

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AURIDÉA DE MARIA LIMA
MARGARETH RABELO COQUEIRO
WANESKA F. C. DE ALBUQUERQUE REIS

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE JUSCELINO - MA**

São Luís - MA
2008

**AURIDÉA DE MARIA LIMA
MARGARETH RABELO COQUEIRO
WANESKA F. C. DE ALBUQUERQUE REIS**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE JUSCELINO - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO, Excelência em Pós Graduação da Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís - MA
2008

**AURIDÉA DE MARIA LIMA
MARGARETH RABELO COQUEIRO
WANESKA F. C. DE ALBUQUERQUE REIS**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE JUSCELINO - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO, Excelência em Pós Graduação da Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra.Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo – USP

Prof^a Árina Santos Ribeiro (Examinadora)
Mestre em Saúde Ambiente
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

À
Flávio Roberto, Andrea Paula, Ana Paula, Maria
Eduarda,
Marina, Ana Beatriz, João Pedro, Maria Luísa,
Rodrigo Celso, Rodrigo, Gabriel.

AGRADECIMENTOS

A Deus, onde encontramos a verdadeira sabedoria, justiça e equidade.

Aos nossos pais José (*in memorian*) e Maria, José Romualdo (*in memorian*) e Maria José, Aryone e Jane pelo amor e dedicação ao longo de nossas vidas.

A todos nossos familiares e amigos pelo estímulo e incentivo.

A Françoíles Araújo pela colaboração e apoio no dia a dia.

A Prof^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama por sua experiência, paciência e competência na orientação deste trabalho.

A Maria Helena Camelo Alves, coordenadora do Programa Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino que autorizou a realização desta pesquisa.

Aos colegas de turma, que ao longo de quase 02 anos de convivência nos proporcionaram momentos agradáveis.

A todos os professores do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da Laboro pela grande contribuição ao nosso aperfeiçoamento, possibilitando incorporação de novos saberes e melhoria da nossa conduta profissional.

A todos os profissionais das equipes de Saúde Bucal do município de Presidente Juscelino que fizeram parte da pesquisa.

A todos que, de forma direta ou indireta, tornaram possível a realização deste trabalho.

Família: eu cuido!

“Saiba: todo mundo teve infância.
Maomé já foi criança.
Arquimedes, Buda, Galileu
e também você e eu.”
Na minha casa
família é papai, mamãe e os passarinhos;
Na minha casa,
família é meu irmão e o amigo dele e também o
amigo do amigo dele;
Na minha casa,
família é o vizinho, o pedinte e o que passa na rua
sem me notar;
Na minha casa,
família é o cidadão da Ásia, o menino em Angola, a
criança na Palestina;
Na minha casa, família é o poeta, o andarilho, o sem-
destino;
Na minha casa,
família é cuidar da humanidade.
A nossa casa é onde a gente está. A nossa casa é em todo
lugar” .

Arnaldo Antunes

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo central avaliar o Programa de Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino através da caracterização dos profissionais das equipes, identificação das ações/atividades desenvolvidas, descrição da estrutura e comparação das variáveis investigadas, tendo como referência os princípios preconizados pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo transversal. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas direcionadas a todos os profissionais das 04 Equipes de Saúde bucal de forma individual, no mesmo momento. A análise dos resultados foi baseada nas atribuições relativas aos profissionais, na estrutura e planta física e na presença de equipamentos e material permanente. Os resultados obtidos demonstram que: quanto ao gênero houve igualdade de percentual; ausência de capacitação e diferença significativa entre os profissionais quanto ao tempo de inserção na equipe e no Programa Saúde Bucal. Dentre as atribuições, as ações que obtiveram menor incorporação às atividades desenvolvidas pelas equipes foi trabalho interdisciplinar; e, as ações de promoção e vigilância em saúde bucal obtiveram 100% de incorporação nas equipes da zona rural.

Palavras-chave: avaliação de programas, saúde bucal, atenção básica.

ABSTRACT

This research has as central objective to evaluate the Program of Buccal Health in the municipal district of Presidente Juscelino through the professionals' of the teams characterization, identification of the developed actions/activities, description of the structure and comparison of the investigated variables, having as reference the beginnings extolled by Ministry of Health. It is a traverse study. Data were collected from the application of a questionnaire containing addressed/closed questions to all the professionals of the four teams of buccal health in an individual way, in the same moment. The analysis of the results was based on the relative attributions to the professionals, in the structure and its physical plants and in the presence of equipments and permanent material. The obtained results demonstrate that: with relationship to the gender there was equality of percentile; training absence and significant difference among the professionals as the relation at the time of insertion in the team as in the Program Buccal Health. Among the attributions, the actions that obtained smaller incorporation to the activities developed by the teams were interdisciplinary work; and, the promotion actions and surveillance in buccal health obtained 100% of incorporation in the rural zone.

Key-word: evaluation of programs, buccal health, politics of health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Características gerais dos oito profissionais componentes das quatro equipes de Saúde Bucal fornecidas pelos entrevistados no Município de Presidente Juscelino, 2007..... 25
- Gráfico 1** - Localização das quatro equipes de Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino, 2007..... 26
- Gráfico 2** - Desenvolvimento de ações/atividades pelas quatro equipes de Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino, 2007 34
- Quadro 2** - Presença de ambiente destinado ao serviço de odontologia, equipamentos, instrumental e material educativo entre as quatro equipes de Saúde Bucal no Município de Presidente Juscelino, 2007 36

LISTA DE SIGLAS

ACD	- Auxiliar de Consultório Dentário
AIS	- Ações Integradas de Saúde
CD	- Cirurgião Dentista
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSP	- Comissão Ética em Pesquisa
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
FNS	- Fundação Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INBRAPE	- Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas
MS	- Ministério da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PNAB	- Programa Nacional de Atenção Básica
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PPI	- Programação Pactuada Integrada
PROESF	- Projeto de extensão e Consolidação da Saúde da Família
ProGRAB	- Programa de Gestão por Resultados da Atenção Básica
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

	LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	8
	LISTA DE SIGLAS.....	9
1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivo Geral.....	18
3.2	Objetivos Específicos.....	18
4	METODOLOGIA.....	18
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
6	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICES.....	43
	ANEXO.....	48

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito humano básico, sendo a saúde bucal um componente importante da saúde geral. Embora as doenças bucais não se apresentem como ameaças a vida, elas constituem importantes problemas de saúde pública, não somente devido a sua alta prevalência, mas também graças ao seu impacto a nível individual e comunitário, em termos de dor, desconforto e limitações sociais e funcionais afetando a qualidade de vida. (BUISCHI, 1996).

Os altos e alarmantes valores numéricos expressos em investigações biológico-funcionais apontam à cárie dentária e a doença periodontal como determinantes na elevada incidência de extrações dentárias e em rotulação do Brasil como o país dos desdentados (MENDONÇA, 2001). Portanto, a perda de dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde (PUCCA JUNIOR, 2001).

As condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de milhões de pessoas em todo o país. (COMISSÃO ORGANIZADORA DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004)

A saúde bucal comprometida origina dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, existe uma necessidade não só de ações assistenciais, como também de políticas intersetoriais integradas a ações preventivas, curativas e de reabilitação, enfocando a promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo (COMISSÃO ORGANIZADORA DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004).

Considerando que a prevenção das doenças bucais depende diretamente da promoção da saúde geral, não podendo ser exercida como uma atitude isolada no contexto de promoção e manutenção de saúde, a odontologia entra para a fase da promoção de saúde. Contudo, vergonhosamente, a maioria da população brasileira ainda vivencia de forma precária, a primeira fase de nossa profissão – a do alívio da dor (BUISCHI, 1996).

Pinto (1996) afirma ainda que os programas odontológicos em saúde pública devam ter como objetivos a melhoria das condições de saúde bucal da população e o aumento

da oportunidade de acesso a serviços odontológicos, devem reduzir a prevalência de cárie bucal em crianças; diminuir a prática de extrações desnecessárias e aumentar a oferta de serviços odontológicos clínicos, principalmente preventivos de manutenção, enfatizando continuamente o processo de educação para promoção de saúde bucal.

De acordo com Bellini (2001), a promoção de saúde envolve uma série de atividades, mediante as quais o Cirurgião-Dentista deverá instruir os seus pacientes para tornarem-se parte ativa no tratamento, procederem ao diagnóstico precoce quando a reversibilidade for possível, realizar planejamentos e, tratamentos preventivos e, principalmente, manter a saúde bucal por meio de retornos periódicos nas terapias de manutenção.

O Ministério da Saúde (2001/2002) tem buscado através da estratégia Saúde da Família romper com as possíveis exclusões sociais, utilizando para isso a atenção básica como ferramenta para construção de novos conceitos sobre o cuidar. A partir de uma avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) implantados em muitos municípios brasileiros, realizada no período 2001/2002, verificou-se a existência de diversos modelos tradicionalmente estabelecidos, oscilando entre as práticas incrementais, preventivas, intervencionistas, mutiladoras e constatou-se que o atendimento de urgência odontológica foi a forma mais freqüente de atenção à saúde bucal referida pelas equipes. Apenas 48,8% das equipes avaliadas ofereciam atendimento a grupos prioritários como gestantes e hipertensos. (STARFIELD, 2002)

Entender a saúde da família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo e produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades. A conquista de saúde como direito legítimo de cidadania é um fundamento básico da estratégica saúde da família (GAMA; TONIAL; SIMÕES, 2005).

Contrapondo-se à odontologia de mercado, a Saúde Bucal Coletiva apresenta propostas que visa à maior aproximação com os determinantes com o processo saúde-doença, considerando as políticas econômicas e sociais, especialmente as de saúde e educação, e manifestam explicitas vinculação a projetos sociais em que a saúde tem relevância pública, com prioridade pelo Estado e pela sociedade. (MEDEIROS JUNIOR, 2004)

Segundo Roncalli (2000) não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina hoje de modelo de Saúde Bucal

Coletiva é uma estratégia ainda em construção, centrada no princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, mais ainda sem uma matriz programática definida.

Vida saudável para todos significa universalidade na atenção em odontologia em saúde coletiva e especialmente no acesso a uma qualidade de vida melhor, mais solidária, eqüitativa e justa. O que também significa que a prática deve mudar do modelo de odontologia conservadora, para um modelo de abertura de espaços sociais para uma odontologia inserida integralmente na saúde. (CÓRDON, 1997)

Do ponto de vista da Saúde da Família, também as ações de saúde bucal devem ser organizadas, para que passem a existir, também nesse campo, uma relação nova com a comunidade, baseado na atenção, na confiança, no respeito. Os dentistas e seus assistentes são vistos como profissionais que podem de fato desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do PSF (GAMA; TONIAL; SIMÕES, 2005).

Considerando que a qualidade da atenção em Saúde Bucal quando apreciada por um estudo avaliativo reproduz não só um julgamento sobre o modelo assistencial como também compara os recursos empregados, sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos) e os resultados obtidos com critérios e normas, buscando com isso acompanhamento aos programas de garantia de qualidade (Hartz, 1997) e que o município de Presidente Juscelino foi um dos primeiros a implantar o Programa de Saúde Bucal no Estado do Maranhão, dentro da estratégia saúde da família, torna-se indispensável conhecer a infraestrutura disponibilizada para as equipes de Saúde Bucal e as ações/atividades desenvolvidas pelas mesmas a partir de sua implantação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A saúde bucal coletiva constitui uma prática social, libertária e orgânica à construção de uma sociedade de inclusão, democrática e livre, caracterizada pela construção de um modelo de saúde orientado pela universalidade, a equidade e a integralidade da atenção em saúde bucal, cujo conhecimento das características epidemiológicas em que se dão os processos de saúde-doença bucal e se faz através de uma abordagem de intervenção social democrática e participante (SAÚDE COLETIVA, 2008).

A atenção à saúde bucal durante muitas décadas, caracterizou-se pela assistência aos escolares através de programas curativos voltados para o tratamento de cárie dentária e por atividades preventivas que, quando realizadas, limitavam-se à aplicação tópica de flúor.

Os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento de situações de urgência odontológica ou simplesmente não o acessavam. Tal modelo sempre foi muito criticado em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações predominantemente curativos, gerando um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado (NARVAI, 1994).

O grande desafio para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante no Brasil, no âmbito da saúde coletiva, suscitou a emergência de proposta que visavam à transformação do sistema de atenção em saúde, de sua prática e, em articulação com processo de trabalho em saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994).

Nos anos 90 grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil nortearam a necessidade de ruptura com as formas de organização do sistema de saúde, que teve seu ápice quando, em 1994, o Ministério da Saúde apresentou o PSF como estratégia para consolidação do SUS (BALDANI et al., 2005). Para Medina e Aquino (2002), o programa tem se constituído num dos pilares desse movimento de mudanças, consolidando-se como política de governo.

Em 1995 ocorreu a oportunidade de fundir a estratégia assistencial dos Procedimentos Coletivos com a estratégia gerencial de organizar a atenção sob a lógica da abordagem familiar, conformando as bases da Saúde Bucal da Família. Criou-se assim no Brasil uma abordagem inteiramente nova, sem antecedentes mundiais. Em apenas cinco anos, ocorreu um crescimento exponencial do número de sistemas locais de saúde que passaram a oferecer Saúde Bucal da família, dada sua adequação e organicidade ao PSF. Se para alguns planejadores a estratégia da saúde da família passou a representar algum risco de focalização da atenção, dado seu grande poder de discriminação positiva; para a saúde bucal, essas estratégias representaram um enorme potencial de universalização da atenção preventiva e promocional. Pois, junto à fluoretação das águas, os programas de Saúde Bucal da Família possibilitaram universalizar a cobertura assistencial, estendendo os Procedimentos Coletivos até mesmo às populações desprovidas (ZANETTI, 2000).

Vale destacar que oferta pública programática dos serviços de saúde bucal no Brasil, ainda que possuindo antecedentes que remontam a década de 1930 e avanços dignos de notas nos anos 50, sofreu um processo de crescimento significativo nas décadas de 80 e 90, desde que foram iniciados os movimentos institucionais precursores da formação do SUS. Destaca-se a caracterização da saúde bucal como atenção básica à saúde, conferida pelas

Ações Integradas de Saúde (AIS) e crescimento dos serviços facultado pelos ambientes de municipalização da saúde, criado pela Lei Orgânica do SUS e pelas Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde. Essas duas décadas possibilitaram o surgimento de avanços tecnológicos significativos em Saúde Bucal Coletiva no Brasil, sejam em termos de assistência, sejam em termos de gerência (ZANETTI, 2000).

Nessa última década no país, paralelamente aos avanços alcançados na Saúde Bucal Coletiva, a crise da assistência à saúde, decorrente do esgotamento do modelo biomédico tradicional, fez ressurgir no país programas desenvolvidos segundo a lógica da abordagem familiar: o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e o PSF. A riqueza programática dessas abordagens se manifestou tanto no que diz respeito ao aumento de eficácia alocativa, quanto ao aumento da humanização da prática assistencial, com a recuperação das possibilidades de vinculação da atenção (incluindo seus profissionais) à população adscrita no território (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2001).

Somente em dezembro do ano 2000, por intermédio da Portaria n. 1.444 do MS, houve um incentivo para reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, frente aos alarmantes resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (IBGE, 2000), visando então a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos (RABELLO; CORVINO, 2001).

O fato de a odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados, assim como pode de determinadas formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal. Daí a importância da inserção da odontologia no SUS, como transformação de uma prática, que leva novos conceitos, conteúdos e formas de organização, criando novos vínculos entre os sujeitos históricos que entram como atores sociais do SUS (trabalhadores da saúde e a população, todos em igualdade de condições para, de uma maneira mais radical e mais orgânica, intervir na solução das necessidades da sociedade total, isto é, a construção de uma estratégia para a saúde bucal coletiva). (PINTO, 1996).

O modelo organiza uma prática de tal forma que, consciente e agindo política e estrategicamente se consiga transferir, aplicar e gerir co-responsavelmente, os conhecimentos científicos e tecnológicos acumulados em odontologia os que somados ao saber popular, permitem obter ações, objetivas e subjetivas para resolver os problemas encontrados, ou seja, intervir positivamente para a população local, hierarquizada e descentralizadamente, considerando todos os espaços sociais e seus respectivos movimentos, para que com ênfase

coletiva possa ser provida uma qualidade saúde bucal desejada pela sociedade, priorizada pelas necessidades de seus problemas mais abrangentes, educadora em todos seus momentos ou processos (SAÚDE COLETIVA, 2008).

Assim, o surgimento da Saúde Bucal da Família completou a “carteira de soluções gerenciais” para a universalização da atenção preventiva e promocional. Adicionalmente, ela também consolidou o conceito de vigilância a saúde bucal no SUS e se identificou com os paradigmas da promoção da saúde e das políticas saudáveis. No primeiro e segundo casos, por cobrir e a expor regularmente toda a população (inclusive a saudável, para além da população doente); e no último, ao realizar ações capazes de transcendência social e setorial, potencializadas por parcerias (SAÚDE COLETIVA, 2008).

Os programas da Saúde Bucal da Família apontam para a possibilidade de organizar universalmente a atenção. Entretanto, o princípio da universalidade no SUS remete-nos, no mínimo, aos questionamentos: da natureza da atenção a ser disponibilizada para todos; do montante de recursos disponíveis para tanto e das formas de geri-los (BRASIL, 2001).

A universalização obtida com a atenção preventivo-promocional e suas ações de contato direto entre profissionais e população assistida, desencadeou todo um movimento de intensificação das demandas pela organização de uma “**retaguarda assistencial curativa**”. Com isso, a implementação de uma nova “**frente preventivo-promocional**”, no espaço da família, ainda que bastante benéfica e desejada não é de todo suficiente para promover mudanças substantivas no modelo assistencial (ZANETTI, 2000).

A universalidade é prontamente alcançada com a atenção preventivo-promocional, realizada com ações capazes de manter e, principalmente, elevar os padrões de saúde bucal, mediante a realização de tarefas com reconhecida excelência em promoção, prevenção e vigilância. Excelência obtida na simplicidade, no baixo custo e na grande afetividade da prática desenvolvida no interior dos domicílios. Alcança-se assim um incomparável nível de impacto epidemiológico e social porque as tarefas são realizadas de forma a rotinizar ações que buscam instituir e enraizar noções de autocuidado e, conseqüentemente, modificar hábitos e realidades pouco saudáveis (CORDÓN, 1997).

Assim, para oferecer Saúde Bucal da Família no PSF, os recursos devem ser mobilizados segundo modelos de atenção integral amparados por modelos de programação e de gerência capazes de exercitar os princípios fundamentais do SUS. Tudo isso, observando ainda cinco pressupostos básicos de programação: (I) a humanização e democratização da prática assistencial pública; (II) a gestão otimizada de recursos segundo os critérios de eficiência alocativa; (III) a mobilização de recursos mais apropriados às estratégias de

mudanças das estruturas epidemiológica, gerencial e política, na multiplicidade de contextos apresentada pelos municípios brasileiros; (IV) universalização imediata de uma frente preventivo-promocional, integralizada por uma agenda única de atividades; (V) a instituição de uma sólida e conseqüente retaguarda curativa, territorializada, regionalizada e hierarquizada, mediante rotinas de referência e contra-referência, implantadas junto a todas as unidades do Programa de Saúde da Família e com as demais unidades da rede (ZANETTI, 2000).

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram incluídas na estratégia Saúde da Família, pelo MS, em 2000, inicialmente na proporção de uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família. Após quase dois anos de inclusão das ESB nos PSF, o MS passou a garantir a implantação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe do PSF. No Maranhão, as 14 primeiras equipes de saúde bucal foram incorporadas ao PSF em outubro de 2001, nos municípios de Cantanhede (02), Bacabal (06), Junco do Maranhão (01), Chapadinha (01), Lima Campos (01), Mata Roma (01), Olho D' Água das Cunhas (01) e Presidente Juscelino (01) (GAMA; CARLOS; GOMES, 2003).

A estratégia de Saúde da Família abrangendo o programa de Saúde Bucal é uma estratégia para organização do SUS e deve estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso nos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, nos processos de gestão, de educação permanente / continuada e de avaliação de serviços (BRASIL, 2004b).

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal. Para a organização deste modelo 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 contra-referência) (BRASIL, 2004c).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o Programa de Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino - MA a partir do processo de trabalho das Equipes bem como de sua estrutura considerando o preconizado pelo Ministério da Saúde (2006).

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os componentes da equipe quanto à qualificação.
- Identificar as ações / atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal
- Descrever dados de estrutura disponibilizados para o Programa de Saúde Bucal pelos componentes das Equipes de Saúde Bucal.
- Comparar as variáveis investigadas com o preconizado pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento das Equipes de Saúde Bucal.

4 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no município de Presidente Juscelino - MA localizado na Região do Alto Munim Maranhense. Limitando-se ao Norte com os municípios de Cachoeira Grande e Morros, ao Sul com o município de Rosário, a Leste com o município de Axixá e a Oeste com os municípios de Itapecuru e Presidente Vargas, possuindo uma população estimada em 11.480 habitantes (IBGE).

A cidade fica a 84 km de São Luís por rodovia asfaltada.

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo do tipo analítico transversal quantitativo.

A população estudada foi constituída pelas equipes existentes no Programa de Saúde Bucal do município de Presidente Juscelino – MA aplicando-se um questionário como instrumento de coleta de dados a todos os componentes de cada equipe de forma conjunta. Ressalta-se que no município encontram-se implantadas quatro equipes de saúde bucal qualificadas pela modalidade / I (Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário) em Gestão Plena da Atenção Básica com uma população adscrita por equipe estimada em até

6.900 pessoas.

Segundo Donabedian (2003) “em um processo de avaliação de qualidade podem ser considerados aspectos relativos à estrutura, processo e resultado”. O autor reforça que a avaliação do processo reflete mais diretamente a qualidade do cuidado em saúde. Assim no presente estudo, opta-se por proceder a avaliação de qualidade do Programa de Saúde Bucal a partir do processo de trabalho dos componentes da Equipe de Saúde Bucal (ESB) (ações/atividades desenvolvidas) bem como aspectos relativos à estrutura (Equipamentos e Planta Física) .

No instrumento de coleta de dados (ver **Apêndice A**) constam variáveis relativas à estrutura física, equipamentos, capacitação e atribuições dos componentes da Equipe de Saúde Bucal, considerando-se o preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo o Guia Prático do Programa de Saúde Família (BRASIL, 2001).

Dentre as atribuições relativas aos profissionais foram consideradas como avaliação de processo:

a) Planejamento conjunto das ações:

- Realização de levantamento epidemiológico.
- Reconhecimento das condições espaciais, sociais, econômicas e das famílias.
- Identificação das áreas analisando os determinantes de riscos à saúde.
- Identificação de indivíduos de grupos prioritários (diabéticos, hipertensos, gestantes, etc.) para atenção em conjunto com a Equipe de Saúde da Família.

b) Promoção e vigilância em saúde bucal:

- Realização de ações de educação em saúde geral e em saúde bucal nas famílias, abrangendo temas como dieta, higiene e hábitos saudáveis de vida.
- Realização de bochechos com soluções fluoretadas ou Aplicação Tópica de Flúor nas famílias, ou grupos prioritários.
- Orientação de escovação.
- Fornecimento de escovas dentais e/ou pastas dentais e/ou fio dental.

c) Trabalho interdisciplinar:

- Encaminhar e orientar os usuários com problemas mais complexos a outros níveis de assistência.
- Treinamento de pessoal auxiliar e agentes de saúde.
- Realização de visitas domiciliares.
- Desenvolvimento de ações coletivas em conjunto com a equipe de saúde da

família.

- Acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- d) Abordagem integral das famílias:
- Realização de procedimentos clínicos de restauração e de periodontia.
 - Consulta e atendimento.
 - Controle da placa bacteriana.
 - Aplicação de selante.
 - Realização de cirurgia oral menor (exodontias com indicação).
 - Realização de tratamento integral no âmbito da atenção básica para a população adscrita.
 - Realizar atendimentos de urgência.
 - Prescrever medicamentos.
 - Executar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à da saúde coletiva assistindo as famílias ou grupos específicos, de acordo com o planejamento.
 - Atendimento prioritário (demanda ou encaminhados).

Para análise dos dados, já que se considerou um conjunto de atribuições que caracterizavam cada ação, estabeleceu-se percentual de 100% quando todas as atribuições relacionadas a cada ação fossem marcadas.

Para caracterização quanto à estrutura e equipamentos considerou-se as normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (2006) para funcionamento da clínica odontológica com equipamentos, instrumentais e materiais necessários para o atendimento à saúde bucal, quando incorporado ao Programa Saúde da Família (PSF) (ver **Anexo A**). Os instrumentais foram agrupados por categoria de procedimento realizado pela equipe em nível de atenção básica, os quais foram definidos para: consulta e exame clínico, dentística, cirurgia oral menor, periodontia e material utilizado para prevenção e educação em saúde.

Foi considerado para efeito da avaliação de estrutura:

- a) Planta física:
- Ambiente destinado ao serviço de odontologia.
- b) Equipamentos e material permanente:
- Cadeira clínica, refletor, compressor e mocho odontológico.
 - Estufa ou autoclave.

- Amalgamador.
- Fotopolimerizador.
- Instrumental de exame clínico, dentística, periodontia e cirurgia oral menor.
- Material para prevenção e educação em saúde.
- Instrumental para urgência/emergência odontológica.

A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

Aplicou-se um questionário individual a cada profissional componente de cada equipe com questões fechadas de maneira conjunta e em apenas um só momento no qual foram avaliadas as atividades, ações específicas de cada profissional, formação e capacitação, tempo de permanência no município, tempo de implantação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

Anteriormente à aplicação do questionário foi explicada a proposta da pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para que os profissionais confirmassem sua participação no estudo, para em seguida, após o aceite, o mesmo responder ao questionário. O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). O consentimento expresso foi solicitado após detalhada explicação sobre os objetivos da pesquisa, tendo o indivíduo seu direito resguardado de participar ou não da pesquisa, ou mesmo, de desistir a qualquer momento. Foi garantido o sigilo quanto à identificação profissional.

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, nos quais verifica-se a descrição das variáveis estudadas, bem como sua correlação com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a seguir referem-se às informações coletadas juntos aos oito profissionais (04 cirurgiões-dentistas e 04 auxiliar de consultório dentário) componentes das quatro equipes de Saúde Bucal, implantadas e em funcionamento no município de Presidente Juscelino.

Percebe-se que a média de idade entre as categorias profissionais é maior para o cirurgião-dentista, ficando em torno de 40,7 anos enquanto o auxiliar de consultório dentário,

mantém a média de 34,9 anos, concordando com os resultados apontados pela Federação Interestadual de Odontologia que encontrou no estudo “Perfil do Cirurgião-Dentista Brasileiro em 2003” a idade média acima dos 30 anos. Teixeira (2004), pesquisando sobre o perfil de profissionais que atuam nas equipes de Saúde Bucal em Sobral (CE) encontrou uma faixa etária de adultos jovens, variando de 25 a 51 anos.

No que se refere ao gênero dos componentes das equipes, verificamos que 50% era do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Os resultados encontrados pela pesquisa não apontam para predominância do sexo feminino entre os cirurgiões-dentistas. Carlos (2004) observou que 56,7% dos cirurgiões-dentistas que fazem parte do PSF no Maranhão são do sexo feminino. Gontijo (2002) também aponta uma tendência da feminização entre ingressantes do curso de Odontologia. Vilarinho et al (2007) na pesquisa “Perfil dos Cirurgiões-Dentistas Integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina, (PI) apontam resultados que mostram que 62,83% dos cirurgiões-dentistas que atuam no PSF de Teresina são do sexo feminino, dados que coincidem com os de Teixeira (2004), Brasil (2005), Gil (2005), Araújo et al. (2006) e com a pesquisa do INBRAPE (Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas), na qual se encontrou que 57% dos dentistas do Brasil são mulheres.

Quanto à qualificação dos profissionais das equipes de saúde bucal, constatou-se não haver capacitação tanto para o cirurgião-dentista como para o auxiliar de consultório dentário para a realização das atividades específicas no processo de trabalho em saúde, nesse caso em particular é importante mencionar que a insuficiência da qualificação poderá comprometer o desempenho das equipes e causar insatisfação entre os profissionais por desempenharem suas funções sem treinamento. Verificamos que leigos atuavam como auxiliar de consultório dentário sem qualificação para o desenvolvimento de suas competências e a legitimação de sua prática se dava através do seu reconhecimento enquanto profissional enquadrado no quadro do funcionalismo público municipal.

Nesse sentido, os resultados encontrados na pesquisa corroboram com os relatos de Sakai et al (2001), ao descreverem a preparação dos recursos humanos em saúde afirma que os diversos atores sociais que atuam na saúde devem manter a organização produtiva e estarem mobilizados para o processo de transformação do modelo assistencial e da prática sanitária vigente, sendo que os processos educativos formais os únicos a legitimar socialmente os profissionais de saúde. Formação é, portanto, um conceito que compreende educação dada em uma instituição da sociedade, ou seja, o sistema educacional formal público e privado representado pelas formas federais, estaduais e municipais, graduação e pós-graduação. Por

capacitação entende-se o processo educativo que ocorre para a qualificação específica necessária ao trabalho, como por exemplo, a introdução de uma nova tecnologia ou a entrada de pessoal leigo para o serviço de saúde. Os movimentos de capacitação são classificados em Educação Continuada e Educação Permanente.

A Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família realizada pelo Ministério da Saúde no período de 2001/2002 aborda a qualificação profissional como uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, o que propicia a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica. O Ministério da Saúde preconizou que frente a implantação das equipes, fosse realizado um treinamento básico para orientar as equipes sobre a lógica de funcionamento do Programa. Dentre as responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde, instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica está em estimular e viabilizar capacitação e a educação permanente dos profissionais.

Neste sentido, Pustai (1996) acredita que para se atender às novas diretrizes do SUS, é necessário formar profissionais com uma nova mentalidade, dispostos a trabalhar em equipes multiprofissionais e enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade. Esses profissionais devem ter um profundo conhecimento dos determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, ecológicos e culturais que definem o perfil epidemiológico da população, bem como um conhecimento sobre as estratégias de intervenção. Para Silveira Filho (2002), o perfil esperado do cirurgião-dentista que atua no PSF é de um generalista de formação, com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos com uma parcela de especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social que, analogamente, cabe aos demais trabalhadores da saúde em seus núcleos de competência. Ainda, de acordo com esse autor, não basta para esse profissional a racionalidade técnica e o conhecimento biomédico, ao contrário, ele precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar.

A compreensão de que a qualidade do trabalho em saúde se faz com formação e educação permanente impulsionou a criação das Escolas Técnicas de Saúde do SUS que tem como função principal promover a profissionalização dos trabalhadores sem qualificação específica.

Concordamos com Paim (1993) que, embora os treinamentos e as capacitações não sejam suficientes para transformar as práticas de saúde, podem contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber, repercutindo sobre as relações de poder no

contexto do trabalho. Neste sentido, o investimento na capacitação do conjunto da equipe pode propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos.

No que diz respeito à prática das equipes em relação à capacitação e educação permanente dos diversos profissionais, evidenciou – se a inexistência de qualificação dos profissionais das equipes de saúde bucal o que pode contribuir para uma baixa qualidade da atenção e baixa efetividade na resolução de problemas, bem como no controle de determinantes, riscos e danos.

A pesquisa revelou que a inserção dos profissionais na equipe de Saúde Bucal era de 10,5 meses para Cirurgião-Dentista e 44 meses para Auxiliar de Consultório Dentário, portanto o tempo médio de todos os componentes das equipes é de 27,25 meses, estando próximo ao tempo médio de atuação dos profissionais das equipes de Saúde Bucal de Teresina que é de 23 meses; a média de inserção do cirurgião-dentista na equipe foi menor que 12 meses, enquanto que a dos auxiliares de consultório dentário foi mais elevada (44 meses), ressaltando que os auxiliares de consultório dentário já faziam parte do quadro funcional, além de residirem no município. Segundo o Ministério da Saúde, o pequeno tempo de permanência do cirurgião-dentista nas equipes de Saúde Bucal pode se constituir em um fator limitante para o trabalho, dificultando o desempenho das ações já que irá exigir a adesão e incorporação de novos profissionais. Desta forma cabe registrar que a mudança de gestor no município após a implantação das equipes pode ter contribuído para uma maior rotatividade dos profissionais.

Sendo o Programa Saúde Bucal uma nova oportunidade de trabalho, houve incorporação de novos valores e a mudança da visão dos cirurgiões-dentistas com relação a adesão ao novo mercado de trabalho. A partir dessa ótica, é que podemos correlacionar a alta média de idade dos cirurgiões-dentistas quando comparado ao seu tempo de atuação no Programa Saúde Bucal (17,2 meses). O mesmo não ocorre com o auxiliar de consultório dentário que teve seu tempo de serviço em média 44 meses devido a seu vínculo com o município (funcional e domiciliar).

Quadro 1 - Características gerais dos oito profissionais componentes das quatro equipes de Saúde Bucal fornecidas pelos entrevistados no Município de Presidente Juscelino, 2007.

VARIÁVEIS	CIRURGIÃO-DENTISTA	AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)
Idade (média/variação)	40,7 anos (34 – 48)	34,9 anos (28 - 43)
Sexo (%)		
Masc	50%	50%
Fem	50%	50%
Formação específica para PSF	Sem formação específica	Sem formação específica
Formação específica para PSB	Sem formação específica	Sem formação específica
Tempo de inserção na equipe (média / variação)	10,5 meses (4 – 14)	44 meses (23 – 61)
Tempo de inserção no PSB (média)	17,2 meses (6 – 35)	44 meses (23 – 61)

No município de Presidente Juscelino, embora o Programa Saúde Bucal tenha sido implantado inicialmente com 01 (uma) equipe em 2001, somente em 2004 foram implantadas as demais equipes totalizando 04 (quatro) equipes. Portanto em relação às equipes de saúde bucal implantadas no município observamos que as 04 equipes estão em atividades há mais de um ano. Esta forma de operacionalização do número de equipes é previsto pela Política Nacional de Atenção Básica que recomenda em zonas rurais de menor densidade populacional, um número de equipes menor, devendo sua distribuição facilitar o acesso aos grupos dispersos da população.

O processo de territorialização das Equipes de Saúde Bucal seguiu as orientações da Portaria 1.444 do Ministério da Saúde que estabeleceu critérios para implantação das Equipes de Saúde Bucal definindo as áreas prioritárias, considerando a falta de acesso aos serviços de saúde, o número de famílias que compõem a população adscrita, fatores de risco social ou ambiental. Em torno desse entendimento foram implantadas 03 (três) equipes para dar cobertura à zona rural permanecendo apenas 01 (uma) na zona urbana. Medina e Aquino (2002) ressaltam que a instalação de um pequeno número de equipes consegue atingir altas

coberturas populacionais em municípios de pequeno porte, promovendo a expansão de serviços básicos.

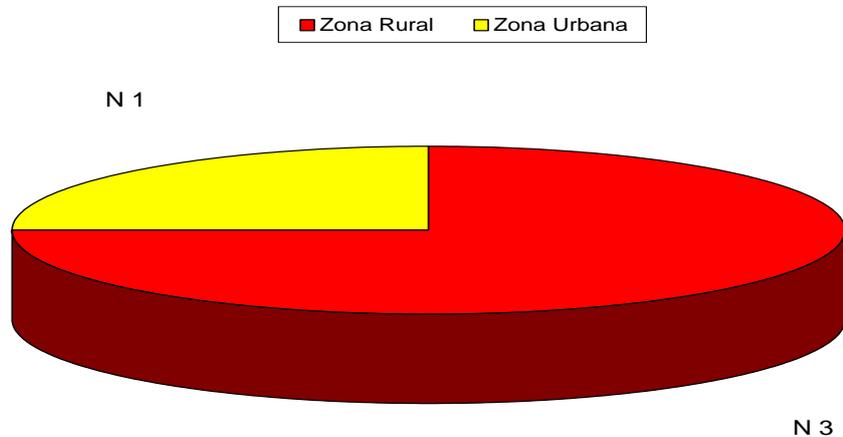


Gráfico 1 - Localização das quatro equipes de Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino, 2007.

É importante ressaltar que todas as equipes de Saúde Bucal do município atendiam em 100% os pacientes encaminhados pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e nesse contexto o atendimento prioritário com encaminhamento dos pacientes, pode contribuir para reordenação da atenção odontológica possibilitando a substituição do antigo modelo mutilador por práticas que considerem o indivíduo como um ser integral configurando uma evolução no atendimento quando comparado ao atendimento da demanda espontânea. Trata-se de uma tentativa de solucionar, gradativamente, a dívida assistencial da Odontologia, configurando um momento de transição entre os modelos.

No caso das equipes de Saúde Bucal do município de Presidente Juscelino, observa-se uma diferença entre as ações de planejamento conjunto das ações, promoção e vigilância em saúde bucal, quando comparada a equipe da zona urbana com as da zona rural.

As ações de planejamento permitem delinear a situação de saúde e organizar a assistência de acordo com as necessidades da população, criando espaços coletivos de programação envolvendo tanto os componentes das equipes quanto a comunidade e Conselho de Saúde.

O processo de planejamento engloba estudo da realidade local, adequação desta realidade às diretrizes contidas na literatura, entre elas, os protocolos do Ministério da Saúde e

no estabelecimento de um programa de metas. Essas ações devem ser orientadas tendo em vista as responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica definidas por portarias específicas.

A respeito do desenvolvimento do planejamento conjunto das ações percebeu-se menor incorporação desta atividade na rotina da equipe da zona urbana. No tocante a esta temática, a única atividade desenvolvida foi a identificação e atenção dos grupos prioritários em conjunto com a Equipe Saúde da Família. O reconhecimento das condições espaciais e sócio-econômicas das famílias bem como a realização de levantamento epidemiológico para priorização das ações de saúde bucal e identificação das áreas analisando os determinantes de risco à saúde deixaram de ser contempladas nas atividades desenvolvidas pela equipe da zona urbana e constituem passos fundamentais na elaboração do planejamento das atividades o que podem determinar a organização da população adscrita bem como a identificação das principais situações sociais em sua área de abrangência as quais são relevantes para compreensão do processo saúde-doença. Assim, vale dizer que a equipe 01 (zona urbana) apresentou o menor percentual (25%) na utilização desta importante ferramenta.

As Equipes de Saúde da zona rural em relação às atribuições de planejamento conjunto das ações apresentaram percentual de 50%, contemplando atividades de reconhecimento das condições espaciais, sociais, econômicas e das famílias e identificação de indivíduos e atenção dos grupos prioritários em conjunto com a Equipe Saúde da Família. O reconhecimento das condições espaciais, sociais, econômicas das famílias em grande parte deve-se a programação de atendimentos itinerantes dentro das micro-áreas do território, considerando as áreas de abrangência da zona rural.

Pereira, et al.(2003) destaca que os cirurgiões-dentistas relatam dificuldade de colocar em prática o que planejam com a equipe em virtude da enorme demanda acumulada de assistência curativa, o que causa uma sobrecarga nas ações de caráter individual e tecnicista, devendo para isso ocorrer uma melhor adequação desta atividade. Os resultados encontrados na nossa pesquisa podem estar ligados à explicação de Pereira et al, uma vez que a equipe da zona urbana apresenta características de atendimento voltado à atenção curativa centrado no modelo hospitalocêntrico, em virtude até mesmo do fato de que a Equipe de Saúde Bucal da zona urbana utiliza o consultório odontológico instalado na Unidade de Saúde que é a única referência de atendimento clínico na cidade.

Rodrigues et al. (2005) refere que o exame epidemiológico deve ser realizado no início e a cada dois anos da implantação de um programa, com o objetivo de avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e orientar o planejamento das ações.

Em relação às ações de promoção e vigilância em saúde bucal as 03 Equipes de Saúde Bucal da zona rural do município de Presidente Juscelino realizaram 100% as suas atribuições de educação geral e saúde bucal, aplicação tópica de flúor, orientação de escovação e fornecimento de escovas, o que demonstra a suficiência de material para ações educativas. Porém, o mesmo não ocorreu na equipe da zona urbana, pois os resultados encontrados exibem um percentual de 25% na incorporação destas atividades, as quais correspondem somente à orientação de higienização bucal, caracterizando uma falta de homogeneidade entre o trabalho das equipes. A explicação desta situação pode estar no fato de que na zona rural a falta de estrutura física para desenvolvimento de atividades clínicas, fez sobressair o incremento das ações preventivas, enquanto que na zona urbana, a presença de um único consultório odontológico instalado em uma Unidade de Saúde direcionava a oferta de serviços odontológicos para a grande demanda, em virtude da necessidade de tratamento curativo da comunidade, concordando com o relato mencionado acima por Pereira, et al. (2003).

As ações de promoção de saúde como práticas sanitárias referem-se como práticas coletivas que visam a definição de políticas, a preservação e proteção do ambiente físico e social com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 687/GM 2006 institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde. Para isso a abordagem deve estar centrada no desenvolvimento de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos através de componentes educativos e no entendimento que a saúde resulta de vários determinantes relacionados com a qualidade de vida.

De acordo com a PNPS do Ministério da Saúde, o processo de trabalho das equipes não pode basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea (modelo assistencial focado na doença), nem tampouco somente em programas de saúde, para isso pressupõe o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida e o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis.

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos.

No que se refere às ações de trabalho interdisciplinar todas as equipes realizaram 50% das suas atribuições. As ações de abordagem integral das famílias apresentaram um percentual de 87,5% quando analisados os resultados das equipes 01, 02, 03 e 04. Dessa forma percebe-se que todas as equipes obtiveram percentuais que foram sistematicamente mais baixos quando comparados com o percentual de 100% preconizado pelo Ministério da Saúde.

A realização de ambas as atividades possibilitam o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais preventivas, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se um forte elemento de vínculos entre as equipes e as famílias, sendo assim é vigente a necessidade de tais atividades serem incrementadas para que haja melhor desenvolvimento das equipes de Saúde Bucal.

Na pesquisa realizada por Pedrosa e Teles (2001), eles também observaram em uma pesquisa sobre o PSF em Teresina, que o pequeno relacionamento interno da equipe estudada revelou a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas e administrativas, bem como um baixo grau de interação entre os membros da equipe.

Fortalecendo ainda a compreensão da importância do trabalho interdisciplinar, Cordón (1997) afirma que o principal e primeiro elemento da agenda dos trabalhadores em saúde bucal é saber que o dentista sozinho não pode resolver os problemas, que isso requer uma equipe integrada à equipe de saúde do SUS. O mesmo autor relata que “a população deve participar de todo processo de planejamento [...] participando da construção dos indicadores de satisfação social bucal, de situações problema para realizar o levantamento epidemiológico que permitirá estabelecer os fatores de risco comum na totalidade social”.

Pode-se dizer, então, que o trabalho da equipe não deve se restringir ao campo odontológico, mas interagir com profissionais de outras áreas de forma a ampliar seus conhecimentos, permitindo assim uma abordagem do indivíduo como um todo. A partir dessa explicação, amparamo-nos no olhar de Teixeira (2006) dando conta que a melhor forma de integrar o paciente aos cuidados de um trabalho multidisciplinar dá-se através da interação da equipe, criando mecanismos de acolhimento. Entretanto, de acordo com Pereira et al. (2003), Teixeira (2006) e Brasil (2004), o trabalho do Cirurgião-Dentista raramente se insere em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que desenvolvem suas ações de forma autônoma, independente e individualizada.

O trabalho em equipe para o Cirurgião-Dentista, além de introduzir o “novo”,

afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos anteriores, tornando-se um desafio para ele. Neste momento vale complementar que, segundo Moysés et al. (2004), o comprometimento dos vários atores envolvidos em projetos intersetoriais, a médio e longo prazo, também é questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde.

De todo modo, com base em Peduzzi (1998) que relata na literatura existente que os profissionais estão buscando conhecer o trabalho do outro e incorporá-lo na execução do seu próprio trabalho, é possível afirmar a existência de articulação entre as ações executadas pela maioria dos profissionais no município de Presidente Juscelino, já que o trabalho interdisciplinar apresentou um percentual de 50% em todas as 04 Equipes. Por outro lado, observamos que essas mesmas articulações sempre foram voltadas a um determinado fim, ou seja, a comunicação manifestava-se, sobretudo para atender as questões imediatas que eram expressas nas queixas apresentadas pelos usuários. Não foram observadas evidências dentro das 04 equipes que mostrassem os profissionais buscando debater idéias e construir acordos acerca dos problemas de saúde da população assistida.

Portanto, é preciso também problematizar a dimensão comunicativa que permeia a ação técnica dos profissionais componentes das Equipes de Saúde da Família como um todo, incluindo os componentes das Equipes de Saúde Bucal, pois a interação entre as equipes de saúde deve ser entendida como uma construção de consensos, em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais. E, além disso, a interdisciplinaridade é premissa do trabalho em equipe da Estratégia Saúde da Família.

Assumindo essa prática comunicativa, os profissionais construirão e executarão projetos comuns pertinentes às necessidades de saúde dos usuários. Estes terão como fundamento a participação de todos os membros das equipes de saúde nos distintos momentos do processo de trabalho: planejamento, execução e avaliação; partilha de decisões; reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho. Assim, podemos dizer que os trabalhos nas equipes de saúde no município de Presidente Juscelino estão carecendo de integração, de atividades que lhes confirmem unidade, de espaços de controle do processo de trabalho com vistas ao cumprimento de sua finalidade, tal como é recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Os resultados indicaram que ações de planejamento, abordagem integral e trabalho interdisciplinar encontram-se em patamares que ainda necessitam ser incrementados. O trabalho das equipes não deveria se restringir ao campo odontológico, mas intervir em todas as possibilidades de enfrentar os problemas na comunidade e, em especial, desenvolver ações

intersetoriais e participar das atividades políticas em defesa da vida e da cidadania.

O estabelecimento do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal a partir dos pressupostos do cuidado integral previsto na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde deve seguir principalmente os critérios que dizem respeito à assistência básica integral e contínua; garantia da integralidade da atenção; realização do levantamento das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando um atendimento humanizado; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais; participação nas atividades de educação permanente, participação das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) representa a incorporação dos princípios e diretrizes do novo Pacto pela Saúde, entre as 03 esferas de governo, buscando efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS que é o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A PNAB define, entre outras coisas, os princípios gerais da Estratégia Saúde da Família (incluindo o Programa de Saúde Bucal), os papéis das Secretarias Municipais de Saúde, a infra-estrutura mínima para as Unidades Básicas de Saúde, bem como o tamanho da população adscrita e o número de equipes de saúde para esta população, a obrigatoriedade de curso introdutório para todos os integrantes da Estratégia Saúde da Família, os indicadores de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica de 2006, que aponta para a valorização de gestão por desempenho.

A Saúde Bucal constitui uma das áreas estratégicas da Atenção Básica e cabe ao gestor municipal definir e implantar o modelo de Atenção Básica em seu território, organização do sistema de atenção à saúde através da Estratégia Saúde da Família, manutenção das Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, garantia da infra-estrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, estimular e viabilizar a capacitação e educação permanente dos profissionais, alimentar os sistemas de informação e avaliar o desempenho das equipes de Atenção Básica.

O Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão estabelece diretrizes e foi aprovado em 26 de Janeiro de 2006 pelo Congresso Nacional de Saúde na Comissão Intergestores Tripartite. Sua implantação possibilita melhor organização e reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de Gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiências e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das

necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Dentre as prioridades pactuadas, o fortalecimento da Atenção Básica é um objetivo proposto onde às estratégias de educação permanente, garantia de infra-estrutura necessária ao funcionamento e aprimoração da inserção dos profissionais da Atenção Básica, entre outros, constituem prioridade quando discutimos a elaboração e implementação de uma política de Promoção da Saúde, na qual a Saúde Bucal está inserida.

Dentre as responsabilidades sanitárias atribuídas aos gestores municipais, é compromisso de todo município ser responsável pela integridade da atenção à saúde da sua população e para isso deve organizar serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, promovendo a estruturação de sua assistência de acordo com as normas técnicas vigentes.

Após o conhecimento da realidade local, o gestor deve buscar aproximar esta realidade das diretrizes disponíveis na literatura, como os protocolos do Ministério da Saúde. O Programa de Gestão por Resultados da Atenção Básica (ProGRAB) é um instrumento desenvolvido pelo Ministério da Saúde e que contém orientações e protocolos de 14 áreas programáticas, entre elas está a saúde bucal, e com flexibilidade para ser adaptado à realidade local.

O ProGRAB é uma ferramenta de programação e tem como eixo estruturante a integralidade da atenção, propondo ações desenvolvidas no cotidiano das equipes, como áreas programáticas, demanda espontânea, atividades de promoção, prevenção de agravos, tratamento e recuperação, ações intersetoriais e inter-institucionais. É um instrumento para ser usado pelas equipes locais de saúde, mas não é um instrumento obrigatório, dependendo da decisão do gestor em utilizá-lo. Foi desenvolvido para apoiar e orientar o trabalho das equipes e têm relação com a Programação Pactuada Integrada, o Pacto da Atenção Básica e os Indicadores do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf).

Esta programação visa explicitar os compromissos entre equipes, gestores e população usuária do SUS no âmbito da Atenção Básica e contribui para a definição clara das ações a serem desenvolvidas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde e os resultados esperados com cada uma dessas ações.

O Proesf é uma linha de investimento que contribui para implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família por meio da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, sendo destinado a todos os municípios brasileiros até dezembro de 2006 investimentos contemplando aspectos relativos ao desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e

avaliação da atenção básica.

Não podemos assegurar que o município de Presidente Juscelino tenha sido contemplado dentro dos critérios para obtenção deste tipo de financiamento em virtude da falta de informações sobre recursos de estruturação e financiamento da atenção básica, pois não estavam dentre os objetivos da pesquisa.

Diante desses aspectos apresentados concordamos com D'Aguiar (2001) quando conclui ao analisar as atribuições dos municípios, que um dos motivos para o afastamento dos objetivos preconizados no SUS e no PSF é o fato das equipes apresentarem suas atribuições sem parâmetros definidores para suas margens de atuação. D'Aguiar (2001) ainda conclui que, “na verdade, a efetiva responsabilidade pelo sucesso do PSF recai sobre o município e o seu gestor deve implementar as atividades necessárias para a consecução dos objetivos propostos pelo programa e criar as condições para garantir o cumprimento dos princípios preconizados pelo SUS”.

- Planejamento conjunto das ações
- Promoção e vigilância em Saúde Bucal
- Trabalho interdisciplinar
- Abordagem integral

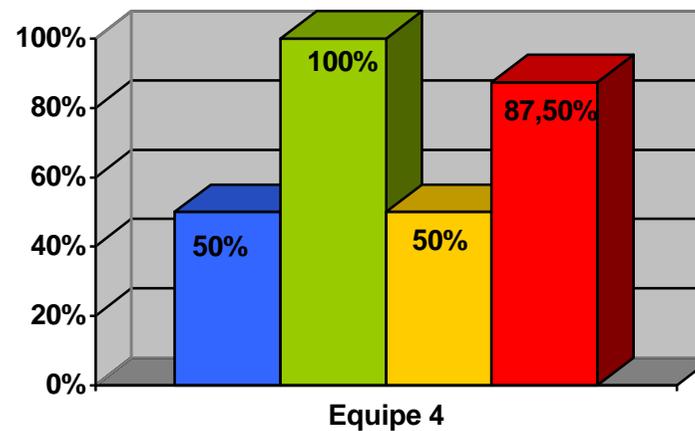
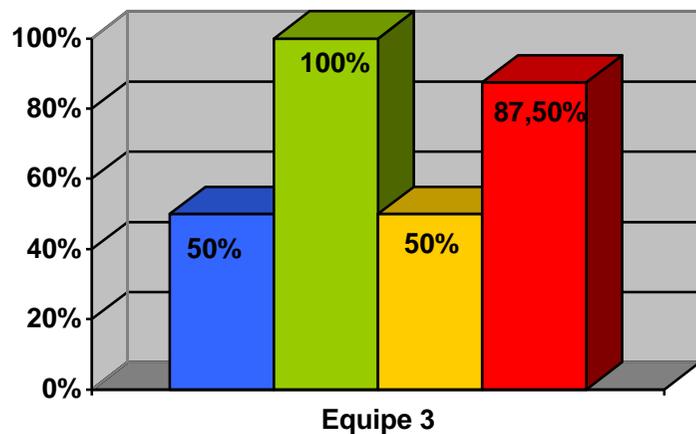
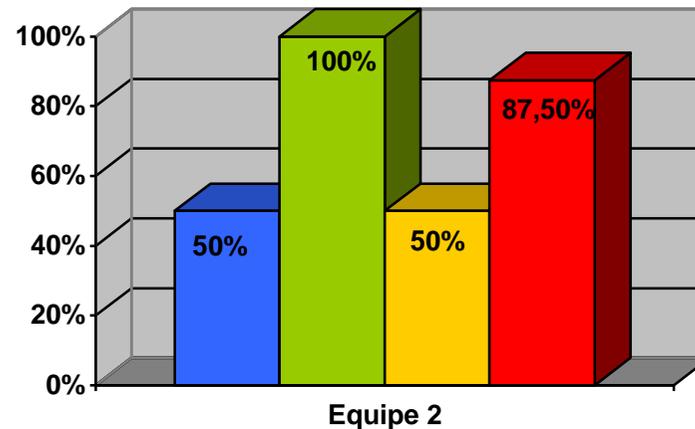
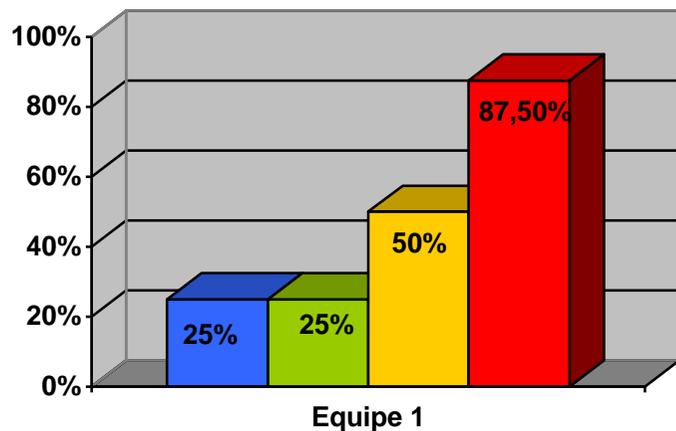


Gráfico 2 - Desenvolvimento de ações/atividades pelas quatro equipes de Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino, 2007.

Para avaliação de estrutura foram considerados os aspectos estabelecidos como padrão pelo Ministério da Saúde estabelecendo percentual de 100% quando todas as atribuições relacionadas a cada ação fossem marcadas.

Do total de Equipes de Saúde Bucal pesquisadas no município, cabe registrar que apenas uma delas referiu ter ambiente destinado a realização dos procedimentos clínico-cirúrgicos. Na zona rural criou-se uma alternativa para o atendimento odontológico com equipamentos móveis. Não configurando como o ideal, pois de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, mesmo neste caso em que o uso destes equipamentos foi de grande valia, deveria ser instalada uma Unidade de Saúde da Família com um ambiente destinado ao serviço odontológico para servir de referência para essas comunidades.

Foram considerados para análise de estrutura os seguintes aspectos:

- Existência de ambiente destinado ao serviço de odontologia;
- Existência de equipamentos como: cadeira clínica, refletor, compressor, mocho odontológico, estufa ou autoclave, amalgamador, fotopolimerizador, instrumentais, necessários para exame clínico, dentística, periodontia, cirurgia oral menor, urgência/emergência bem como material para prevenção e promoção em Saúde Bucal.

Conforme, mencionado verificou-se que apenas a equipe 01 (zona urbana) possui ambiente adequado (planta física) para o atendimento odontológico. Do total das 04 equipes de Saúde Bucal avaliadas, 75% não referiram possuir consultório odontológico para realização das ações básicas de Saúde Bucal. Apenas 25% das Equipes de Saúde Bucal (equipe 01 na zona urbana) do município dispunha de equipamento instalado e material permanente completo.

Em relação às características estruturais observadas na planta física quando considerado o aspecto do ambiente destinado exclusivamente ao atendimento odontológico o Ministério da Saúde preconiza, através do Manual de Estrutura Física, que o ambiente deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana tanto para profissionais de saúde quanto para os usuários, além de possibilitar e adequar instalações elétricas, hidráulicas, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e facilidade na limpeza e desinfecção. Dessa forma, cabe ressaltar que as equipes não alcançaram com satisfação esta perspectiva, pois 75% das equipes (zona rural) não apresentaram condições adequadas de atendimento no quesito da ambiência, desconsiderando aspectos fundamentais como conforto, humanização, adequações sanitárias e de biosegurança o que demonstra uma estrutura insalubre e insatisfatória para o atendimento odontológico.

A Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde recomenda que

cada UBS (Unidade Básica de Saúde) deve ser localizada dentro do território-área de sua responsabilidade e estar inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Cada UBS deve possuir estrutura física e insumos em qualidade e quantidade para permitir a realização de atenção primária com alta resolubilidade.

O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) em seu Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS relata que não há um padrão único ou ideal de estrutura física a ser adotado e que o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde sugere equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações em saúde típicas de uma equipe, mas essa listagem não representa um padrão rígido e fixo dos insumos necessários, pois eles podem ser disponibilizados de acordo com o leque de serviços oferecido pela equipe, obviamente orientado pelas características epidemiológicas e necessidades em saúde da população adscrita.

Referente ao material educativo vale destacar que a disponibilidade destes recursos na zona rural possibilitou o desenvolvimento das ações de saúde bucal com alcance coletivo.

A disponibilidade do instrumental apresentava-se de maneira diferenciada, já que os instrumentais para exame clínico, dentística, periodontia, cirurgia oral menor, urgência e emergência odontológica eram levados previamente esterilizados do consultório existente na Unidade de Saúde da Família da zona urbana para o atendimento na zona rural. Sob tais condições o atendimento individual era realizado com o objetivo de manter a saúde bucal das comunidades.

Quadro 2 - Presença de ambiente destinado ao serviço de odontologia, equipamentos, instrumental e material educativo entre as quatro equipes de Saúde Bucal no Município de Presidente Juscelino, 2007.

Infra-estrutura	SIM			
	E1	E2	E3	E4
Ambiente destinado ao serviço de odontologia	X			
Cadeira clínica, refletor, compressor e mocho odontológico	X			
Estufa ou autoclave	X			
Amalgamador	X			
Fotopolimerizador	X			
Instrumental de exame clínico	X			
Instrumental para dentística	X			
Instrumental para periodontia	X			
Instrumental para cirurgia oral menor	X			
Material para prevenção e educação em saúde		X	X	X
Instrumental para urgência/emergência odontológica	X			

6 CONCLUSÃO

A avaliação do programa de saúde bucal no município de Presidente Juscelino demonstrou as formas de organização das equipes quanto à atenção à saúde da população o que nos permitiu identificar avanços e distorções na implementação dos princípios e diretrizes do programa ao analisarmos o processo de trabalho dos profissionais e estrutura disponibilizada para o Programa Saúde Bucal. Estas informações através dos dados encontrados possibilitarão a busca pela eficácia, eficiência e efetividade contribuindo para crescimento e sustentabilidade do Programa Saúde Bucal, já que o município de Presidente Juscelino está entre os 14 (quatorze) primeiros no Estado do Maranhão a garantir a implantação de uma equipe de Saúde Bucal em 2001.

Com base nos objetivos propostos e nos resultados obtidos, concluímos que:

- Quanto à idade, os Cirurgiões-Dentistas tem entre 34 e 48 anos e os Auxiliares de Consultório Dentário tem entre 28 e 43 anos.
- Em relação ao gênero não houve predominância de nenhum dos sexos, já que as equipes eram compostas por profissionais de ambos os sexos, distribuídos igualmente entre as categorias profissionais (Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário).
- Quanto à qualificação profissional nenhum componente das equipes possui treinamento ou formação específica para o Programa Saúde Bucal.
- Quanto ao tempo de inserção tanto na equipe como no Programa Saúde Bucal os Auxiliares de Consultório Dentário apresentaram maior média no tempo de permanência que os Cirurgiões-Dentistas.
- Quanto às ações/atividades desenvolvidas a partir das atribuições relativas aos profissionais, os resultados mostram que as ações de promoção e vigilância em saúde bucal foram contempladas nas equipes da zona rural e que as ações de planejamento conjunto, trabalho interdisciplinar e abordagem integral foram subutilizadas nos processos de trabalho em todas as equipes.
- Quanto à estrutura constatou - se a inexistência de Unidade Básica de Saúde com suporte (ambiente destinado ao atendimento odontológico e equipamentos instalados na zona rural) para dar assistência adequada à população.

Diante das conclusões referidas, propõe – se:

- Que haja mudança no processo de trabalho, pois é fundamental para o

Programa Saúde Bucal tornar-se resolutivo, deixando seu foco apenas na doença para a promoção e manutenção da saúde.

- Que o modelo de atenção em curso deve ser substituído por um modelo de atenção centrado nos princípios organizativos da Estratégia Saúde da Família, da qual o Programa Saúde Bucal faz parte.
- Que a implementação das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde propostas pelo Ministério da Saúde (2006) em consonância com a realidade local se faz necessário para garantir a eficiência, diminuição dos riscos para a comunidade, prestação de serviços efetivos e melhoria na qualidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES, Darli Antônio, CORDONI JÚNIOR, Luiz. Bases da Saúde Coletiva. In.: SAKAI et al., Marcia Hiromi. (org.) **Recursos Humanos em Saúde**, 2001.
- BALDANI, Márcia Helena et al. A inclusão da odontologia no programa saúde da família no estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1026-1035, jul./ago. 2005.
- BELLINI. Periodicidade de retorno: avaliação de cirurgiões dentistas quanto ao intervalo adotado. **Jornal de Assessoria ao odontologista**, [S.l.], mar./jun. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família 2001-2002. Brasília, DF, 2004a.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2 ed. Política Nacional de Atenção Básica. Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. v.4, 2006.
- _____. **Saúde Brasil**. Brasília, DF, n.94, fev./mar. 2004b.
- _____. **Diretrizes política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004c.
- _____. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Brasília, DF, 2001.
- _____. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal no âmbito do programa saúde da família. **Diário Oficial da República do Brasil**, Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, MS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps/areas tecnicas/bucal/htm>>
- _____. Portaria nº 1.444, de 29 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: atenção primária e promoção da saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 20.ed. Brasília: CONASS, 2007.
- BUISCHI, Yaone de Paiva. Aspectos básicos da promoção de saúde bucal. [S.l.]: Artes Médicas, 1996. Cap. 23.
- CARLOS, Iluska Maria Fontes. **Conhecimentos e atribuições dos cirurgiões dentistas inseridos no Programa Saúde da Família (PSF)**. São Luís, 2004.
- CÓRDON, J. A. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. **Rev. Divulgação em Saúde**, n.13, p. 36 -53, 1997.

_____. **A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva.** Brasília: UnB.b.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa de Saúde da Família no Brasil: A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda-RJ.** Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

DICKSON, M.; AB.E.G.G, C. D. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2000. p.40-71.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press; 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde dentro de casa: programa saúde da família.** Brasília, DF, 1994

GAMA, Mônica Elinor Alves, TONIAL, Sueli Rosina, SIMÕES, Vanda Maria Ferreira (Orgs.). **Políticas de saúde e introdução à estratégia de saúde da família.** São Luís: LABORO – Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005. (Série: Cadernos do Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro – Excelência em Consultoria e Pós-Graduação).

_____. CARLOS, I.M.F., GOMES, G.P.C. **Implantação da equipes de saúde bucal na estratégia do PSF-Maranhão.** São Luis, 2003. Mimeografado.

GIL, C.R.R. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública.** v.21, n.2, p.490-498, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 132p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICAS – INBRAPE. **O perfil do cirurgiãodontista no Brasil. Pesquisa realizada para entidades nacionais de Odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO,** 2003 abr. Disponível em: www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf. Acesso em 08 de junho 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e utilização dos serviços de saúde: PNAD 1998.** Rio de Janeiro, 2000.

MEDEIROS JUNIOR, Antonio. Modelos assistências em saúde bucal. In: _____. **Conhecer para atuar.** Natal (RN): UFRN, 2004. Cap. 18.

MEDINA, M.G; AQUINO, R. Avaliando o programa saúde da família. IN: SOUSA, M.F. **Organizando os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2002. p.135-151.

MENDONÇA, T.H. Mutilação dentária: concepção de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad. Saúde pública,** v.17, n.6, p. 1545-1547, dez.2001.

MOISÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal – definições. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.p. 1-22.
 _____. KREMPEL M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.3, p. 627-641, 2004.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distrito sanitários In.: MENDES, E.V (Org.) **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

PEDROSA J.T.S, TELES J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** , v.35, p. 303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n.1, p.103-9, 2001.

_____, PALMA, J .J. L. A equipe de saúde. In: MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M. I. B; SCHRAIBER, L. B. (Orgs.) **Saúde do adulto: Programas e ações na unidade de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-50.

PEREIRA, D.Q, et al. 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**. v.8, n. 2, p.599-609, 2003.

PINTO, V. G.. Índice de cárie no Brasil e no mundo. **Rev. Gaúcha de odontologia**, v.44, p. 8-12, 1996.

_____. Saúde bucal no Brasil. Brasília, DF: IPEA.

PUSTAI, O.J. O sistema de saúde no Brasil. In.: DUCAN, B.B., SCHIMIDT, M.I. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

_____. A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. **MEDCENTER**, v.7, maio. 2001.

RABELLO, S.B.; CORVINO, M.P.F. A inserção do CD no programa saúde da família. **Rev. Odontologia** n. 58, p. 266-2667, 2001.

RODRIGUES, A.A.A.O. et al. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas-Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**. v.29, n.2, p.273-285, 2005.

RONCALLI, A. G. O. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**. 2000. Tese – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Centro

Técnico de Saúde Bucal. **A organização das ações de saúde bucal na atenção básica: uma proposta para o SUS.** São Paulo, 2001.

SAÚDE COLETIVA. Disponível em: <http://www.Unb.br/FS/SBC/sadecoletiva.html>. Acesso em 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciência Saúde Coletiva.** v.4, n.2, p.221-42, 1999.

SILVEIRA FILHO, A.D. et al. **Os dizeres da boca em Curitiba:** boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. 193p.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidade de Saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, Alrieta Henrique. **Saúde bucal na estratégia saúde da família:** conhecendo a atuação das equipes no município de Sobral (CE) no período de 2001 a 2003. Sobral (CE), 2004. (Monografia apresentada à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia).

VILARINHO, Silvia Marques Martins et al. Perfil dos cirurgiões dentista do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odont Ciência,** v.22, n.55, jan./mar. 2007.

ZANETTI, Carlos Henrique Gonetti. **Saúde bucal no programa de saúde da família (PSF):** proposição e programação. Brasília, DF, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Ficha de Coleta de Dados

1) Caracterização da Equipe de Saúde Bucal

Variáveis	Cirurgião-Dentista		Auxiliar de Consultório Dentário
NOME			
IDADE			
SEXO			
FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	Capacitação	Pós-Graduação	Capacitação
FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA PROGRAMA SAÚDE BUCAL	Capacitação	Pós-Graduação	Capacitação
TEMPO NESSA EQUIPE			
TEMPO DE TRABALHO NO PSB			

Tempo de implantação da equipe: () ≤ 1 ano () > 1 ano

Localização da equipe de Saúde Bucal: () Zona Urbana () Zona Rural

Atendimento prioritário: () Demanda espontânea () Encaminhados do PSF

2) Ações/Atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal:

- () levantamento epidemiológico com vistas ao planejamento e priorização das ações de saúde bucal
- () reconhecimento das condições espaciais, sociais, econômicas e das famílias
- () identificação das áreas analisando os determinantes de risco à saúde
- () identificação de indivíduos de grupos prioritários (diabéticos, hipertensos gestantes...) para atenção em conjunto com a ESF
- () realização de ações de educação em saúde geral e em saúde bucal nas famílias, abrangendo temas como dieta, higiene e hábitos saudáveis de vida
- () realização de bochechos com soluções fluoretadas ou Aplicação Tópica de Flúor nas famílias ou grupos prioritários
- () orientação de escovação
- () fornecimento de escovas dentais e/ou pastas dentais e/ou fio dental quando necessário
- () encaminhamento de pacientes para serviços de referência e contra-referência
- () treinamento do pessoal auxiliar, agentes de saúde e outros serviços preparando-os para identificar problemas na comunidade
- () realização de visitas domiciliares quando necessário ou quando solicitados pela ESF e/ou ACS
- () desenvolvimento de ações coletivas em conjunto com a equipe de saúde da família
- () atividades clínicas restauradoras

- atividades clínicas de periodontia
- consulta e atendimento
- controle da placa bacteriana
- aplicação de selante
- atividades clínicas de exodontias
- atividades clínicas de urgência

3) Quanto à infra-estrutura

- possui ambiente destinado ao serviço de odontologia
- possui cadeira clínica, refletor, compressor e mocho odontológico
- estufa ou autoclave
- amalgamador
- fotopolimerizador
- possui instrumental de exame clínico
- possui instrumental para dentística
- possui instrumental para periodontia
- possui instrumental para cirurgia oral menor
- possui material para prevenção e educação em saúde
- possui instrumental para urgência/emergência odontológica

APÊNDICE B – Termo de Consentimento

**LABORO: Excelência em Pós-Graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador (a): PROF^a.DR^a. Mônica Elinor Alves Gama
 End: Rua das Acácias Qd. 39, C – 7 Renascença I – CEP: 65.075-010
 Fone: 3235 1557
 E-mail: mgama@elo.com.br
 Pesquisadores: Auridéa de Maria Lima
 Margareth Rabelo Coqueiro
 Waneska F. C. de Albuquerque Reis

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE JUSCELINO**

Prezado (a) Sr. (a), estamos realizando uma pesquisa sobre as características, ações/atividades e infra-estrutura das equipes do Programa Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr. (a) que ajudarão a avaliar o processo de trabalho, bem como a estrutura das equipes de Saúde Bucal, considerando o preconizado pelo Ministério da Saúde. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa não sendo divulgados dados que identifiquem os participantes. Sua participação não implicará em custos. Caso o (a) Sr. (a) desista de participar não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado prestado nesse serviço.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelos pesquisadores responsáveis, que concordo em participar da pesquisa que irá avaliar o Programa Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino / MA, a partir de informações coletadas em questionário específico, não havendo riscos ou desconfortos a mim. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecido (a) ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

Local e data

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do participante

End. Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Juscelino
Rua Antônio Bayma, S/Nº, Centro.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel
End. do Comitê: R. Barão de Itapary, 227, Centro

ANEXO

ANEXO A – Lista de instrumental e material, segundo o Guia Prático do Programa de Saúde Família do Ministério da Saúde.

ELEMENTOS E EQUIPAMENTOS		ÁREA E DESTINAÇÃO
CLÍNICA ODONTOLÓGICA	INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS:	16m ² Ambiente destinado ao serviço de Odontologia
Amalgamador	Alveolótomo	
Aparelho Fotopolimerizador	Alavanca inox adulto	
Cadeira Odontológica	Alavanca inox infantil	
Compressor	Alavanca Seldim adulto	
Equipo odontológico com pontas	Aplicador para cimento (duplo)	
Estufa ou autoclave	Aplicador para hidróxido de cálcio	
Mocho	Bandeja de aço	
Refletor	Brunidor	
Unidade auxiliar	Cabo para bisturi	
	Cabo para espelho	
	Caixa inoxidável com tampa	
	Condensador Holleback 01 e 02	
	Condensador Eames	
	Condensador Clev-dent	
	Corrente para prender guardanapo	
	Cureta alveolar	
	Cureta de periodontia Gracey (vários n°s)	
	Escavador de dentina n° 05 e n° 11,5	
	Escavador para pulpotomia	
	Esculpidor Holleback 3s	
	Espátula de cera n° 7	
	Espátula de cimento n° 24	
	Espelho bucal	
	Espelho de mão e de parede	
	Extrator de tártaro 1/10	
	Fórceps infantis e adultos (vários n°s)	
	Frasco de Dappen	
	Gengivótomo de Kirkland	
	Gengivótomo de Orban	
	Lamparina	
	Limpador de brocas	
	Macro escova	
	Macro modelo	
	Estojos de inox (tipo marmitta)	
	Óculos de proteção	
	Lima óssea	
	Pinça clínica	
	Pinça Halstead (mosquito) curva e reta	
	Pinça para algodão	
	Placa de vidro	
	Porta agulha	
	Porta amálgama	
	Porta matriz	
	Removedor de brocas	
	Seringa Carpule	
	Sindesmótomo	
	Sonda exploradora	
	Sonda periodontal milimetrada	
	Tesoura cirúrgica reta e curva	
	Tesoura íris	
	Tesoura standart	

ANEXO B – Portaria nº 648/GM de 28 de março de 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 da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite no dia 23 de março de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Anexo Política Nacional de Atenção Básica

Capítulo I Da Atenção Básica

2 – DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 – Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

- I – organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
- II – incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;
- III – inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;
- IV – organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;
- V – garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- VI – selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;
- VII – programar as ações da Atenção Básica a partir da sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- VIII – alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
- IX – elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;
- X – desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- XI – definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da Atenção Básica;
- XII – firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- XIII – verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;
- XIV – consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e d gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;
- XV – acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
- XVI – estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e
- XVII – buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

3 – DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

- I – Unidade(s) Básica(s) de Saúde (USB) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;
- II – USB com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

- III – equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;
- IV – consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;
- V – área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
- VI – equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolubilidade da Atenção Básica;
- VII – garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- VIII – existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios de Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios de Atenção Básica.

5 – DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I – definição do território de atuação das UBS;
- 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 controle social.

Capítulo II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

3 – DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

- I – no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

- II – no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;
- III – existência de unidade de saúde no Cadastro Geral de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:
 - a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e
 - b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

Anexo I

As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e acs

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 – SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS;

- I – participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II – realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III – realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV – garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V – realizar busca ativa e de notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI – realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII – responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII – participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX – promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X – identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI – garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII – participar das atividades de educação permanente; e
- XIII – realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Lima, Auridéa de Maria

Avaliação do Programa Saúde Bucal no município de Presidente Juscelino/ Auridéa de Maria Lima, Margareth Rabelo Coqueiro, Waneska F. C. de Albuquerque Reis._São Luís, 2008.

53f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Saúde Bucal. 3. Município de Presidente Juscelino I. Título.

CDU: 614