



Artigo Original

SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA BAHIA

ORAL HEALTH AT FAMILY HEALTH PROGRAM IN BAHIA

Resumo

Líbia Santos Bomfim¹
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta¹
Ana Áurea Alécio de Oliveira
Rodrigues¹

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
Feira de Santana – Bahia – Brasil

E-mail:
aleccio@terra.com.br

Este estudo objetivou analisar o processo de inserção das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família em um município baiano com população inferior a vinte mil habitantes buscando conhecer as formas de inserção dos profissionais no Programa e como os gestores conduzem o processo. A população integrante da pesquisa foi composta por cirurgiões-dentistas e gestores de saúde do município. Foram realizadas entrevistas orientadas por um roteiro semi-estruturado. Os principais resultados encontrados foram: Predominância do sexo feminino; maioria dos entrevistados com especialização, verificando, a falta de relação entre o referido curso e a saúde coletiva; perfil voltado para atividade clínica e pouca preocupação com a resolubilidade dos casos. Os relatos demonstraram algumas limitações quanto ao saber sobre o processo de inclusão e funcionamento da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família por parte dos gestores. Os resultados apontam que há necessidade de motivá-los a redirecionar as suas práticas, investindo em educação permanente, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Saúde Bucal, Prática Profissional.

Abstract

This study aimed to analyze the process of integration of Oral Health Teams in the Family Health Program in a city of Bahia with a population less than twenty thousand people, order to understand the knowledge and practices that guide the work process of these professionals and identify the available infrastructure. The target population of research was done by dentists and health managers of the city. Interviews were carried out guided by a semi-structured roadmap. The main results were: female predominance, the majority of respondents are experts, noting the lack of relationship between that course and public health; profile directed to clinical activity and low accuracy for the solving cases. The majority of respondents are experts, noting the lack of relationship between that course and public health; profile directed to clinical activity and low accuracy for the solving cases. Reports have shown some limitations to know about the process of inclusion and operation of Dentistry at the Family Health Strategy. Reports have shown some limitations to know about the process of inclusion and operation of Dentistry at the Health Strategy for the Family. The results show that there is need to motivate them to redirect their practices, investing in continuing education and monitoring and evaluation of developed actions.

Key words: Family Health Program, Oral health, Professional Practice.

Introdução

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através das leis orgânicas da saúde 8.080 e 8.142 em 1990. A lei 8.080 define-o como um sistema de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, com direção única em cada esfera do governo e sob controle de seus usuários, que tem como objetivo o reordenamento dos serviços e ações de saúde¹.

Dentro dessas propostas de mudanças surge em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), como Política Nacional da Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas². Suas estratégias priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua³.

No debate sobre os modelos de atenção, em 1999, alguns pesquisadores já sinalizavam que a prática odontológica iatrogênico-mutiladora, dentistocêntrica, biologicista, individualista e centrada na técnica era pouco resolutive e pouco contribuiu para mudar os indicadores de saúde bucal.⁴

Diante da necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, a Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000⁵, estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios por meio do PSF.

O trabalho das equipes de saúde bucal (ESB), no PSF, passaria a voltar-se para a reorganização do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial, ficando estabelecido que cada ESB deveria atender em média 6.900 (seis mil e novecentos habitantes), e para cada ESB, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família (ESF).

No ano seguinte, a Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, aprova as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família⁶.

Inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF, um fator limitante ao processo de implantação das ESB que impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais.

A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas, ficando estabelecido que podem ser implantadas, nos municípios, quantas ESB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF, e considerem a lógica de organização da atenção básica⁷.

Com o propósito de fortalecer a atenção básica a Portaria nº 648/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em relação à infra-

Rev.Saúde.Com 2013; 9(1): 2-15.

estrutura e recursos necessários à implantação das ESF, estabelece a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁸. Em outubro de 2011 a portaria nº 2488⁹, revoga a 648, mas mantém os critérios acima descritos (Apesar da revogação da portaria MS/GM 648/2006, o documento foi mantido na análise do estudo para ser fiel ao momento da realização da pesquisa e do original do texto).

Quanto à incorporação de profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família é determinado que as ESB, modalidade I devem ser compostas por um cirurgião dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD), e a modalidade II de um CD, um ACD e um técnico de higiene dental (THD). As ESB integradas a uma ou duas ESF, têm responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e devem cumprir com jornada de trabalho de 40 horas semanais⁸.

Em meio a tantos avanços, no ano de 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico de saúde bucal, que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana quanto a rural, que gerou o relatório “SB Brasil: Condições da Saúde Bucal na População Brasileira”¹⁰.

Diante da realidade desvelada no SB2003, foram propostas novas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos.

Discutindo a inserção das ESB no PSF, Silveira Filho¹¹, argumenta que a saúde bucal integrante do contexto saúde, cada dia mais desponta como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto assistencial. São inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços desde a formulação da proposta de inserção de ESB no PSF.

Frente a estas questões, este trabalho tem por finalidade analisar o processo de inserção da saúde bucal no PSF em um município do recôncavo baiano, com população inferior a vinte mil habitantes, conhecer o perfil de seus profissionais, buscando-se também identificar a infraestrutura e compreender saberes e práticas que orientam o processo de trabalho na micropolítica das ESB.

Métodos

A pesquisa foi realizada em um município com 20.408 habitantes (pequeno porte demográfico), com área territorial de 160 Km², situado no recôncavo baiano a 120 km da capital Salvador, cujo IDH é 0,668¹².

Para o presente estudo, optamos por uma metodologia qualitativa, que de acordo com Minayo e Sanches¹³ permite a compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam e por diferentes métodos no processo de coleta e análise dos dados.

Os sujeitos estudados foram os CD que atuam no PSF e gestores de saúde.

Para coletar os dados, optamos, entre as diferentes técnicas de entrevista, pela entrevista semi-estruturada, por concordarmos com Minayo e Sanches¹³, ao defenderem que o material essencial da investigação qualitativa é a palavra, que expressa a fala cotidiana, e torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos à medida que transmite, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Utilizamos a análise documental para complementar os dados, sendo a escolha intencional, à medida que se procedia à análise dos dados empíricos e se defrontava com a necessidade de outras informações. Dessa forma, os documentos analisados foram: Leis, Decretos, Diretrizes, Relatórios, Portarias Ministeriais Dados do Sistema de Informação da Saúde (DATASUS).

Planejamos a coleta de dados em todas as Unidades de Saúde da Família do município, sendo duas unidades da zona rural e duas da zona urbana, no entanto uma da zona rural teve que ser excluída do estudo por não ter o CD no momento da pesquisa.

A seguir, representamos os diferentes sujeitos contemplados no estudo, como CD01, CD02, CD03, G01 e G02.

Para análise dos dados utilizamos a hermenêutica dialética, proposta por Minayo¹⁴, pois, segundo a autora, é o que melhor possibilita uma interpretação aproximada da realidade.

Após a coleta dos dados, procedemos a ordenação, classificação e análise dos mesmos. Os dados contidos nas entrevistas foram classificados, a partir das questões norteadoras e dos objetivos propostos, em núcleos de sentido, a saber:

Coordenador de Saúde Bucal e Secretário Municipal de Saúde: início de atuação e processo de implantação da Saúde Bucal; Localização das USF com ESB; Número e modalidades; População coberta; Forma de contratação; Faixa salarial; Jornada de trabalho; Dificuldades e ou sucessos. Cirurgiões dentistas: Participação em curso de capacitação; Demanda; Forma de agendamento; Utilização de prontuários; Encaminhamento dos casos de maior complexidade; Ações desempenhadas; Visitas domiciliares; Envolvimento das ESB com ESF; Periodicidade das reuniões; Dificuldades e ou sucessos; Processo de esterilização; Descarte de lixo; Resíduos de amálgama; Instrumentos de trabalho disponíveis.

A partir da definição dos núcleos de sentidos, recortamos nas entrevistas as falas correspondentes e, em seguida, fizemos uma síntese. Ao final, montamos um quadro, para cada grupo de entrevistados, CD e Secretário Municipal de Saúde/ Coordenador de Saúde Bucal, buscando-se o confronto entre os diferentes grupos do estudo, através das convergências, divergências, diferenças e complementaridades.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de Feira de Santana e aprovado em 11 de Junho de 2008, sob Of. CEP-UEFS n° 150/2008. Todos os sujeitos do estudo receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de

Saúde, que estabelece diretriz e normas regulamentadoras em pesquisas envolvendo seres humanos ¹⁵.

Resultados e Discursão

Apresentamos a seguir a discussão dos resultados, classificados em três tópicos: Implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF; Perfil dos cirurgiões-dentistas; Trabalho dos cirurgiões-dentistas no PSF: Micropolítica e Infraestrutura.

Implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF

Referente à inclusão da Saúde Bucal no PSF no município, foram entrevistados dois gestores. Os depoimentos transparecem certa carência de informações sobre o processo, como pode ser visto nos discursos abaixo:

A data exata não sei lhe dizer não, mas foi cerca de dois anos. Nós temos quatro equipes de saúde bucal cadastradas e um odontólogo que é coordenador. São cinco odontólogos, quatro na atuação e um na coordenação (G01).

Eu cheguei aqui com a saúde bucal já implantada, tem mais de cinco anos. Foi baseado na formação do próprio componente do PSF (G02).

Através de análise documental pôde-se identificar, na Portaria Nº 1634/GM de 20 de agosto de 2003, que qualificou municípios, a receberem o incentivo às ações de Saúde Bucal, no âmbito do PSF, uma equipe modalidade I¹⁶ e a Portaria nº 122/GM de 18 de janeiro de 2005, que qualificou o município a receber incentivo para mais três ESB, todas elas modalidade I, assim, totalizando quatro ESB no município ¹⁷.

Quando questionados quanto à localização das ESF com ESB, nota-se que um dos gestores apresenta certa dificuldade em citar os nomes das Unidades com respectivas localizações e o outro afirma existir cinco unidades com quatro ESB cadastradas, sendo duas na zona rural e três na zona urbana, embora apenas quatro possuam equipamento para o atendimento odontológico, existe uma unidade da zona urbana que apesar de não ter condições para atendimento tem uma cirurgiã-dentista cadastrada, que é a coordenadora municipal de Saúde Bucal.

No centro da cidade tem a unidade..., que não tem saúde bucal apesar de ter um odontólogo. Não tem porque não tem equipamento. Então a odontóloga trabalha como coordenadora de saúde bucal. (G01).

Dados extraídos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES) constatam que são cinco ESF e quatro possuem ESB modalidade I¹⁸. Dessa forma, fica evidente que as ESB no município estão na proporção de 1:1, porém uma ESF não tem ESB.

Concernente ao número e modalidades das ESB, percebe-se que existe um não conhecimento por parte de um gestor sobre modalidade e uma não interação quanto ao número. “São cinco, as modalidades faz tudo, extração, restauração, raspagem, só não faz procedimento mais invasivo” (G01); “Quatro equipes – todas modalidade I” (G02).

Os resultados obtidos referentes à população coberta por cada ESB revelam uma falta de informação da situação do município e das normas e diretrizes regidas pelas Portarias.

Variável de unidade para unidade, tem unidade que cobre mais, unidade que cobre menos (G01).

A população é coberta por micro-área. Cada posto tem ACS responsáveis por micro-áreas. A marcação de atendimento a cada semana, são 4 a 5 ACS a depender do tamanho do povoado ou PSF. Que aí, eles se distribuem em micro-áreas e aí cada semana no mês, é de um ACS (G02).

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹⁸, no ano de 2008, o Município possui 2.666 famílias cadastradas que corresponde a 10.458 pessoas. Assim, a Unidade 1 possui 804 famílias cadastradas abrangendo 3.177 pessoas. A Unidade 2 tem 1.015 com 3.972 pessoas. A Unidade 3 possui 382, compreendendo 1.517 pessoas. E a Unidade 4 tem 464 envolvendo 1.792 pessoas.

Analisando o porte demográfico do município com 20.408 habitantes¹², e o total de pessoas do município que possuem a cobertura das ESF com ESB, nota-se que cerca de 52,00% da população são contemplados pelo PSF, resultado que corrobora com estudos realizados por Baldani et al¹⁹, no estado do Paraná, e por Henrique e Calvo, no estado de Santa Catarina²⁰. No Paraná, 92,64% dos municípios com ESB eram de pequeno ou médio porte. Em Santa Catarina, significativamente, os municípios menores (com até 50 mil habitantes) encontram-se em situação “satisfatória” ou “intermediária”, enquanto que os municípios maiores estão associados à condição “insatisfatória” no que diz respeito a implantação do PSF.

A contratação a partir de seleção pública através da prefeitura foi confirmada por ambos, evento que está de acordo com Lourenço et al²¹, quando retratam que a seleção dos profissionais para as ESF deveria ser por teste seletivo interno, concurso público ou por recrutamento externo através de contratação em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Copque e Trad²², analisando o processo de implantação do PSF em dois municípios baianos, também afirmam ser a seleção pública o método de recrutamento de profissionais para as ESF e ampliam a discussão buscando relacionar a forma de seleção ao comprometimento e à satisfação com o próprio trabalho, evidenciando que alguns profissionais estão insatisfeitos e não se sentem seguros com relação à permanência no programa.

Quanto ao salário, foi dito o seguinte: “A faixa salarial do dentista é de R\$ 3.000,00 e ACD R\$ 415,00” (G01). A fala de um dos gestores reafirma a falta de compreensão sobre o que é modalidade, quando cita salário de THD, sendo todas as ESB modalidade I, ou seja, apenas com CD e ACD. “Faixa

salarial do dentista descontando é de R\$ 2.400,00, ACD é de R\$ 415 e THD é o mesmo valor do ACD” (G02).

Para Souza²³, o investimento em recursos humanos bem como uma remuneração justa são imprescindíveis para a implementação do PSF e para a mudança no modelo assistencial do ponto de vista prático e não somente devem constar nas interações e relatórios teóricos.

Houve uma concordância quanto a jornada de trabalho ser de “40 horas semanais” (G01;G02). De acordo com a Portaria 648 de 28 de março de 2006⁸, que atribui às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal, assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais - para os profissionais da ESF, inclusive ESB.

Quando indagados sobre dificuldades ou sucessos encontrados na operacionalização do Programa, respondem:

Dificuldade, disponibilidade de material, às vezes não temos, isso varia de acordo com a licitação, período de chegada de material. Não é proporcional o que o Ministério financia e o que gastamos com saúde bucal.[...], o que é uma relação relativamente perversa porque a parcela maior é do município. Ex. na saúde bucal modalidade I recebemos R\$ 2.000,00 e gastamos por cada ESB quase R\$ 5.000,00, quando inclui salários e materiais. É uma coisa bastante desproporcional (G01).

Um dos, é o material, às vezes falta. Na verdade é questão das verbas, né? Principalmente em relação ao salário. Porque quem repassa é o governo federal e o governo federal atrasa para repassar a verba, então a gente fica sem receber e sem ter material. [...] O problema é do governo federal que atrasa demais (G02).

Os discursos acima relacionam as dificuldades à falta de materiais e ao salário, e, que embora tenha havido um aumento considerável nos incentivos das ESB Modalidade I, todos entendem que o Ministério da Saúde repassa pouco recurso. Tais informações corroboram com o estudo de Copque e Trad²², que encontrou a falta de materiais, de medicamentos, de apoio da gestão estadual, federal e, principalmente, de recursos financeiros como obstáculos para o Programa.

Perfil dos Cirurgiões-dentistas

A faixa etária entre os entrevistados estava acima de 30 anos. A maioria é do sexo feminino, concordando com estudo realizado por Rabello et al²⁴ em que observou que a ampliação dos cursos e do número de vagas nas universidades contribuiu decisivamente para um aumento significativo da mulher na área de saúde. No final da década de 70 e início dos anos 80 deu-se a virada das mulheres sobre os homens na odontologia.

Todos tinham só a formação de CD e tempo de formado entre dois e oito anos. A maioria apresentava especialização em endodontia, estética, ortodontia ou odontopediatria.

Nota-se que a maioria dos CD não tem formação na área de Saúde Coletiva trabalhando em PSF e com especialização em outras áreas. Carvalho

et al²⁵, ressaltam que o modelo de formação em saúde vigente no país, historicamente tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho do PSF.

Em relação ao tempo de atuação na unidade variou de um ano e seis meses a quatro anos - menor que o período de implantação das ESB no PSF, mas todos afirmaram ter tido experiência anterior na área de saúde da família, porém menor que dois anos. A maioria não reside no município. O pequeno período dos CD nas equipes do município pode levar a problemas no vínculo com a comunidade e conseqüentemente comprometer a qualidade da relação entre os profissionais e aqueles que usam os serviços.

Trabalho dos cirurgiões-dentistas no PSF: Micropolítica e Infra-Estrutura

Dos entrevistados apenas um já participou de curso de capacitação em PSF, o que comprova que os CD são inseridos nas equipes sem o entendimento das prerrogativas e diretrizes do PSF.

Diante disso, é coerente lembrar que a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006⁸, no que se refere a capacitação e educação permanente das equipes, recomendava que: II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Neste sentido, Copque e Trad²² observaram que o investimento na capacitação das equipes foi um grande facilitador para o sucesso do PSF em um município baiano, comparando com a realidade de um outro município que, praticamente, só oferece aos profissionais o treinamento introdutório.

Os CD foram questionados sobre a clientela atendida pela ESB, quanto à demanda e se o atendimento se restringia apenas à micro-área e, no geral, responderam que era demanda organizada e só da micro-área.

Porém houve um depoimento que chama a atenção quando aponta que o atendimento é prestado também para casos de emergências mesmo que o paciente não seja da micro-área e casos extras, conforme pode ser visto na fala abaixo:

É organizado por micro-área e atende também emergências, se o paciente chega mesmo que não seja de nenhuma das micro-áreas. Na verdade existe a marcação diária definida por micro-área pelo ACS, mas sempre chega de dois a três extras por dia, para suprir a necessidade da população (CD02).

Diante deste contexto cabe a ressalva, de acordo com Carvalho et al²⁵, que a livre demanda ou demanda espontânea é caracterizada por pessoas que buscam o atendimento por sua autopercepção ou por alguma intercorrência clínica, devendo sempre que possível, o acolhimento para esse tipo de demanda ser diário e ofertado nos dois turnos de trabalho. E a demanda organizada ou atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área de maior vulnerabilidade sem excluir os usuários que buscam a demanda espontânea.

Estudo realizado por Rodrigues e Assis²⁶, aponta que o modelo ainda é centrado no saber do CD, com as ações priorizando grupos, através do pronto atendimento. A demanda reprimida e a falta de conhecimento das necessidades locais têm dificultado o processo de trabalho, pois não é possível construir projetos de intervenção com o conhecimento fragmentado da realidade.

A respeito da forma de agendamento a maioria dos CD afirma que são os ACS quem marcam as consultas: “Os ACS que marcam as consultas” (CD01).

O agendamento é feito através das ACS, que vão as casas, e aqui os pacientes tem um interesse imenso, é incrível como aqui funciona direitinho (CD02).

Os ACS marcam, cada dia da semana é de uma área. [...]. o ACS que está sempre visitando a comunidade é quem faz o agendamento (CD03).

Tais argumentos mostram uma incoerência quando comparadas as respostas dadas pelos mesmos CD em relação ao tratamento concluído:

Normalmente aqui o pessoal vem marcar e a gente faz o serviço, porque normalmente eles procuram aqui mesmo em caso específico, assim: “há Dr. meu dente está doendo”, “há Dr. estou com um buraco no dente”. [...] aí resolvem e não voltam (CD01).

O paciente comparecendo o tratamento é concluído, o problema é que os pacientes faltam muito (CD02).

A gente inicia, aí vai depender do paciente vir procurar o ACS e remarcar a consulta. A gente deixa a critério do paciente fazer a remarcação porque vai depender da disponibilidade dele (CD03).

Ao se referir ao processo de trabalho, Merhy²⁷, coloca que deveria haver uma combinação da melhor forma possível entre eficiência das ações e a produção de resultados centrados nos usuários, isto é, procurar a produção do melhor cuidado em saúde, o cuidado que resulta na cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que, para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos e a de ministrar o cuidado.

Situação que demonstra uma falta de sensibilidade com a saúde bucal do paciente e o não apreço para resolubilidade, o que é bem discutido por Santos et al²⁸, quando aponta que o “tratamento não completado” gera, de um lado, uma maior rotatividade de usuários que utilizam o serviço, mas por sua vez cria um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço; sem a garantia de que concluirão o tratamento ou conseguirão resolver seus problemas.

Os depoimentos sugerem uma fragilidade no compromisso e corresponsabilidade entre profissionais e usuários, o que nos direciona a idéia de Carvalho et al²⁵, que incluir saúde bucal no PSF não significa exclusivamente colocar um CD na equipe mínima, constituída pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. A ESB deve ter a responsabilidade

de criar e manter o vínculo entre comunidade e profissionais. Esse vínculo, a ser estabelecido pelo acompanhamento, que avança na linha longitudinal das famílias, é um dos grandes diferenciais do PSF, pois permite a dimensão decisiva desta estratégia que é o cuidado.

Faz-se importante ressaltar a importância da efetivação do acolhimento, e que o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal apresenta alguns princípios, que se firma na importância de desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade biopsicossocial e pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, contribuindo para o aumento da resolubilidade¹⁰.

Referente à utilização de prontuários únicos, dois CD afirmaram fazer uso de prontuários, e outro deixa transparecer uma falta de informação sobre o que é um prontuário.

Conforme Vasconcellos et al²⁸ o prontuário é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Existiu uma conformidade de opiniões quanto ao encaminhamento dos casos de maior complexidade para o CEO.

O CEO do município de referência é do tipo II contendo 4 consultórios odontológicos completos contando com 09 profissionais onde se desenvolvem todas as atividades proposta pelo Programa: I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; II - periodontia especializada; III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; IV - endodontia; e V - atendimento a portadores de necessidades especiais²⁹.

Quanto à coordenação da unidade todos afirmam ser atribuída a uma enfermeira, mas quanto ao processo de escolha e troca, percebe-se divergência de opiniões quando um coloca que depende das reuniões para existir substituição, outro aponta que existe um rodízio a cada seis meses e outro fala que desde que entrou na unidade é a mesma enfermeira.

Quanto às ações coletivas e individuais realizadas pelo CD e ACD, as falas abaixo expressam as respostas:

A ACD me auxilia na marcação das consultas dos pacientes, lavagem dos instrumentais, arrumação e lavagem do material, essa parte é com ela. Minha parte, eu atendo o pessoal normal, e ela cuida dos materiais (CD01)

A gente dá prioridade a parte clínica. Tem a parte de palestra, mas quando tem férias fica mais retido a clínica. Quando está em aula faz palestra de 15 em 15 dias e aplicação de flúor (CD03).

Entende-se que a valorização e conhecimento das ações preventivas e de educação em saúde bucal não se fazem muito presentes nos depoimentos dos profissionais, uma vez que desconhecem ou as realizam de forma restrita só nas escolas, não contemplando as famílias e ou grupos. Tal compreensão vai de encontro ao que é valorizado pelas famílias que, de acordo com Copque

e Trad²², demandam uma ação integral por parte das equipes, valorizando as iniciativas humanizadas de caráter preventivo, como visitas domiciliares e grupos educativos, mesmo ainda esperando por uma resposta satisfatória, resolutive, diante da doença.

Segundo as Diretrizes da PNSB¹⁰, 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. As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo, sendo ações educativo/preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde, nos domicílios, grupos, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua.

Nos depoimentos sobre as visitas domiciliares se fazem saber que, um não faz visitas domiciliares, outro relata fazer só quando solicitado pelo ACS, e outro fala que faz no mesmo dia da visita da escola.

Para Barros et al³⁰, a visita domiciliar representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento, se apresenta como um método que amplia a dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família; além da busca da participação do paciente e seus familiares no processo do cuidado.

Quanto à interação com a ESF todos confirmaram existir um envolvimento, seja no atendimento ao paciente, em visita domiciliar ou em atividade recreativa.

Sim. As vezes o paciente é hipertenso, diabético, eu mando passar lá antes para ver a situação. Antes de realizar qualquer extração a gente pede avaliação medica (CD01).

É a gente sempre está unido. [...] às vezes a enfermeira vai fazer uma visita fala que a família precisa, e ai me pede para fazer uma visita (CD03).

Conforme podemos ver a seguir, existe uma incongruência em relação às dificuldades e ou sucessos, em que dois CD citam como se as dificuldades encontradas fossem problemas que surgem e estão fora da suas competências para solucionar, e um outro direciona as dificuldades encontradas para a questão falta de usuários:

Dificuldade[...]. Hoje mesmo não está tendo atendimento por falta de material [...] (CD01, CD02).

A dificuldade é porque a população não vem, porque é muito distante e não tem transporte. Dificuldade devido a localização e distância. Em termos de MATERIAL NÃO FALTA NADA (grifo nosso), sempre tem disponibilidade de materiais e equipamentos estão todos funcionando (CD03).

Em relação ao processo de esterilização, dois confirmam que é realizado na maternidade do município, e outro tem autoclave na unidade sendo, nos três casos, a ACD responsável pelo processo.

Sobre o descarte do lixo percebe-se através dos depoimentos que há uma falta de informação sobre o destino do lixo infectante, sendo até relatado por um CD que não tem coleta e que é queimado em um local próximo da unidade, ou seja os profissionais não são corresponsabilizados pelo processo.

De acordo com a Resolução SS- 15 de 18 de janeiro de 1999 que aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica em relação aos resíduos fica expresso: Artigo 73 - O local para guarda dos resíduos contaminados, deve ser eleito de modo a não propiciar possíveis contaminações³¹.

Em relação aos resíduos de amálgama revelam: “Estão em um pote com água aqui mesmo” (CD02). “Estão guardados em um pote com água” (CD03).

Confere-se que a conduta está em consonância com a Resolução SS-15, que ressalta: Artigo 74 - Os restos mercuriais deverão ser mantidos em recipientes rígido, vedado por tampa rosqueável, contendo água no seu interior³².

Os entrevistados foram questionados sobre o aparelho de raios X, e responderam não ter disponibilidade do aparelho no setor público do município. Em relação à conduta quando necessitam de um exame radiográfico para realizar o procedimento, respondem:

Aqui não radiografa, às vezes, quando quero uma avaliação [...] eu encaminho para uma clínica particular. Ai ele tira a radiografia e traz (CD01).

O procedimento básico tipo restauração não é feito radiografia, quando for necessário, [...] solicito ao paciente para fazer particular [...] (CD03).

Todos afirmaram ter disponibilidade de fotopolimerizador e amalgamador. Nenhuma Unidade possui ar condicionado, sonda ultrassônica e peça reta. Todas possuem micro-motor e caneta de alta rotação.

Ainda na Resolução SS - 15, em relação às áreas físicas dos estabelecimentos, estes devem apresentar, além das demais obrigações determinadas pela legislação municipal de edificações vigente, ventilação que possibilite circulação e renovação de ar³¹.

Conclusão

A partir dos resultados, observamos uma predominância do sexo feminino; que a maioria dos entrevistados com especialização em áreas clínicas, verificando, a falta de relação entre o referido curso e a saúde coletiva. Constatamos também que não ocorre uma interação satisfatória por parte dos gestores quanto ao processo de inclusão e funcionamento da odontologia na Estratégia de Saúde da Família no município.

Nota-se que a execução do trabalho dos CD não está focada na família e na comunidade com equidade e co-responsabilidade na integralidade das ações, garantindo a resolubilidade. O atendimento não é entendido por estes profissionais como um conjunto de ações, onde vêem o paciente como um todo, e sim de forma fragmentada.

Espera-se que, em um futuro bem próximo, os gestores reconheçam a necessidade de cursos de capacitação e educação permanente para adequar o perfil destes profissionais e expandir o olhar sobre o processo de trabalho, no sentido de que estes possam desenvolver aptidões que dêem suporte de forma satisfatória às necessidades da comunidade, possibilitando uma notável mudança no quadro epidemiológico do município e propiciando um sistema mais equânime, com uma melhor assistência e melhor qualidade de vida para a população.

Referências

1. Brasil 2002. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. Brasília: MS, 2002.
2. Brasil 2002. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2002.
3. Brasil 2001. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília; MS, 2001.
4. Oliveira JLC; Saliba. NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Rev. C S Col 1999; 10 (1.0).
5. Brasil 2000. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Incentivo da Saúde Bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de dez. 2000.
6. Brasil 2001. Portaria n. 267, de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 de mar. 2001.
7. Brasil 2003. Portaria n. 673/GM, de 03 de junho de 2003. Incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun. 2003.
8. Brasil 2006. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mar. 2006.
9. Brasil 2011. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de out. 2011.
10. Brasil 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF, 2004.
11. Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: O desafio de mudar a prática. Dez. 2002. [Acessado em 2007 Ago. 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
12. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx. Acesso em: jul. 2011.
13. Minayo, MCS; Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad Saúde Pública 1993; 9(3): 239-262
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1996.
15. Brasil 2000. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução N° 196/96. Brasília: M S, 2000.
16. Brasil 2003. Portaria nº 1634/GM Em 20 de agosto de 2003. Portaria que qualifica os Municípios constantes no anexo desta Portaria, a receberem o incentivo às ações de

Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago de 2001.

17. Brasil 2005. Portaria nº 122/GM Em 18 de janeiro de 2005. Portaria que qualifica municípios para receberem o incentivo para as ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jan 2005.
18. Brasil 2008. Ministério da Saúde. Brasília; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. M S 2008.
19. Baldani MHB; Fadel CB; Possamai T; Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad de Saúde Pública 2005; 21(4).
20. Henrique F; Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. C S Col 2009, 14(Supl. 1):1359-65.
21. Lourenço EC; Silva ACB; Meneghin MC; Pereira AC. A inserção de Equipes de saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. C S Col 2009, 14(supl.1):1367-77.
22. Copque HLF; Trad, LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2005; 14(4) : 223-33.
23. Souza SMD. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. In: Pinheiro JT (Org). Ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF): ampliando a atenção básica à saúde. Recife: EDUPE, 2001.
24. Rabello SB; Godoy CV; Padilha WN. Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres? Rev Bras Odont 2000; 57(2).
25. Carvalho DQ; Ely HC; Paviani LS; Corrêa PEB. A dinâmica da Equipe de saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Bol de Saúde 2004; 18 (1).
- 26.
27. Rodrigues, AAAO; Assis, MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. Revista Baiana de Saúde Pública 2005; 29 (2): 273-85.
28. Merhy, EE. O Ato de Cuidar: A Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 1999.
29. Vasconcellos MM; Gribel EB; Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad de Saúde Pública 2008; 24 (11).
30. Brasil 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília; M S 2005.
31. Barros GB; Cruz JPP; Santos AM; Rodrigues AAAO; Bastos KF. Saúde Bucal a Usuários com necessidades especiais: Visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. Rev de Saúde.Com 2006; 1.2 (2); 135-42.

Endereço para correspondência

Rua: Alto do Paraná, 127, Bairro: Sim
Feira de Santana – BA.
CEP: 44.085-192

Recebido em 12/07/2010

Aprovado em 02/08/2012

Rev. Saúde. Com 2013; 9(1): 2-15.