família.

- **Coleta de dados**

Os questionários foram aplicados pelas pesquisadoras, no próprio local e horário de trabalho dos profissionais envolvidos, em um período de aproximadamente dois meses. Participaram da pesquisa 18 das 23 equipes de PSF com ESB implantadas no município estudado. Entre os participantes estão: 18 Cirurgiões Dentistas, 19 Auxiliares de Saúde Bucal, 3 médicos, 11 enfermeiros e 6 Agentes Comunitários de Saúde.

Não foi possível a participação de todos os integrantes das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e das Equipes da Saúde da Família (ESF), tendo em vista, alguns estarem de férias e outros de licença médica.

- **Variáveis de estudo**

Em relação ao perfil demográfico e profissional dos CDs emergiram da pesquisa os seguintes eixos: sexo, domicílio, cursos de pós-graduação, tempo de serviço na ESB do município estudado e em outro município anterior, e tempo de formação em odontologia.

Em relação ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes foram analisados: o modo de acesso ao tratamento odontológico, as atividades desenvolvidas pelos Cirurgiões Dentistas e os Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e as dificuldades encontradas no trabalho junto à ESF, a visão dos profissionais do PSF sobre o trabalho da ESB, o relacionamento de trabalho entre PSF e ESB e a contribuição dos ACS no trabalho das ESB.

- **Análise de dados**

Os dados foram processados e organizados em gráficos e tabelas, utilizando-se o programa do Excel 2007.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice D).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas foram agrupadas e dispostas em tabelas e gráficos, e para melhor compreensão desta análise os resultados serão descritos em dois tópicos de acordo com os objetivos traçados neste trabalho: aspectos relativos ao perfil demográfico e profissional do CD e aspectos relativos ao processo de trabalho desenvolvido pelas ESB dentro da ESF.

No que se refere ao perfil sócio demográfico dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados pode se observar que 83% são do sexo feminino, enquanto apenas 17% são do sexo masculino. (Gráfico1)

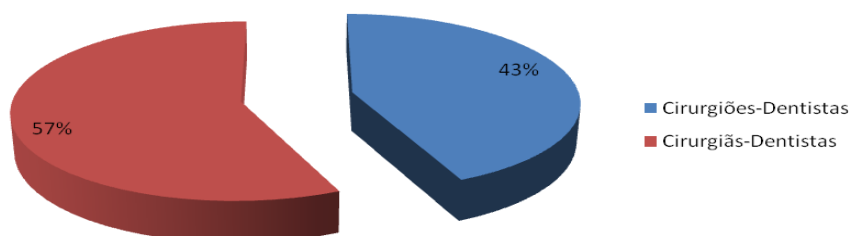


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o sexo. São José de Ribamar, 2009.

Este resultado demonstra uma correlação com os números obtidos em 2009, junto ao Conselho Regional de Odontologia do Maranhão (CRO-MA),

no qual revela que 56,74% dos cirurgiões-dentistas registrados são do sexo feminino, e 43,25% são do sexo masculino.

Quanto ao domicílio, a maioria dos dentistas, cerca de 94%, reside no município de São Luís e, apenas 6% da população pesquisada mora na mesma localidade onde desenvolve a função. (Gráfico 2)

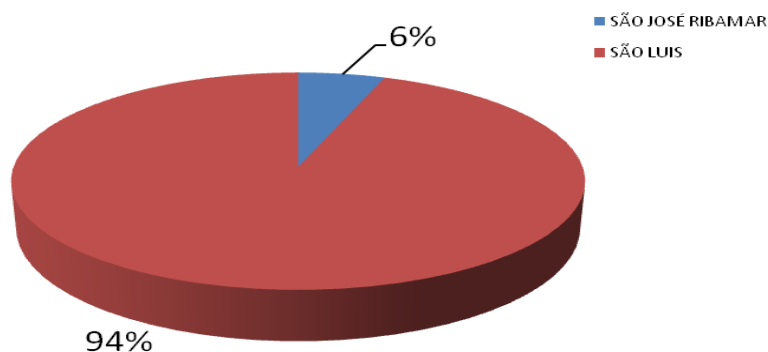


Gráfico 2– Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o domicílio. São José de Ribamar, 2009.

Percebe-se que o fato de a maioria destes profissionais morarem em outro município, não afeta o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, já que quase não existe limites entre as cidades de São Luís e São José de Ribamar.

Em relação ao tempo de formação em odontologia, observa-se que apenas 27,77% dos CDs pesquisados têm menos que 5 anos na profissão. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o tempo de formação em odontologia. São José de Ribamar - MA, 2009.

TEMPO DE FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA		
VARIÁVEL	N	%
<b>CIRURGIÃO-DENTISTA</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
< 5 anos	5	27,77
5 -10 anos	8	44,44
>10 anos	5	27,77
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Tabela 2 – Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o tempo de serviço na ESB do município. São José de Ribamar - MA, 2009.

TEMPO DE SERVIÇO NA ESB DO MUNICÍPIO		
VARIÁVEL	N	%
CIRURGIÃO-DENTISTA	18	100
< 1 ano	2	11,11
1 - 3 anos	6	33,33
> 3 anos	10	55,55
TOTAL	18	100

Mais da metade dos profissionais trabalham há mais de três anos no município estudado.(Tabela 2) Este fato é relevante quanto à qualidade do serviço oferecido, no sentido em que há uma maior entendimento das prerrogativas e diretrizes do PSF, e também, porque favorece um maior vínculo com a população assistida. A necessária capacitação em PSF é importante para alavancar as equipes para o desenvolvimento de ações que vão do planejamento em saúde à realização de investigações epidemiológicas locais.

A análise revelou que além de os CD's terem importante experiência clínica ( a maioria com mais de 5 anos de formação), eles têm significativa experiência em relação ao trabalho dentro do PSF, pois, constatou-se que apenas 22,22% dos dentistas nunca tinham trabalhado neste tipo de programa.(Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o tempo de serviço em PSF de outro município. São José de Ribamar - MA, 2009.

TEMPO DE SERVIÇO EM PSF EM OUTRO MUNICÍPIO		
VARIÁVEL	N	%
CIRURGIÃO-DENTISTA	18	100
Nenhum outro	4	22,22
10 meses	2	11.11
1 ano	1	5.56
2 anos	1	5.56
3 anos	5	27.75
5 anos	3	16,66
7 anos	1	5.56
9 anos	1	5.56
TOTAL	18	100



Entre os 50% incluem em seus currículos cursos de pós-graduação *latu sensu* em Saúde da Família, sendo que alguns dos dentistas pesquisados têm capacitação em mais de uma área. (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com os cursos de pós-graduação. São José de Ribamar, 2009.

PÓS - GRADUAÇÃO		
VARIÁVEL	N	%
<b>LATO SENSU</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
Nenhuma especialização	3	20
Saúde da família	9	60
Implante	1	06,66
Dentística	4	26,66
Odontopediatria	1	06,66
Ortodontia	1	06,66
Odontologia do trabalho	1	06,66
Prótese	2	13,33
Auditoria	2	13,33
<b>STRICTO SENSU</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
Ciências da Saúde	2	66,66
Odontologia	1	33,33

Com relação ao processo de trabalho desenvolvido pelas ESB, diz-se que o trabalho organizado em PSF requer uma programação da agenda de trabalho que siga o planejamento e programação local, levando-se em conta as necessidades da população e dos grupos prioritários estabelecidos pelo serviço.

Assim sendo, pode-se perceber que a marcação de consultas nas UBS não é realizada da mesma maneira em todas as equipes investigadas, tornando-se evidente que a maioria delas (83,33%) agenda pacientes uma vez por semana; 11,11% diariamente e 5,55% mensalmente.(Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição percentual das 18 ESB quanto à forma de marcação de consultas nas UBS. São José de Ribamar - MA, 2009

ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UBS		
VARIÁVEL	N	%
ESB	18	100
Agendamento diário	2	11,11
Agendamento semanal	15	83,33
Agendamento mensal	1	5,55
TOTAL	18	100

Além disso, há equipes que, também, agendam por grupos específicos (hiperdia, crianças, grávidas etc) (38,88%) e as que os ACS realizam a atividade de marcação de consultas (27,77%). Todas as ESB pesquisadas reservam duas vagas para as urgências que podem aparecer no turno de atendimento.

Segundo Brasil (2006), os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas da população, sendo um importante caminho para resolutividade da atenção, o que contribui para a legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida.

No que se refere ao acesso dos usuários, ou seja, a forma pela qual eles são acolhidos e atendidos, pode-se perceber que há uma concordância com o previsto pelas diretrizes do SUS, de garantir acesso à demanda espontânea.

Vê-se, por outro lado, que a valorização dos agendamentos de grupos específicos não é uma realidade favorável em todas as equipes, pois somente 38,88% disseram fazer. Ao mesmo tempo, verificou-se a participação ativa dos ACS no processo de trabalho da ESB, em conformidade com a Portaria 267/GM de 2001, que atribui ao agente comunitário a função de “identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal”.

Com relação ao conhecimento do papel dos CDs dentro da ESF observou-se que das 17 atribuições relacionadas no questionário (de acordo com a relação descrita na Portaria 267/GM de 2001) dez foram marcadas por todos os dentistas pesquisados: Somente três CDs marcaram que todas as

atribuições que constavam no questionário eram funções do CD dentro do PSF.(Tabela 6)

Tabela 6 - Distribuição percentual dos 18 Cirurgiões-Dentistas da ESF de acordo com o conhecimento das atribuições na ESF. São José de Ribamar - MA, 2009.

ATRIBUIÇÕES DO CD NA ESF	n	%
Cirurgião-Dentista	18	100
1-Procedimentos clínicos curativo-preventivos, incluindo urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;	18	100
2-Participação na programação do fornecimento de insumos para ações coletivas;	11	61,11
3-Ações de educação em saúde geral e bucal com grupos diabéticos, hipertensos, gestantes;	18	100
4-Visitas domiciliares;	18	100
5-Busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória;	13	72,22
6-Coordenação de ações de promoção de saúde e preventivas em SB;	15	83,33
7-Registro diário dos procedimentos realizados no SIA/SUS;	11	61,11
8- Identificar as faixas etárias de risco de grupos prioritários em conjunto com a ESF;	13	72,22
9- Supervisionar o trabalho de TSB/ASB;	18	100
10-Planejar o tratamento de acordo com a priorização da demanda (hipertensos, diabéticos, gestantes);	18	100
11-Participar de atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;	18	100
12-Encaminhar paciente para CEO e acompanhamento do caso;	18	100
13-Participação der reuniões de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das UBS;	16	88,88
14-Registro diário em formulários específicos da ESB;	12	66,66
15-Capacitar das ESF quanto às ações educativas e preventivas em SB;	12	66,66
16-Emissão de atestados, laudos;	18	100
17-Prescrição de medicamentos;	18	100
18-Trabalho preventivo nas escolas;	18	100

Em relação aos Auxiliares de Saúde Bucal, verifica-se que 100% deles realizam ações preventivas, esterilização, auxílio ao CD e a produtividade do mês. As visitas foram relatadas somente por 11 ASB, talvez por esquecimento, já que todos os CDs responderam que realizam visitas semanais. No entanto, apenas sete auxiliares disseram participar das reuniões de planejamento e que cinco fazem o agendamento dos pacientes. ( Tabela 7)

Tabela 7 - Atividades desenvolvidas pelos ASBs dentro da ESB. São José de Ribamar - MA, 2009.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ASBs NA ESB		
VARIÁVEL	N	%
ASB/TSB	19	100
Visitas semanais	11	57,89
Campanhas de vacinação	1	5,26
Ações preventivas	19	100
Kit de higiene bucal	11	57,89
Esterilização	19	100
Auxilio ao CD	19	100
Produtividade	19	100
Reuniões	5	26,31
Agendamento	7	36,84

As ações realizadas pelas ASBs estão diretamente relacionadas com as mencionadas pelos CDs. Dessa forma, evidenciou-se sintonia e integração em todas as ESB estudadas. Isso é percebido de forma bastante favorável e acredita-se que o bom andamento dos trabalhos realizados nestas equipes está diretamente relacionado com a reciprocidade e a valorização mútua dos profissionais que compõem as equipes.

Analisando as ações voltadas à Promoção de Saúde, 100% das equipes utilizam em média 20% do seu tempo disponível para desenvolver ações de educação em saúde nos domicílios ou espaços sociais sob sua responsabilidade. Todas as ESB pesquisadas relataram que fazem visitas ou prevenção nas escolas uma vez por semana. Esta abordagem respeita o modelo proposto para a reorientação das ações de saúde bucal, no que se refere à ampliação e qualificação da assistência que propõe que 15% a 25%

das horas contratadas devem ser destinadas para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas).

O fato de grande parte dos profissionais reservarem um período considerável de seu tempo ao prosseguimento da atenção em saúde bucal, aos pacientes mais vulneráveis e as suas famílias, é indicativo importante de mudança. Desse modo, parece estar havendo um razoável entendimento acerca do foco das ações estarem voltadas ao núcleo familiar e não ao indivíduo isoladamente por parte dos CDs.

No que se refere ao princípio da integralidade da atenção, pode-se perceber que os serviços estão organizados em níveis de complexidade crescente, uma vez que todas as equipes investigadas responderam fazer a referência e acompanhamento dos casos. O acesso ao sistema de saúde integral com ações resolutivas é premissa básica de um atendimento resolutivo e humanizado, igualitário e eficaz, no qual os usuários possam ter a garantia de melhor atenção às suas enfermidades.

Tabela 8 – Atividades desenvolvidas pelas ESB com a participação das ESF. São José de Ribamar-MA, 2009.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS ESB COM ESF		
VARIÁVEL	N	%
<b>CIRURGIÕES-DENTISTAS</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
Visitas	9	50
Palestras nas UBS	5	27,77
Palestras nas escolas	8	44,44
Ações sociais	3	16,66
Reuniões e planejamento	16	88,88

No que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional, observou-se que 95% dos membros do PSF pesquisados, independente da categoria profissional, avaliaram que a ESB desenvolve suas atividades de modo harmônico com o restante da equipe. (Gráfico 3)

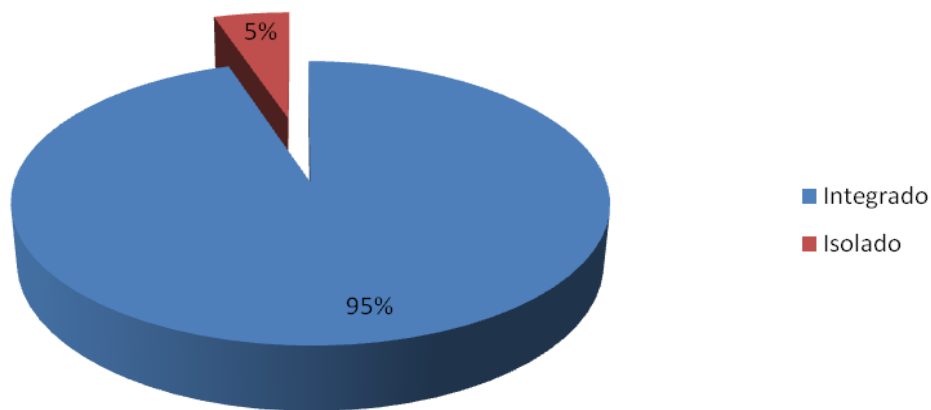


Gráfico 3 - Distribuição percentual das 20 ESF de acordo com a atuação multiprofissional com suas respectivas ESB. São José de Ribamar - MA, 2009.

Do mesmo modo, cerca de 73% dos CDs relataram nenhuma dificuldade no trabalho em equipe com os integrantes do PSF. (Tabela 9)

Quanto às atividades desenvolvidas em conjunto com o PSF, as visitas semanais foram as que mais se destacaram (50%), em seguida as palestras nas escolas (44,44%), palestras nas próprias UBS (27,77%) e por último as ações sociais com 16,66% (Tabela 8). Este fato reveste-se de particular grandeza para avaliar o grau de intimidade entre as equipes, uma vez que uma das diretrizes norteadoras do processo de trabalho em saúde familiar seria o enfrentamento conjunto de fatores de risco diversos e de diferentes complexidades no processo de trabalho.

Nesse sentido, devem ser ressaltadas as iniciativas que busquem cada vez mais a sensibilização dos profissionais para o trabalho integrado e de forma multidisciplinar na busca da melhoria das condições de vida e saúde das comunidades assistidas pelos mesmos, já que ainda encontramos ESB com algumas dificuldades nestes aspectos. (Tabela 9)

Tabela 9 – Dificuldades da ESB na realização de atividades com a ESF. São José de Ribamar MA. 2009.

DIFICULDADES DA ESB NAS ATIVIDADES COM O PSF		
VARIÁVEL	N	%
<b>CIRURGIÕES-DENTISTAS</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
Nenhuma	13	72,22
Incompatibilidade de horários	1	5,55
Atividades diferentes	1	5,55
Falta de transporte	1	5,55
A atenção nas visitas é mais voltada para o médico e enfermeiro	2	11,11
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Educação em saúde bucal se faz presente nas respostas de todos os profissionais pesquisados, uma vez que realizam de forma sistematizada atividades nas escolas, com grupos e até nos domicílios. Neste sentido, os profissionais demonstram claramente uma interação com a comunidade em que trabalham através da realização de práticas diferenciadas das realizadas antes da implantação do PSF.

Em relação ao envolvimento dos ACS no processo de trabalho das ESB notou-se que eles também realizam atividades inerentes aos profissionais da saúde bucal. De acordo com os resultados, 16 entre os 20 profissionais do PSF relataram que os ACS realizam orientações de higiene bucal durante as visitas e que 100% fazem a identificação de necessidades e encaminhamento para as UBS. (Quadro 1)

Quadro 1 – Visão dos profissionais do PSF quanto à participação dos ACS no processo de trabalho de suas respectivas ESB. São José de Ribamar - MA, 2009.

PARTICIPAÇÃO DOS ACS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS ESB	
VARIÁVEL	N
<b>EQUIPES DO PSF</b>	<b>20</b>
Orientação de Higiene Bucal	16
Marcação de consultas	3
Encaminhamento de pacientes	18
Divulgação à população das campanhas de SB	2
Identificação de necessidades	18

Segundo Brasil (2004), na Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo ACS. A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.

As visitas domiciliares realizadas desta maneira dão sustentabilidade às diretrizes do Programa no que diz respeito ao seu caráter inovador, procurando facilitar o acesso aos serviços de saúde bucal e estender a assistência aos usuários que em alguma situação fica limitado a esta assistência.



## 6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, concluiu-se que: a maioria dos CD's pesquisados residem na cidade de São Luís-MA , são do sexo masculino e possuem mais de cinco anos na profissão odontologia.

O estudo revelou, também, que a grande parte dos dentistas das ESB tem mais de 3 anos de trabalho no município de estudo e a metade deles tem pós-graduação *latu sensu* em Saúde da Família.

Evidenciou-se que o acesso ao atendimento na Unidades Básicas de Saúde se dá na maioria delas pelo agendamento semanal e as atividades mais realizadas pelas ESB em conjunto com o PSF são as visitas domiciliares e reuniões para planejamento das ações.

Em geral as ESB não sentem dificuldades na realização de atividades comuns com os profissionais das ESF.

Notou-se que a principais atividades desenvolvidas pelas ACS na ESF que interferem no processo de trabalho das ESB são: a orientação de higiene bucal e a identificação das necessidades no momento das visitas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Equipes de Saúde Bucal no município de São José de Ribamar trabalham de maneira ordenada, numa perspectiva de atenção voltada para a promoção a saúde e prevenção das doenças que acometem a cavidade oral, contemplando a equidade, a integralidade da assistência, bem como a facilitação do acesso ao serviço de saúde bucal.

Percebe-se também que as ESB, caminham, de um modo geral, em consonância com os princípios e diretrizes traçadas para a reorganização da atenção em saúde bucal. No entanto, não se pode deixar de apontar que ainda existem algumas dificuldades a serem enfrentadas pelas equipes, a fim de que aprimorem o processo de trabalho e cheguem ao que deseja o SUS: oferecer um serviço integral, resolutivo e de qualidade aos usuários do sistema.

Nesta pesquisa identificou-se fragilidades e potencialidades do processo de trabalho das equipes e propõem-se estratégias para o aprimoramento das ações em SB na direção de um modelo que incorpore o máximo possível os pressupostos do processo de trabalho desejado pelo SUS.

Espera-se que, em um futuro bem próximo, haja a implantação de mais ESBs no município, a fim de aumentar a cobertura assistencial, para assim haver uma efetivação deste trabalho em todo o município, e conseqüentemente venha melhorar a qualidade de vida da população local.

O presente estudo revelou que políticas públicas direcionadas ao bem comum, juntamente com a utilização de recursos humanos capacitados, que incorporem ao processo de trabalho em SB os avanços conceituais da ESF, são capazes de mudar a realidade de um município.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I. C. C. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc. Odontol. Brás**, Natal, n.10, n.3, p.53-60, jul./set.2007, v.10, n.3, p. 53-60. Disponível em: <[http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v10n3\\_07.pdf](http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v10n3_07.pdf)>. Acesso em: 15 out.2009..

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2000.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 267/GM, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 mar.2001.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002 -2003: resultados principais. Brasília, 2004. Disponível em: <[www.saúde.sp.gov.br/.../saúde\\_bucal/condicoes\\_de\\_saúde\\_bucal,2002](http://www.saúde.sp.gov.br/.../saúde_bucal/condicoes_de_saúde_bucal,2002)>. Acesso em 29 out.2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica. 17): **Saúde Bucal**. Brasília: MS; 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar.2006.

CARVALHO, D.Q. et al. A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde na Família. **Rev. de Saúde Pública do RS**, Porto Alegre, v.18, n. 1, p. 175-184, jan./jun. 2004. Disponível em: <[http://www.aboprev.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=115](http://www.aboprev.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=115)>. Acesso em: 9 abr. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLIGIA DO MARANHÃO. **Dados da quantidade de cirurgiões-dentistas inscritos no CRO-MA em 2009**. São Luís, MA, 2009.

FACCIN, D. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Revista ciência e saúde coletiva**, Florianópolis, 2007. Disponível em:

<[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1792](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1792)>. Acesso em: 09 jan. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio**: acesso e utilização dos serviços de saúde: PNAD 1998. Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. **Censo populacional do município de São José de Ribamar-MA**. Rio de Janeiro, 2008.

MEDEIROS et al. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da Saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n.2, p. 379-388. 2007. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a07.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2009.

MENDES, M.C.C.; CALDAS, E. A. **Equipes de Saúde Bucal no município de São José de Ribamar - MA**: entre o “real” e o “ideal”. 2008. 18p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Cirurgião-Dentista) – Curso de Odontologia - Centro Universitário do Maranhão, São Luís, 2008.

SILVEIRA FILHO, A. D. **Saúde Bucal no PSF**: o desafio de mudara prática. Disponível em: <[http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A\\_SB\\_no\\_PSF.pdf](http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/A_SB_no_PSF.pdf)>. Acesso em: 06 jan. 2009.

SOUZA, D. S. et al. A inserção da saúde bucal no Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 7-31, dez. 2001. Acesso em: 14 jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>>.

THOMAZ, Èrika Bárbara Abreu Fonseca (coord.) **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: município de São José de Ribamar, 2008. São José de Ribamar, MA, 2008. 38 p.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO- EXELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E  
GESTÃO EM SAÚDE.

**QUESTIONÁRIO PARA OS CIRURGIÕES-DENTISTAS**

1. Sexo: ( ) M ( ) F
  - 2 .Município que reside: ( ) São Luís ( ) São José Ribamar ( )  
Paço Lumiar ( ) Raposa
  3. Ano de formação: \_\_\_\_\_
  - 4 .Pós-graduação: Especialização ( ) Área: \_\_\_\_\_  
Mestrado ( ) Área: \_\_\_\_\_  
Doutorado ( ) Área: \_\_\_\_\_
  5. Curso específico em PSF: \_\_\_\_\_
  6. Tempo de serviço em PSF neste município: \_\_\_\_\_
  7. Tempo de serviço em PSF em outro município: \_\_\_\_\_
  8. Ingresso no cargo: ( ) Contrato ( ) Concurso público
  9. Local de trabalho: ( ) UBS ( ) CEO  
( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite  
Dias da semana: \_\_\_\_\_
- B- Como se dá o acesso dos pacientes ao tratamento odontológico na sua Unidade de Saúde?
- ( ) Agendamento por grupos específicos  
( ) Demanda aberta  
( ) Casos urgentes
- ( ) Outros.  
Quais? \_\_\_\_\_

C - Quais atividades a ESB realiza conjuntamente com os profissionais da ESF? Existe alguma dificuldade para realizá-las satisfatoriamente?

---

D – Na sua concepção, quais as atividades abaixo relacionadas competem ao CD dentro do PSF?

- ( ) Procedimentos clínicos curativos/preventivos, incluindo urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais
- ( ) Trabalho preventivo nas escolas
- ( ) Participação na programação do fornecimento de insumos para ações coletivas;
- ( ) Ações de educação em saúde geral e bucal com grupos diabéticos, hipertensos, gestantes
- ( ) Visitas domiciliares
- ( ) Busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória
- ( ) Coordenação de ações de promoção de saúde e preventivas em SB
- ( ) Registro diário dos procedimentos realizados no SIA/SUS
- ( ) Identificar as faixas etárias de risco de grupos prioritários em conjunto com a ESF
- ( ) Supervisionar o trabalho de TSB/ASB
- ( ) Planejar o tratamento de acordo com a priorização da demanda (hipertensos, diabéticos, gestantes)
- ( ) Participar de atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF
- ( ) Encaminhar paciente para CEO e acompanhamento do caso
- ( ) Participação de reuniões de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das UBS
- ( ) Registro diário em formulários específicos da ESB
- ( ) Capacitar as ESF quanto às ações educativas e preventivas em SB
- ( ) Emissão de atestados, laudos
- ( ) Prescrição de medicamentos

APÊNDICE B – Instrumentos de coleta de dados

LABORO- EXELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E  
GESTÃO EM SAÚDE.

**QUESTIONÁRIO PARA OS ASB/TSB**

1. Categoria: ASB ( ) TSB ( )

2. Sexo: M ( ) F ( )

3. Tempo de trabalho em Equipe de Saúde Bucal: \_\_\_\_\_

4. Que atividades você desenvolve no Programa de saúde da Família (PSF)?

---

5. Qual o diferencial em trabalhar como ASB/TSB do PSF?

---



## APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados

LABORO- EXELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E  
GESTÃO EM SAÚDE.

**QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DO PSF**

1. Categoria:

Médico ( )

Enfermeiro ( )

ACS ( )

2. – Você acha que a ESB trabalha de forma integrada com o PSF?

( ) sim ( ) não

3. Que atividades são desenvolvidas pelas ESB que melhoram o nível de saúde da população envolvida?

---

4. Que atividades realizadas por ACS contribuem para o desenvolvimento do trabalho da ESB? \_\_\_\_\_

APÊNDICE D– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
 LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
 UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E  
 GESTÃO EM SAÚDE.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Árina Santos Ribeiro.

End: Rua O, Q 11 N. 23 Bequimão CEP: 65.061-600 São Luís-MA Fone: (98) 3246-1744/8111-1000 e-mail: arina@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira. End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7, CEP: 65080-040. Fone: (98) 2109-8708

Pesquisadores: Justina Almeida Nunes, Nerília Santos Pires, Ruty Leny Neves Ferreira e Stela Lucena Belchior Carvalho.

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE  
 SAÚDE NA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR/MA**

Prezado(a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no Município de São José de Ribamar/MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas aos profissionais que atuam no PSF deste município. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete o seu trabalho. O Sr(a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Assim, convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada e agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre minha formação em SF, tipo de trabalho realizado, principais ações desenvolvidas na equipe, dentre outras. Durante o

desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal e não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

\_\_\_\_\_  
 Assinatura e carimbo do  
 Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
 Sujeito da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A- Portaria nº 267, de 06 de março de 2001

**Publicada no DOU de 07/03/2001, seção 1, pg. 67**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de:

- regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF);

- ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados;

- melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população;

- inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica

**Resolve:**

Art. 1º Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Parágrafo único. As normas e diretrizes de que tratam este Artigo integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO 1, que integra esta Portaria.

Art. 2º Explicitar, no ANEXO 2 desta Portaria, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ SERRA**

## **PLANO DE REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

### **A) INTRODUÇÃO**

A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS – que, para o seu cumprimento, requerem a reordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente.

O Programa de Saúde da Família – PSF – do Ministério da Saúde envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

## **B) OBJETIVOS**

O presente Plano tem por objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

## **C) BASES PARA REORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL**

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- III. integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- IV. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- V. definição da família como núcleo central de abordagem;
- VI. humanização do atendimento;
- VII. abordagem multiprofissional;
- VIII. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- IX. educação permanente dos profissionais;

X. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

#### **D) ESTRATÉGIAS PARA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PSF**

1. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades:

1.1. modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e

1.2. modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).

2. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.

3. A relação de equipe de saúde bucal – ESB – por equipe de saúde da família basear-se-á nos seguintes parâmetros:

3.1. cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

3.2. nos municípios com população inferior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para uma ou duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação; e

3.3. nos municípios com população superior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação.

4. a adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população;

5. as equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados;

6. as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS;

7. os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;

8. as ações de promoção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;

9. o registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab –, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;

10. o processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto de regulamentação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

## **E) ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL**

### **ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF**

I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.

II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.

III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.

IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.

V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.

VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

VII. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.



VIII. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

#### ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)

I. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.

II. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

III. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

IV. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.

V. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.

VI. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.

VII. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.

VIII. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.

IX. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.

X. Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal.

XI. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.

XII. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

XIII. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.

XIV. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.

### ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)

I. Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.

II. Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.

III. Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).

IV. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.

V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

VI. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

VII. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

### ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)

I. Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados.

II. Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD.

III. Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho).

IV. Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.

V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

VI. Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.

VII. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

VIII. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.

IX. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

#### ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

I. Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação.

II. Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.

III. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

### **F) RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS**

#### MINISTÉRIO DA SAÚDE

I. Regulamentar e repassar os incentivos financeiros para os Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, segundo as modalidades de inclusão das ações de saúde bucal no PSF.

II. Estabelecer normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.

III. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios relativa ao processo de implantação e de gerenciamento da saúde bucal no PSF.

IV. Estabelecer parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde com vistas ao incremento dos processos de capacitação da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal.

V. Elaborar e editar material didático para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

VI. Tornar disponível o Siab como instrumento para monitorar as ações de saúde bucal desenvolvidas no PSF.

VII. Consolidar, analisar e divulgar os dados relacionados à saúde bucal de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.

VIII. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal no PSF.

#### SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (SES)

I. Garantir a inclusão das ações de saúde bucal no Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS.

II. Contribuir para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.

III. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, planejamento, monitoramento e gerenciamento das ações de saúde bucal no PSF.

IV. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a capacitação técnica e a educação permanente específica em saúde da família para os profissionais de saúde bucal, por intermédio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e ou de outras instituições de ensino, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

V. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a formação de pessoal auxiliar em saúde bucal – THD e ACD – para atuar nas equipes de saúde da família, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras, em articulação com as SMS.

VI. Contribuir na produção e disponibilidade de material didático para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

VII. Assessorar os municípios na implantação do Siab.

VIII. Consolidar e analisar os dados relativos à saúde bucal de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional.

IX. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal do PSF no âmbito do estado.

X. Promover intercâmbio de informações relacionadas às experiências em saúde bucal no PSF entre os municípios.

#### SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)

I. Definir a estratégia de inclusão das ações de saúde bucal nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.

II. Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolubilidade das ações de saúde bucal no PSF.

III. Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.

IV. Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica e dos demais níveis de complexidade do sistema.

V. Definir fluxo de referencia e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.

VI. Proporcionar, em parceria com a SES, a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições de ensino.

VII. Proporcionar, em parceria com a SES, a formação de pessoal auxiliar – THD e ACD –, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras.

VIII. Tornar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

IX. Alimentar a base de dados do Siab, de acordo com as Portarias que o regulamentam.

X. Utilizar os dados do Siab para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

### **G) FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO PSF**

A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica, vem se efetivando por meio do Piso de Atenção Básica. A indução do processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica – prestada por intermédio do PSF – estará baseada no incentivo financeiro específico criado para tal (Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000).

Os municípios que se qualificarem a essas ações receberão incentivo financeiro anual, por equipe implantada, transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos), de acordo com a modalidade de inclusão.

Será transferido um incentivo adicional, em parcela única, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Para fins de orientação dessa aquisição, é apresentada, a seguir, a relação mínima de equipamentos odontológicos e instrumentais. No caso da existência desses equipamentos no local destinado ao atendimento, o incentivo adicional poderá ser utilizado para complementá-los ou ainda para a aquisição de outros equipamentos e ou instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica.

### **Equipamentos Odontológicos**

- Aparelho Fotopolimerizador
- Cadeira odontológica
- Compressor
- Equipo odontológico
- Estufa ou autoclave.
- Mocho
- Refletor
- Unidade auxiliar

### **Instrumentais Odontológicos**

- Alveolótomo
- Aplicador para cimento (duplo)
- Bandeja de aço
- Brunidor
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caixa inox com tampa
- Condensador Hollembach
- Cureta alveolar
- Elevadores (alavancas) para raiz
- Esculpidor Hollembach
- Espátula
- Espelho odontológico
- Fórceps infantis e adultos• Lima óssea
- Pinça Halstead (mosquito) curva e reta
- Pinça para algodão
- Porta agulha
- Porta amálgama
- Porta matriz
- Seringa Carpule
- Sindesmótomo
- Sonda exploradora

- Sonda periodontal milimetrada
- Tesoura cirúrgica reta e curva
- Tesoura íris
- Tesoura standart



## **ELENCO DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Os procedimentos odontológicos, a seguir relacionados, referem-se àqueles constantes da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

- Procedimentos Coletivos (PC)
- Consulta odontológica – 1º consulta;
- Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão;
- Aplicação de carioestático (por dente);
- Aplicação de selante (por dente);
- Controle de placa bacteriana;
- Escariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);
- Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada);
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração a pino;
- Restauração com amálgama de duas ou mais faces;
- Restauração com amálgama de uma face;
- Restauração com compósito de duas ou mais faces;
- Restauração com compósito de uma face;
- Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal;
- Restauração com silicato de duas ou mais faces;
- Restauração com silicato de uma face;
- Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces;

- Restauração fotopolimerizável de uma face;
  - Restauração com ionômero de vidro de uma face;
  - Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces;
  - Exodontia de dente decíduo;
  - Exodontia de dente permanente;
  - Remoção de resto radicular;
  - Tratamento de alveolite;
  - Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência;
  - Ulotomia;
  - Ulectomia;
  - Glossorrafia;
- Necropulpectomia em dente decíduo