

## Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE)

Analysis of oral health attention in the Family Health Strategy of the Sanitary District VI, Recife, Pernambuco State

Fernando Castim Pimentel <sup>1</sup>  
 Petrônio José de Lima Martelli <sup>1</sup>  
 José Luiz do Amaral Correa de Araújo Junior <sup>1</sup>  
 Raquel Moura Lins Acioli <sup>2</sup>  
 Cícera Lissandra Sá Vieira Macedo <sup>3</sup>

**Abstract** *The aim of this study was to analyze the work process developed by the oral health teams of the VI Sanitary District of Recife, Pernambuco State, in 2006. It is a descriptive study of qualitative approach in that secondary data were obtained of a previous research accomplished in Recife, where the Sanitary District VI is located. Four semi-structured interviews were accomplished with the oral health coordinator, two surgeon-dentists and a nurse that acted in the Family Health Strategy. The results showed that some practices accomplished by the teams are still incipient such as the epidemic survey, patient reference and counter reference, and the control and evaluation of the actions. However, the progress in the preventive vision and in education practice in the professional health became evidenced through the interviews. In conclusion, in spite of the difficulties for the execution of the practices established by the National Policies of Oral Health, it is noticed a change in the attention model in oral health, being necessary some adjustments and corrections in the activity of the teams, besides a larger participation of other administration levels for the full exercise of oral health in the Family Health Strategy.*

**Key words** *Oral health, Dental health services, Family Health Program*

**Resumo** *Este estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde bucal do Distrito Sanitário VI do município de Recife (PE), no ano de 2006. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, em que foram utilizados dados secundários obtidos de uma pesquisa anterior realizada na cidade do Recife, onde o Distrito Sanitário VI está localizado. Para isso, foram utilizadas quatro entrevistas semiestruturadas com o coordenador de saúde bucal distrital, dois cirurgiões-dentistas e uma enfermeira, que atuavam na Estratégia de Saúde da Família. Os resultados mostraram que algumas práticas realizadas pelas equipes ainda são incipientes, como o levantamento epidemiológico, a referência e contrarreferência dos pacientes e o monitoramento e avaliação das ações. Entretanto, o avanço na visão preventiva e na prática de educação em saúde dos profissionais foi evidenciado através das entrevistas. Conclui-se que, apesar das dificuldades para o cumprimento das práticas estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Bucal, percebe-se uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal, sendo necessários ajustes e correções nas atividades das equipes, além de uma maior participação dos demais níveis de gestão para o exercício pleno da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.*

**Palavras-chave** *Saúde bucal, Serviços de saúde bucal, Programa Saúde da Família*

<sup>1</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Av. Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, 50670-420 Recife PE. [nandocastim@yahoo.com.br](mailto:nandocastim@yahoo.com.br)  
<sup>2</sup> Universidade Federal de Pernambuco.  
<sup>3</sup> Secretaria de Saúde, Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho.

## Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a reorganização da atenção básica, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Através dele, o Ministério da Saúde (MS) pretende reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS<sup>1</sup>. A partir daí, o programa passa a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo.

Esse programa teve sua origem em 1991 com o Programa dos Agentes Comunitários (PACS). Sua consolidação veio em 1994, quando foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde, que se propunha superar o modelo de assistência à saúde, marcado pelos serviços hospitalares baseados em ações curativas<sup>2</sup>. A regulamentação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família somente ocorreu por meio da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000<sup>3</sup>, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios.

Uma característica das equipes de Saúde da Família deve-se ao fato de constituírem a principal “porta de entrada” do sistema de atenção, com devida integração a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contrarreferência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes<sup>4</sup>.

Entretanto, para a organização da demanda acumulada nos serviços, recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado, utilizando-se um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações. A rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação<sup>5</sup>.

Para concretizar a inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando seus princípios “sagrados” de participação popular,

integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização<sup>6</sup>.

Para o avanço das ações realizadas na ESF (Estratégia Saúde da Família), ressalta-se a importância do trabalho em equipe, principalmente pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos noventa e, principalmente, neste início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil<sup>7</sup>.

Entretanto, observa-se que o histórico das práticas do cirurgião-dentista (CD) se caracteriza pela intervenção individual e meramente clínica para uma clientela reduzida, ocorrendo, por demanda espontânea, o que ainda é muito visto nos serviços públicos, incluindo o PSF. Esse tipo de assistência reproduz o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada, com ênfase em atividades restauradoras<sup>8</sup>.

Apesar de se observarem alguns avanços quanto ao modelo de atenção no SUS, desde a implantação do Programa de Saúde da Família, Paim<sup>9</sup> afirma: ***O modelo assistencial curativista ainda é o hegemônico, pois a maioria dos indivíduos só procura os serviços de saúde quando pensa que está doente. Logo, os serviços ficam restritos a manter uma dada oferta de atendimento.***

As equipes de saúde bucal ainda encontram dificuldades para realizar atividades como visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência<sup>10</sup>.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar o processo de trabalho desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI do município do Recife (PE) no ano de 2006.

## Metodologia

Para estudar a saúde bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família, foi realizado um estudo descritivo, utilizando uma abordagem qualitativa, em que foram verificadas algumas práticas realizadas pelas equipes de saúde bucal, como diagnóstico e levantamento epidemiológico, ações de promoção e prevenção, integração com a equipe de Saúde da Família, referência e contrarreferência e monitoramento e avaliação das ações.

Para a descrição das práticas realizadas pelas equipes, foram utilizados dados secundários

obtidos da pesquisa “Analisando a política de atenção básica no Recife-PE: um olhar sobre a estratégia saúde da família e o programa de saúde ambiental”, desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, que teve o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a qual realizou entrevistas semiestruturadas com seis coordenadores distritais de saúde bucal, doze cirurgiões-dentistas e seis enfermeiros, totalizando 24 entrevistas que representavam os seis distritos sanitários do Recife, sobre questões que abordavam suas ações e práticas assistenciais desenvolvidas no ano de 2006 no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Esses profissionais foram selecionados de equipes de Saúde da Família consideradas padrão-ouro pela direção distrital, baseada nos seguintes critérios: Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal e o Programa de Saúde Ambiental (PSA); possuir profissionais com experiência na estratégia e estar inserido na USF há um bom tempo, além de apresentar qualidade nas práticas oferecidas à comunidade. Para o presente estudo, utilizaram-se as quatro entrevistas referentes ao Distrito Sanitário VI – coordenador de saúde bucal (1), cirurgiões-dentistas (2) e enfermeira (1).

Para a análise das entrevistas, foi tomado como base o método de análise de conteúdo<sup>11</sup>, realizando-se os seguintes passos: (1) ordenação dos dados: todo o material coletado nas entrevistas, já transcrito, foi utilizado para a obtenção de fragmentos das falas que permitam a elaboração de uma síntese das entrevistas; (2) classificação dos dados: a partir dos fragmentos das falas selecionados, foi elaborada uma categorização de eixos temáticos para análise dos dados, identificando convergências, divergências e complementaridades; (3) análise final dos resultados, confrontando as falas dos entrevistados com a literatura atual, baseada em artigos científicos, livros, portarias ministeriais, dentre outros.

Com a finalidade de preservar a identidade dos entrevistados, as entrevistas receberam a seguinte codificação ao serem inseridas no presente trabalho: E1, E2, E3, E4.

Este trabalho se orientou conforme os parâmetros bioéticos da Resolução nº 196/96 CNS/MS, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Aggeu Magalhães/Fiocruz.

## Resultados e discussão

Em 2006, a atenção básica à saúde bucal do DS VI apresentava-se com 29 Unidades de Saúde da Família, nas quais se distribuíam 64 ESF e 23 ESB, além de sete unidades tradicionais, sendo seis com saúde bucal. A média complexidade era composta por duas policlínicas, a do Ibura e a do Pina. Na policlínica do Ibura, funciona a parte de ambulatório das especialidades, no caso, odontopediatria e endodontia (apenas para dentes anteriores, de pré-molar a pré-molar) e o serviço de urgência 24 horas. Na policlínica do Pina, existem dois endodontistas, um odontopediatra e um periodontista. Já a referência para alta complexidade corresponde ao Hospital Geral de Areias, com referência para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

### Diagnóstico e levantamento epidemiológico

Os levantamentos epidemiológicos constituem um importante instrumento para o planejamento das ações. Quando questionados sobre a realização de diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação das ações em saúde bucal, os entrevistados responderam que **A maioria das unidades não. Só as primeiras equipes, mas essas que entraram recentemente não fizeram.** (E1).

**A gente não tem tempo e nem estrutura para fazer um levantamento epidemiológico. Mas, na medida do possível, a gente faz um diagnóstico da área juntamente com as médicas e enfermeiras. Agora, não é aquele perfil epidemiológico que a gente vê nos livros, por que aquilo ali tem que ter calibração. Aquilo ali, que é o ideal, a gente não faz, não. Em nenhum momento. Não tivemos orientação também. Até por que eu acho que tem que vir de cima. Uma organização para estruturar aquela forma. O que a gente faz dá um perfil epidemiológico mais ou menos.** (E2).

Pereira, Pereira e Assis<sup>12</sup> também observaram em seus estudos que os cirurgiões-dentistas demonstraram não se preocupar com um planejamento de ações que possam criar condições de mudança social, levando-se a concluir que não existe um planejamento sistemático das atividades odontológicas na rede.

A programação e o planejamento de ações devem ser baseadas nas condições de saúde da população adscrita, a fim de estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada, permitindo o desenvolvimento de práticas mais efetivas<sup>13</sup>.

A rotina de trabalho das equipes Saúde da Família deve incluir processos de conhecimento do território e da população, como a realização e atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade, o cadastro das famílias e a atualização constante das informações, a identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade, a análise situacional da área de abrangência, o acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e equipe (quando necessário), bem como a análise de informações e indicadores de saúde da área de abrangência, a interlocução com conselho local ou municipal de saúde e o desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade<sup>5</sup>.

Apesar do diagnóstico de área e o levantamento epidemiológico não serem realizados por algumas equipes e realizados de forma parcial por outras, observou-se nas entrevistas que as equipes do Distrito Sanitário VI delimitam sua área de abrangência para a organização da clientela. Emmi e Barroso<sup>14</sup> afirmam que, a partir dessa delimitação, é possível identificar, com mais facilidade, os principais problemas de saúde que afetam a comunidade, permitindo ser elaborado diagnóstico e avaliação permanente para desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida.

#### Ações de promoção e prevenção

Historicamente, as práticas da saúde bucal no setor saúde indicam que ela foi desenvolvida à distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico<sup>5</sup>. Há um grande esforço para a superação desse modelo de atenção voltado para práticas curativistas, tanto por parte de muitos gestores que têm uma visão mais ampla do conceito de saúde, quanto por parte de muitos profissionais comprometidos e dispostos a reverter essa forma ultrapassada de cuidar da saúde da população. Entretanto, muitos profissionais ainda insistem em ver o cirurgião-dentista voltado apenas ao atendimento clínico: *A gente tenta criar a lógica da promoção. Tem alguns gerentes das USF que não têm esse entendimento. Eles acham que se o dentista está na unidade e não está atendendo, ele não tá fazendo nada. Na visão deles, o dentista é pra estar dentro do consultório só fazendo restauração, ambulatório e que ele não tem que estar fazendo visita domiciliar, que não precisa estar indo numa escola fazer uma palestra.* (E1)

Devido a isso, muitos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia de Saúde da Família dão continuidade a esse tipo de prática curativista, privando a população dos cuidados de promoção e prevenção. “A atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos e preventivos individuais”<sup>15</sup>. Barros e Chaves<sup>16</sup> reforçam esse fato, afirmando que, apesar de se ter uma proposta de reorganização, a prática profissional continua amarrada ao atendimento cirúrgico-restaurador, sem alcançar melhorias nas condições de saúde da comunidade.

Para superar esse tipo de modelo assistencial, as equipes realizam ações coletivas de promoção e prevenção, voltadas para escolares e outros grupos populacionais. Quando questionados sobre o tipo de atividades que promovem, encontraram-se as seguintes respostas: *Escovação, orientação, palestra, flúor. Ações assim, de prevenção, de palestras em colégio. Uma vez, a gente fez uma ação aqui no mercado público, aqui na igreja. A gente faz palestra, a gente passa aquele vídeo “Dr. dentuço” e depois conversa e depois faz a escovação e a aplicação de flúor.* (E3)

*Por exemplo, quando tem campanha de vacinação, eles articulam com o médico e o enfermeiro e vão participar também. Tem umas unidades que trabalham com teatrinho, com marionetes, mas são poucas. Atividades de promoção em algum evento... A dentista da USF Bernardo Van Leer tá montando, junto com a nutricionista da escola, um programa pra aliar merenda com a orientação de escovação, por que não adianta a criança só escovar. Você tem que ver, que é uma atribuição do dentista do Saúde da Família, que é avaliar a dieta, do que é que aquela criança está se alimentando.* (E1)

Emmi e Barroso<sup>14</sup> avaliaram as ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro (PA) e, ao questionarem os usuários sobre os fatores que melhoraram e que consideraram de relevância após a inclusão das ESB, observaram que os mais citados foram as orientações sobre higiene bucal, seja através de palestras, nas visitas em casa ou na própria consulta.

Os procedimentos coletivos programados, incluídos na agenda de trabalho, podem ser executados em qualquer local ou espaço social do território. Ainda que coordenados e, inicialmente, realizados pela ESB, eles podem ser mantidos pelo agente comunitário de saúde ou pessoal auxiliar de odontologia. Dentre tais procedimentos, destacam-se a discussão com a comunidade sobre as formas de intervenção nos determinantes sociais que constituem riscos comuns às doen-

ças mais prevalentes, ações de educação em saúde geral e de saúde bucal nas famílias e ações preventivas, de acordo com a necessidade do grupo: higiene bucal supervisionada, controle de placa, aplicação terapêutica de flúor e aplicação de cariostático<sup>17</sup>.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal expõem que as ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), tais como políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes<sup>18</sup>.

Araújo e Dimenstein<sup>19</sup> perceberam que cirurgiões-dentistas do Rio Grande do Norte relataram dificuldades em praticar as atividades preventivas na comunidade. Alguns expressam a falta de material para realizar educação em saúde ou que não sabem como realizá-la. Porém, esses fatores não justificam a ausência dessas ações, pois há facilidade no acesso aos manuais de orientação do Ministério da Saúde, às faculdades de odontologia, além de diversas maneiras de construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade.

Ao se estabelecer um comparativo entre as práticas tradicionais com as práticas exercidas pela Estratégia de Saúde da Família, percebe-se que, no Distrito Sanitário VI, houve um grande avanço em relação aos serviços realizados pelos profissionais, com práticas menos mutiladoras e mais preventivas, beneficiando a população atendida:

**Quando eu faço reunião com os dentistas do saúde da família com os dentistas das unidades tradicionais, a gente vê a diferença. Eles têm mais essa visão de ver o paciente como um todo. De não ver só a questão do atendimento. A gente vê bem a diferença de como o pessoal do saúde da família é diferente.** (E1)

**Antes não tinha assim um tratamento. Era mais assim exodontia e tal. Agora não, a gente faz uma avaliação geral, analisa se precisa de uma cirurgia, a gente encaminha.** (E3)

**Então, a visão que eu tenho hoje e que eu vejo aqui com os dentistas da unidade é que eles têm uma visão muito preventiva.** (E4)

## Integração com a Equipe de Saúde da Família

Ao entrar no mérito da integração da equipe de saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, questionando-se sobre o acompanhamento e desenvolvimento de atividades em conjunto, com o objetivo de aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, observou-se que **Eles [equipe] tentam. Algumas unidades conseguem fazer isso. Por exemplo, quando tem campanha de vacinação, eles articulam com o médico e o enfermeiro e vão participar também. O diagnóstico de área, alguns grupos, a referência do paciente e atividades de promoção em algum evento.** (E1)

Entretanto, percebe-se que outras unidades relatam apenas algumas atividades pontuais, demonstrando não haver uma integração de forma contínua:

**É, a gente faz a reunião.** (E3)

**A gente faz grupo em conjunto. Tem grupo de hipertensos e diabéticos, de gestante. Então, muitas vezes a gente aproveita a reunião das enfermeiras e dos médicos e faz a parte da gente.** (E2)

Também se observaram algumas dificuldades no desenvolvimento das ações integradas, devido à falta de entrosamento da ESB com o restante da equipe e, muitas vezes, pela falta de experiência da ESB em lidar com a forma de atuação da Estratégia de Saúde da Família:

**A equipe [Saúde da Família] participa. Eu não estou muito entrosado, mas a gente estava pensando em fazer o grupo de idosos.** (E3)

**O que os dentistas reclamam muito é que eles se sentem à parte, e não parte.** (E1)

**A saúde bucal ainda não atinou que não é desagregado do saúde da família. É como se a equipe de saúde bucal fosse uma coisa e a equipe de saúde da família fosse outra, à parte. Eu acho que é a falta de experiência em lidar com o saúde da família. O dentista também tem que se adaptar ao saúde da família, mas para isso acontecer, é preciso que o nível central tenha essa visão.** (E4). Este profissional ainda acrescenta, quando perguntado se as atividades da USF são programadas de maneira conjunta entre a ESB e a ESF: **Não, são totalmente desvinculadas.**

A Estratégia de Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional, cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde, ora comuns (como as ações de planejamento, busca ativa, etc.), ora devendo ser preservadas as suas

especificidades. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional, devendo-se considerar as diferenças existentes entre as intervenções de cada área<sup>5</sup>.

A atuação da equipe de saúde bucal, conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>18</sup>, não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido.

Entretanto, pode-se dizer que não é uma tarefa fácil conciliar/integrar as ações dos diferentes profissionais das unidades de saúde da família, pois esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada<sup>18</sup>. O trabalho do CD raramente se insere em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que desenvolvem suas ações de forma autônoma, independente e individualizada<sup>20</sup>.

Dessa forma, o trabalho em equipe, para a ESB, representa uma maneira de romper com o modelo hegemônico e incorporar o conceito ampliado de saúde, partilhando, com outros profissionais, o cuidado com a saúde da sua população através dos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família.

### Referência e contrarreferência

Quando questionados a respeito da referência dos pacientes aos serviços de média e alta complexidade, ficam evidentes algumas dificuldades, tanto na falta de pactuação para alguns serviços no município, quanto na clara demanda acumulada, principalmente para a especialidade de endodontia:

***Aqui no distrito, nós já estamos trabalhando assim: temos as unidades tradicionais e elas estão aqui porque muitas servem de referência, algumas tem periodontia, odontopediatria, então a gente colocou no meio, como referência. E as policlínicas. A gente tá tentando tirar dessas unidades a demanda espontânea. Agora, como a gente ainda não tem uma pactuação com os hospitais, até a média complexidade nós conseguimos encaminhar. Mas, para os hospitais, ainda é demanda espontânea.*** (E1)

***A dificuldade é vaga. E ainda tem que ligar por que tem uma quantidade de vagas por mês e são poucas para a quantidade de pacientes que precisam fazer o tratamento endodôntico.*** (E3). A en-

trevistada 2 (E2) ainda acrescenta que ***a comunidade fica chiando por que a gente manda e demora um ano.***

Andrade e Ferreira<sup>21</sup> reforçam esses achados ao afirmarem que, não se resolvendo as necessidades no serviço local, não há um esquema de referência/contrarreferência e os problemas ficam sem solução, já que não há como os usuários pagarem um tratamento no serviço privado. Dessa forma, a odontologia não consegue solucionar os problemas bucais de sua população em função da grande demanda acumulada.

A forma como esse encaminhamento é feito também deve ser levada em consideração, pois quanto mais rápido e confiável for esse encaminhamento, maiores as chances do paciente seguir o fluxo correto da referência. Segundo o Caderno da Atenção Básica – Saúde Bucal<sup>5</sup>, o encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contrarreferência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias. Observa-se, nas unidades do Distrito Sanitário VI, que as equipes procuram realizar o encaminhamento dos pacientes da maneira preconizada, através da marcação e entrega da guia de encaminhamento:

***Daqui a gente liga, marca e o ACS leva, na casa do paciente, a marcação.*** (E2)

***A gente liga e marca. E aí, a agente de saúde leva até o paciente. Leva uma guia de encaminhamento.*** (E3)

Outro ponto importante a se discutir trata do acompanhamento do paciente referenciado que, muitas vezes, não retorna à unidade de origem para o seguimento e/ou conclusão do tratamento, fato bastante frequente na prática das equipes de saúde do Distrito Sanitário VI. O ideal seria que, após o término do tratamento, o paciente fosse encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contrarreferência devidamente preenchido, o qual deve constar a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizado<sup>5</sup>:

***Quando essa referencia é feita aqui dentro do distrito, ele consegue acompanhar. Agora, aquilo que não depende da gente, da rede própria, a gente não consegue acompanhar; não.*** (E1)

***Retornam concluído o tratamento, muito pouco. Muitos retornam e a gente tem que dar outra alternativa, por que não deu para solucionar. A queixa é grande da comunidade em relação à endodontia.*** (E2)

***É, geralmente ele retorna. Por exemplo, quando é um canal, ele retorna para a gente restaurar:***

***O problema é que as vagas são poucas e muitas vezes não dá tempo do paciente ir. Quando vê, ele já extraiu, por que não tem paciência, ele vai num lugar aí e manda tirar.*** (E3)

Vilarinho, Mendes e Prado Júnior<sup>22</sup> afirmam, em seus estudos, realizados em Teresina (PI), que os cirurgiões-dentistas não têm um conhecimento minucioso sobre a resolução dos problemas encaminhados para os serviços de referência e também que o CEO (nesta data o município contava com apenas um) não consegue atender totalmente à demanda, havendo uma descontinuidade da atenção odontológica nos níveis secundário e terciário.

Além da grande demanda, a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica<sup>18,23</sup>.

### **Monitoramento e avaliação das ações**

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e, por isso, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população<sup>5</sup>:

***A gente procura saber se aquela ação que está sendo realizada no PSE, se ela está transformando aquela realidade, através dos indicadores de gestão que são pactuados. A gente tenta fazer isso. Às vezes, a gente consegue. Os profissionais do PSE, eles têm muitas fichas, muitas coisas burocráticas para preencher. Então, se você pede o acompanhamento dos indicadores, é uma coisa a mais.*** (E1)

Percebe-se, através dessa fala, que há o interesse em acompanhar e avaliar a produção das equipes. Entretanto, esse esforço acaba esbarrando no descompromisso de muitos cirurgiões-dentistas e/ou no atraso do envio desses dados, devido à grande quantidade de fichas que esses profissionais têm que preencher. A depender da disponibilidade e interesse dos profissionais da ESB no envio dos dados, torna-se, dessa forma, difícil e desgastante a tarefa de acompanhar e avaliar a saúde bucal em uma determinada localidade, principalmente no Distrito Sanitário VI.

Em muitos municípios brasileiros, a ausência da rotina de monitoramento e avaliação das

ações de saúde ainda é um problema sério a ser enfrentado pelos gestores. Leal e Tomita<sup>24</sup> observaram, em seus estudos realizados em dois municípios do Estado de São Paulo, a falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações realizadas pelos serviços odontológicos municipais.

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

### **Conclusões**

Constatou-se, através do presente estudo, que algumas práticas exercidas pelas equipes de saúde bucal ainda apresentam dificuldades para se efetivarem conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal.

A falta de conhecimento das necessidades locais, refletida nos precários diagnóstico e levantamento epidemiológico, e a deficiência no monitoramento e avaliação das atividades têm dificultado a obtenção de uma adequada assistência odontológica à população, pois essas práticas constituem ferramentas indispensáveis para o planejamento e a organização das ações em saúde bucal.

A existência de grande demanda reprimida por atendimento cirúrgico-restaurador, tanto na atenção básica, como na referência para os serviços de média complexidade, impede que o modelo hegemônico curativista seja completamente substituído por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

A prevenção e a promoção da saúde se fazem presentes entre as ações desenvolvidas, atuando como importantes fatores para a melhoria da assistência à saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população.

Portanto, apesar das dificuldades encontradas no presente estudo, percebe-se uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal no Distrito Sanitário VI, sendo necessários ajustes e correções nas suas práticas, além de uma maior participação dos demais níveis de gestão para o exercício pleno da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

## Colaboradores

PJL Martelli e JLAC Araújo Júnior coordenaram todas as fases da pesquisa, desde a coleta de dados à aprovação da versão para publicação;

CLSV Macedo e RML Acioli participaram da concepção da pesquisa, metodologia, correções e aprovação da versão a ser publicada; FC Pimentel participou da análise, discussão dos resultados e redação do artigo.

## Referências

- Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd SP, Mendes WB. A inserção da saúde bucal no PSF. *Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva* 2001; 2(2):13-29.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do SUS. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- Brasil. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
- Giovannella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):278-289.
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.
- Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.):297-302.
- Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):455-464.
- Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Paim JS. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002.
- Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1026-1035.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.
- Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):599-609.
- Mota E, Carvalho D. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 505-521.
- Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2008 jan 16];13(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n1/07.pdf>
- Cardoso ACC, Santos Jr. RQ, Souza LEP, Barbosa MCB. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2002; 26(1):94-98.
- Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(1):41-51.
- Carvalho DQ, Hely EC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. *Boletim da Saúde* 2004; 18(1).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):219-227.
- Teixeira MCD. A dimensão cuidadora do trabalho em equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):45-51.
- Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):123-130.
- Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). *Revista Odontologia Ciência* 2007; 22(55):48-54.
- Medeiros KR. *Modelos assistenciais e equidade em saúde: o caso do município de Camaragibe-PE* [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 1998.
- Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):155-160.

Artigo apresentado em 14/04/2008

Aprovado em 17/06/2008

Versão final apresentada em 06/06/2008