



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO CENTRO,
FLORIANÓPOLIS (SC): UMA ANÁLISE A PARTIR DOS REGISTROS DE
PRODUÇÃO DAS AÇÕES COLETIVAS E ENCAMINHAMENTOS.**

CAMILA GUIMARÃES DE OLIVEIRA

Florianópolis (SC) 2012.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO CENTRO,
FLORIANÓPOLIS (SC): UMA ANÁLISE A PARTIR DOS REGISTROS DE
PRODUÇÃO DAS AÇÕES COLETIVAS E ENCAMINHAMENTOS.**

CAMILA GUIMARÃES DE OLIVEIRA

Orientadora: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Co-orientadora: Daniela Lemos Carcereri

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
obtenção do Título de Especialista em
Saúde da Família.

Florianópolis (SC) 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, João e Carla, por todo amor e dedicação de uma vida, e a minha irmã Francielly por participar dos momentos na minha história, e por me dar a alegria de ser titia da nossa princesinha Helena.

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por ter me concedido o dom da vida.

Agradeço aos meus pais Dr. João Altanir Anjos de Oliveira e Sra. Carla Rejane Guimarães de Oliveira, pelo zelo e amor, que foram muito além dos deveres paternos e também pela educação que me faz ser a cada dia, uma pessoa melhor.

Agradeço à minha irmã Francielly G. O. Lippel por nesse semestre me dar a alegria de tornar-me titia.

Agradeço ao meu tio Dr. Giovane Medeiros pelo trabalho dedicado a minha realização profissional.

Agradeço as minhas tutoras Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello e Dra. Daniela Lemos Carcereri pela amizade, paciência e conhecimentos transmitidos.

Agradeço a minha preceptora Dra. Marina Leite Souza pela amizade, paciência e colaboração durante a caminhada.

Agradeço à Dra. Selma Loch que possibilitou nossa interação com os dados do Distrito Sanitário Centro, auxiliando diretamente na coleta e análise dos dados deste estudo.

Agradeço aos colegas que permitiram nossa presença em seus locais de trabalho e nos receberam de braços abertos nos estágios Específicos: Dr. Levy Rau (Cirurgião Traumatologista Bucomaxilofacial - Hospital Infantil); Dra. Liliane Janete Grando (Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Cirurgia Bucomaxilofacial e Patologia do Hospital Universitário – HU/UFSC) e Dra. Eliana E. Bastos (Ambulatório Odontologia para Pacientes Especiais do Hospital Universitário – HU/UFSC).

Agradeço a todos os professores, demais preceptores colegas e pacientes, que direta ou indiretamente estiveram presentes durante a minha formação acadêmica;

Agradeço a minha dupla, grande amigo Dr. Haroldo Baêta Filho, que me mostrou sua amizade verdadeira, tenho certeza que a levaremos para sempre;

Agradeço minha grande amiga e psicóloga Alessandra Zaguini;

Agradeço aos meus colegas da residência cuja participação na minha formação foi importante.

A todos,

MUITO OBRIGADA.

“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor...Lembre-se: se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistará o mundo.”

Albert Einstein

RESUMO

O objetivo geral deste estudo é analisar o processo de trabalho do cirurgião dentista na estratégia saúde da família, em um Distrito do município de Florianópolis, a partir de registros de produção, disponibilizados pelo sistema de informação. Como objetivos específicos procurou-se conhecer a produção de procedimentos coletivos realizada pelos cirurgiões dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família, segundo grupos alvo e identificar o padrão de encaminhamentos para serviços de especialidades odontológicas e exames complementares. Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, descritivo, com base em dados secundários. A coleta de dados foi realizada utilizando-se dados registrados no sistema de informação em saúde, do Município de Florianópolis. Foram incluídos os registros dos cinco centros de saúde do Distrito Centro, no ano de 2009. Foram caracterizados os centros de saúde quanto à organização na Saúde da Família e estudadas as variáveis referentes à produção de procedimentos coletivos e encaminhamentos, tanto para exames e como para serviços especializados. Os dados foram analisados utilizando-se estatística descritiva. Apenas um dos cinco centros de saúde estudados aproximava-se de uma relação mais favorável entre equipe de saúde bucal e população coberta por equipe. Apesar dos centros de saúde já estarem operando em um processo de trabalho baseado modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família, havia certo desequilíbrio no quantitativo de atendimentos coletivos entre os centros. Considerando as ações coletivas, prevaleciam às voltadas para faixa etária de 0 a 10 anos de idade, não havendo um volume significativo de registros com adultos e idosos. Houve diferenças na quantidade de consultas realizadas entre os centros e na quantidade de solicitação de RX odontológico, mas observou-se semelhança do percentual de encaminhamentos para serviços especializados. A especialidade para a qual mais se realiza referência foi a Endodontia, seguida da cirurgia bucomaxilofacial e odontopediatria. Embora haja orientação para incorporação de ações coletivas inseridas no contexto do processo de trabalho do CD na ESF e uma normatização para planejamento e execução destas ações, a quantidade e a forma que assumem são semelhantes nos CS do Distrito Centro, em Florianópolis.

Descritores: Saúde Bucal, Saúde da Família, Processo de Trabalho.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos Centros de Saúde do Distrito Centro, Florianópolis, SC, 2009.....	15
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Porcentagem de encaminhamentos realizados pelos CD, DSCe, Florianópolis, 2009.....	17
Figura 2 - Encaminhamentos solicitados por CS, segundo especialidade, DSCe Florianópolis, 2009.....	19
Figura 3 – Encaminhamentos realizados por especialidade segundo CS, DSCe, Florianópolis, 2009.....	19
Figura 4 - Porcentual de RX odontológicos solicitados em relação ao número de consultas odontológicas realizadas nos CS do DSCe, Florianópolis, 2009.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atividades Coletivas realizadas segundo ciclo de vida nos CS do DSCe, Florianópolis, 2009.....	16
Tabela 2 - Consultas e Encaminhamentos realizados pelos CD, DSCe, Florianópolis, 2009.....	17
Tabela 3 - Encaminhamentos por especialidade odontológica realizados pelos CD, DSCe, Florianópolis, 2009.....	18
Tabela 4 - Número de RX odontológicos solicitados por consulta realizada pelos DS Centro, Florianópolis, 2009.....	20

SIGLAS E ABREVIATURAS

ASB - AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

CD - CIRURGIÃO DENTISTA

CPO - ÍNDICE DE DENTES PERMANENTES CARIADOS, PERDIDOS POR
CÁRIE E OBTURADOS POR CÁRIE

CS - CENTRO DE SAÚDE

DS - DISTRITO

DSCe - DISTRITO SANITÁRIO CENTRO

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

INFOSAÚDE - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PMAQ - PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

SB - SAÚDE BUCAL

SF - SAÚDE DA FAMÍLIA

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TSB - TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS.....	11
Objetivo Geral.....	11
Objetivos Específicos.....	11
MÉTODO.....	12
Tipo de estudo.....	12
Local do estudo.....	12
Coleta de dados.....	13
Análise de dados.....	13
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 na Constituição Federal Brasileira, é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, garantindo acesso à saúde universal e gratuito a todos os brasileiros. Seus princípios: Universalidade, Equidade, Atendimento Integral, Descentralização Político-administrativa, Hierarquização e Participação Social reforçam a compreensão de Saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A regulamentação do SUS deu-se no ano de 1990, através da Lei 8.080, que definiu o modelo de organização e funcionamento das ações e serviços de saúde em todo território nacional. A Lei Orgânica da Saúde considera que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituem o SUS. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar (BRASIL, 2001).

O modelo de atenção à saúde, adotado pelo SUS, a partir do ano de 1993 é denominado Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um novo modelo assistencial operacionalizado mediante a implementação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A Saúde da Família, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. As equipes multiprofissionais de saúde atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos

principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família.

A ESF caracteriza-se ainda por efetivar vínculos de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informações para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes áreas sociais e institucionais do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2001).

Segundo Martelli et al (2010), a ampliação da atenção básica por meio da ESF apresenta-se como parte de um esforço para que a mudança no paradigma do modelo de atenção à saúde aconteça dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o que inclui a reorganização das ações e serviços de saúde bucal e de toda a prática odontológica.

Dados do Ministério da Saúde reportam que a cobertura da ESF, no Brasil, no ano de 2009, foi de 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas recebendo assistência a saúde. Para que se chegasse a esse número, foram implantadas 30.328 equipes de Saúde da Família, em 5.251 municípios brasileiros. Foram também inseridas 18.982 equipes de Saúde Bucal, em 4.717 municípios e 234.767 Agentes Comunitários de Saúde, em 5.349 municípios. Sendo assim, o investimento em 2008 na ESF foi de R\$ 5.698,00 milhões de reais.

No estado de Santa Catarina, o Programa Saúde da Família teve início em 1994, por meio de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde para formar 28 Equipes de Saúde da Família. Somente em fevereiro de 1996 foi iniciada a implementação no município de Florianópolis,

a ESF está sendo adotada na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis como modelo assistencial por meio da Portaria n. 0283/07, a qual define, no âmbito da Atenção Básica, as ações que deverão ser implantadas nas equipes e compromete-se em implantá-las em toda a rede municipal (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2007).

Tendo a atenção focada na família, a partir de um processo de territorialização, a porta de entrada da ESF é, preferencialmente, a atenção básica. A partir desse primeiro

atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior nível de densidade tecnológica.

A Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 define Atenção Básica como o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A ampliação desse conceito se torna necessário para avanços na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Na área da saúde bucal é de fundamental importância citar a Portaria 1.444 de 2000 que estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF. Também de importância na área da saúde bucal a Portaria 267 de 2001 que explicita as funções dos integrantes da ESB, as responsabilidades institucionais e o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, na atenção básica.

Uma pesquisa recentemente realizada por Garcez et al.(2010) aponta que o PSF, nas Unidades de Saúde de Florianópolis, apresentou significativa ampliação da cobertura populacional, contudo com deficiências de qualificação (profissionais, trabalho em equipe, abordagem integral em saúde) para a mudança no modelo assistencial e para a verificação do impacto da proposta de atuação recente da Estratégia Saúde da Família.

A concretização da ESF e a participação do cirurgião-dentista nessa nova realidade da atenção à saúde bucal no município de Florianópolis é um processo em construção, iniciado no segundo semestre de 2004. O profissional passa de um modelo de trabalho com enfoque biomédico ao coletivismo, atuando ativamente na construção social da saúde e efetivação da cidadania (BRASIL, 2006).

Para desenvolver ações visando à melhoria da saúde bucal da população é necessário organizar ações de assistência odontológica e atenção a saúde bucal. Estes dois conceitos, formulados por Narvai (1992), há mais de uma década, ainda mantêm a sua atualidade. Segundo o autor,

a assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínicos cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não. A atenção á saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo, com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas

externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer, etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa, etc).

Na finalidade de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, o governo federal formulou a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), intitulada Brasil Sorridente. Lançado pelo Ministério da Saúde, em 2004, seu objetivo primordial foi ampliar o acesso ao atendimento odontológico à população.

Por meio da implementação do Brasil Sorridente, organiza-se a saúde bucal de maneira integrada à Estratégia Saúde da Família, sendo este responsável pelas ações na área da odontologia no nível da atenção primária.

Uma das primeiras iniciativas do Brasil Sorridente foi a realização do primeiro Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2003, concluído em março de 2004, pelo Ministério da Saúde. Alguns resultados apontavam 13% dos adolescentes nunca haviam consultado o dentista; 20% da população brasileira era edêntula; e 45% dos brasileiros não têm acessavam regularmente escova de dente.

O SB Brasil traçou um dos mais amplos diagnósticos do perfil de saúde bucal dos brasileiros e constituiu a base para a implementação das principais estratégias propostas no Brasil Sorridente. Foram avaliados 108.921 brasileiros, sendo 49.049 homens (45,03%) e 59.872 mulheres (54,97%). Quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com cárie, e a proporção chegou a quase 60% na faixa de 5 anos. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes (15 a 19 anos) apresentaram ao menos um dente com experiência de cárie. Entre as conclusões, a análise apontou que o declínio da cárie dentária na população infantil vem ocorrendo de forma desigual na população brasileira.

Atualmente, sabe-se que o Brasil está entre os países cuja população tem baixa prevalência de cárie, segundo dados mais atuais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRASIL, 2010), o segundo levantamento epidemiológico nacional. Para estar neste grupo, o indicador CPO (sigla para dentes cariados, perdidos e obturados) deve estar entre 1,2 e 2,6, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2003, o País tinha índice de 2,8, passando, atualmente, para 2,1 — melhor que a média dos países das Américas. Metade das crianças brasileiras com 12 anos não tem cárie, e 17,5 milhões de brasileiros passaram a ir ao dentista entre 2003 e 2008. Desde 2003,

creceu 30% o número de crianças sem cárie. O Levantamento do Ministério da Saúde demonstrou que a melhora na saúde bucal do brasileiro é reflexo do Programa Brasil Sorridente que inclui prevenção, tratamento especializado e possibilidade de reabilitação para população de todo o país (BRASIL, 2010).

A pesquisa aponta uma queda de 26% no número de cáries dentárias nas crianças de 12 anos, desde 2003. Outro dado relevante do SB Brasil 2010 é o número de crianças livres de cárie aos 12 anos que cresceu de 31% para 44%. Isso significa 30% a mais que em 2003. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, a queda do CPO foi ainda maior, passando de 6,1 em 2003, para 4,2 este ano - uma redução de 30%. Entre os adolescentes, 87% não tiveram perda dentária. A necessidade de prótese parcial (substituição de um ou alguns dentes) entre os adolescentes caiu 50%. Na população com idade entre 35 e 44 anos o CPO caiu 19%, passando de 20,1 para 16,3 em sete anos. Comparando os números de 2003 e 2010, temos redução de 30% no número de dentes cariados, queda de 45% no número de dentes perdidos por cárie, além do aumento de 70% no número de dentes tratados. Isso significa que a população adulta está tendo maior acesso ao tratamento da cárie e menos dentes estão sendo extraídos por consequência da doença.

Como resultado da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2009, o total de Equipes de Saúde Bucal implantadas, compostas por cirurgião dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal, já era de 18.982; em 2011, esse número atinge 20,3 mil equipes, cobrindo aproximadamente 85% dos municípios do país.

As notícias sobre o declínio na prevalência e severidade da cárie podem levar a conclusões precipitadas de que essa enfermidade não seria mais um problema de saúde pública. A cárie ainda segue sendo importante problema de saúde pública, atingindo fortemente a população, em todas as regiões brasileiras. O declínio na prevalência em crianças constituiu, sem dúvida, uma importante conquista da saúde pública. Mas basta um olhar atento para as estatísticas sobre a doença para observar que, já na adolescência, a prevalência da doença atinge o dobro dos valores registrados para a idade índice de 12 anos. Entre adultos e idosos a cárie segue produzindo perdas dentárias em magnitude expressiva, levantando à mutilação e ao edentulismo parcial e total (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Florianópolis divulga em seu *site* dados resultantes de levantamento epidemiológico municipal da cárie dentária: em 2008, índice CPO-D atingiu 0,76 aos 12

anos de idade. A literatura tem discutido as razões para o declínio nos índices de cárie dentária, sendo a hipótese mais considerada a elevação no acesso a água e creme dental fluorados e as mudanças nos programas de saúde bucal coletiva.

Assim que, para o planejamento das atividades de saúde bucal na atenção básica, é imprescindível conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, sendo necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia. As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar. Os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas da população, sendo um importante caminho para resolutividade da atenção, o que contribui para a legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida. A equipe de saúde deve desenvolver maneiras adequadas de receber a população que busca os serviços de saúde. Ressalta-se aqui a importância do planejamento, organização e execução das ações coletivas em saúde, em suas mais variadas formas (realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, ações educativo-preventivas direcionadas a populações específicas) e contextos (escolas, ONG, unidade de saúde e domicílios), sejam específicas da área da saúde bucal/odontologia sejam aquelas realizadas integradas a demais áreas da saúde e assistência social.

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências específicas do cirurgião dentista que atua na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
- II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.
- III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade. (Caderno 17)
- IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.

VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD.

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Faccin, Carcereri e Sebold (2008) afirmam que o processo histórico de inserção da SB na ESF, os aspectos estruturais e as concepções acerca do processo saúde-doença confluem para a organização de um processo de trabalho que privilegia as características da prática hegemônica. O trabalho em saúde bucal requer uma atuação integrada de toda a equipe, que não seja limitada à articulação técnica em situações pontuais e a encaminhamentos internos, mas que também busque a troca de conhecimentos e a construção coletiva de intervenções.

Para Martelli et al (2010), a reorganização dos serviços dentro desse modelo requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica e integral. Faz-se necessário, portanto, que os profissionais estejam capacitados para intervir de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades comunitárias. Para tanto, precisa-se de currículos e de oportunidades de capacitação orientados para atender às necessidades, em consonância com a realidade dos sistemas municipais.

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida. Em geral, o conteúdo para as ações educativas coletivas deve abordar: as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as orientações

gerais sobre dieta; a orientação para autoexame da boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, a prevenção ao uso de álcool e fumo (BRASIL, 2006).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2009), Florianópolis possui 50 Centros de Saúde (CS) e todos contam com atendimento odontológico. Possui 39 Equipes de Saúde Bucal (SB) tipo I e 05 ESB tipo II, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Fazem parte desta rede de atenção 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que servem como referência às equipes locais e também duas UPA com atendimento odontológico de urgência 24h. Das ações de saúde bucal realizadas destacam-se ações educativas e de promoção de saúde através de programas, ações preventivas e curativas em todos os CS de Florianópolis.

Segundo o Protocolo de atenção à saúde bucal do município (PMF, 2010) o cirurgião dentista, juntamente do TSB e ASB, deverão atuar junto aos grupos de atenção, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal. As ações educativas para promoção de práticas saudáveis e do autocuidado intra e extra clínicas devem ser estimuladas em todas as idades visando o repassar orientações sobre cuidados com a saúde bucal, dentro ou fora do Centro de Saúde. Podem ser utilizados espaços como sala de espera e instituições da comunidade como escolas e organizações não governamentais.

O protocolo também orienta que as ações de educação em saúde em saúde bucal e prevenção de doenças bucais devem ser realizados de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença, avaliados pela equipe de saúde bucal que deverá definir método e frequência para o acompanhamento dos grupos, previamente identificados (PMF, 2010). Nesse sentido, são atribuições do cirurgião dentista na organização das atividades educativas:

- priorizar crianças de 0 a 10 anos nas escolas, creches e NEIS da rede pública municipal de Florianópolis, e paulatinamente expandir até os 14 anos.
- preencher no início de cada ano o Cadastro de Procedimentos Coletivos para o pedido de materiais a serem utilizados nos trabalhos com os escolares.
- preencher a RAAC a cada atividade de grupo realizada com os nomes das crianças participantes nas atividades, número de crianças, grupo de atenção e tema.

- disponibilizar dois períodos por semana na agenda para realizar as atividades coletivas nas escolas, que deverão ser programadas por turma de acordo com as necessidades das crianças.

- programar capacitação de pais e professores de cada unidade escolar no início do semestre sobre educação em saúde bucal.

- realizar atividades educativas interativas, com linguagem apropriada a cada faixa etária e ensinar a técnica de escovação, realizar a entrega semestral de 1 escova dental para cada criança cadastrada nos procedimentos coletivos e 1 creme dental por sala.

- utilizar flúor gel em crianças maiores de 5 anos que souberem cuspir e de acordo com a necessidade individual (risco), sempre com acompanhamento do cirurgião-dentista ou TSB.

- preencher o Cadastro de Procedimentos Coletivos, para o pedido de materiais a serem utilizados nos trabalhos.

Especificamente, em relação a programas municipais, que congregam várias áreas da saúde, ressalta-se o Programa Capital Criança. Ao nascer, o bebê e a mãe recebem a visita de agente educadora do Programa na maternidade com a entrega de kit de primeiros cuidados do recém-nascido, com a caderneta de saúde da criança e folders com orientações de uso do kit e sobre saúde bucal. É realizado o agendamento da primeira consulta do bebê aos 30 dias com o cirurgião-dentista no CS mais próximo à residência, além da consulta médica para o bebê e puérpera. A consulta de 30 dias com o cirurgião dentista poderá ser realizada em grupos ou individual dependendo da realidade local.

As equipes de atuam também junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE), realizando procedimentos coletivos em creches e escolas municipais e estaduais das áreas de abrangência dos CS. Entre as ações realizadas incluem-se: técnicas de escovação com macro-modelos; atividades interativas como teatro de fantoches, o avental educativo em SB, álbum seriado e desenhos educativos, escovódromo portátil para a escovação supervisionada, escovação com flúor-gel de acordo com necessidade individual. São realizados exames clínicos nas crianças para diagnóstico e planejamento das ações de promoção de saúde e as crianças são encaminhadas aos CS quando tem necessidades de atendimento clínico. São realizadas palestras para professores e pais nas reuniões pedagógicas com orientações em SB.

São realizados procedimentos clínicos de atenção básica em todos os CS do município. Em relação aos serviços especializados na área odontológica, quando há necessidade e, seguindo as normatizações do Protocolo Municipal, o usuário é encaminhado para os serviços de referência. Com a implantação dos CEO, o município organiza a atenção secundária à saúde, oferecendo retaguarda às equipes básicas e ampliando o atendimento à população. A SMS possui atualmente 2 CEO, com atendimento nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Buco Maxilo Facial, Atendimento a Pacientes Portadores de Necessidades Especiais e Odontopediatria.

Atualmente, no Brasil, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012). Trata-se de um programa que procura induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil. A saúde bucal está incluída no programa com quatro indicadores de desempenho e três de monitoramento. São eles:

- Desempenho: média da ação coletiva de escovação bucal supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura de primeira consulta à gestante e razão entre tratamentos concluídos e primeira consulta odontológica programática.

- Monitoramento: média de instalação de próteses dentárias, média de atendimentos de urgência odontológica por habitante e taxa de incidência de alterações da mucosa bucal.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho do cirurgião dentista na estratégia saúde da família, em um Distrito do município de Florianópolis, a partir de registros de produção, disponibilizados pelo sistema de informação.

Objetivos Específicos

- Conhecer a produção de procedimentos coletivos realizada pelos cirurgiões dentistas atuantes na ESF;
- Identificar os grupos etários alvo dos procedimentos coletivos;
- Identificar o padrão de encaminhamentos para serviços de especialidades odontológicas e exames complementares.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, exploratório e descritivo, com base em dados secundários.

Local do estudo

O sistema público de saúde, no município de Florianópolis (SC), é formado por cinco Distritos Sanitários: Centro; Continente; Leste; Sul e Norte.

Este estudo foi realizado com base nos dados a realidade do Distrito Sanitário Centro (DSCe). O DSCe é formado por uma área territorial de 11,67km², com uma população total de 93.693 (Secretaria Municipal de Saúde, 2009). No nível da atenção primária, compõem o Distrito Centro cinco Centros de Saúde (CS): CS Centro, CS Prainha, CS Monte Serrat, CS Agrônômica e CS Trindade. Todos adotam o modelo da Estratégia Saúde da Família para organização de suas ações e serviços. A população é atendida conforme a região geográfica de sua residência, estando, portanto adscrita e referenciada a um dos cinco CS.

Para otimizar e melhor qualificar a comunicação, melhorando a forma de organização no processo de trabalho, o município de Florianópolis possui um sistema informatizado denominado Sistema InfoSaúde.

Este sistema permite o agendamento de consultas e acompanhamento de usuários nos Centros de Saúde de Florianópolis, através do qual todos os distritos e centros de saúde são interligados compartilhando informações sobre as ações de saúde. O sistema é capaz de armazenar os dados de saúde da sua população, funcionando como prontuário eletrônico, e por meio dele os profissionais da área da saúde registram as informações de saúde de cada paciente que é atendido nos centros de saúde. Isso inclui dados de identificação do paciente, dados clínicos, bem como todo o acompanhamento que recebeu durante sua presença na unidade, bem como nas demais unidades que estão sob gestão municipal, incluindo Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Policlínicas de Referência.

O InfoSaúde é capaz também de armazenar as informações sobre produção de ações e de procedimentos, individuais e coletivos, que são realizados por todos os profissionais de saúde do município, emitindo relatórios personalizados, de acordo com

a informação que se deseja obter. Essas informações, quando consolidadas e analisadas, são utilizadas principalmente para planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, tarefa esta realizada pelo nível gestor central.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando-se dados secundários registrados no Sistema InfoSaúde. Foram incluídos os registros dos cinco centros de saúde (CS) do Distrito Centro, no ano de 2009, caracterizando-se:

- Número equipes SF;
- Número equipes de SB;
- Número equipamentos odontológicos;
- Número de ASB/TSB;
- População adscrita nas áreas de abrangência.

Foram estudadas as variáveis referentes a procedimentos coletivos e encaminhamentos, tanto para exames e como para serviços especializados (Atenção secundária).

Análise de dados

Os dados foram analisados em planilhas Excel®, utilizando-se Estatística Descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sistema público de saúde, em Florianópolis, é formado por cinco Distritos: Distrito Sanitário Centro; Distrito Sanitário Continente; Distrito Sanitário Leste; Distrito Sanitário Sul e Distrito Sanitário Norte. O Distrito Sanitário Centro, é formado por uma área territorial de 11,67 km², com uma população total de 93.693, esta população é atendida conforme a região geográfica de sua residência. O DSCe é estruturado por cinco áreas, sendo elas as regiões centrais de Florianópolis (Centro, Prainha, Monte Serrat, Agronômica e Trindade).

Para otimizar e melhor qualificar a comunicação, melhorando a forma de organização do processo de trabalho, Florianópolis instituiu um sistema informatizado (InfoSaúde) para armazenar os dados de saúde da sua população. Por meio deste sistema os profissionais da área da saúde registram os dados de cada usuário que passa pelos centros de saúde. Constam, no sistema, dados de identificação, endereço, dados sobre o estado de saúde, bem como todo o acompanhamento que o paciente recebeu durante sua presença na unidade e nos demais serviços no âmbito da gestão municipal do SUS de baixa, média e alta complexidade, incluindo urgências.

Cada CS é composto por equipes multiprofissionais de saúde da família, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. As equipes multiprofissionais, além de realizar consultas individuais nos Centros de Saúde, fazem atendimentos domiciliares e ações coletivas, construindo assim vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da população.

O quadro 1 sintetiza as características dos 5 CS em relação à quantidade de equipes de SF, equipes de SB, presença de ASB e TSB e quantidade de equipes odontológicas, bem como a população adscrita, coberta pelas ações e serviços de cada CS respectivamente.

A relação população/equipes de saúde bucal era bastante desigual entre os CS. Observamos no quadro 1, que no ano de 2009, os CS C, D e E contavam com número maior equipes de SF e de equipes de SB e de TSB e ASB, se comparados com CS A e B. Os CS C, D e E possuíam dois equipos odontológicos cada. Observa-se uma relação discrepante entre Equipes de SB e Equipes de SF em todos os CS. Apenas o CS C aproximava-se, naquele ano, de uma relação mais favorável entre equipes de SB e população coberta por equipe (aprox. 4000 habitantes). Esse contexto tende a repercutir diretamente no processo de trabalho da Odontologia na ESF, podendo refletir realidades diferenciadas entre CS quanto à produção de atendimentos clínicos e ações coletivas, que será visualizada e analisada a seguir.

Quadro 1 - Características dos Centros de Saúde do Distrito Centro, Florianópolis, SC, 2009.

	CSA	CSB	CSC	CSD	CSE
Equipes SB	01	00	02	01	01
Equipes SF	02	01	03	03	03
Equipos Odontológicos	01	01	02	02	02
ASB/TSB	02	01	03	02	03
População Adscrita	12.999	35.478	8.115	17.351	19.750

Fonte: CNES e SMS-PMF

Santos, Campinas e Sartori (2010), afirmam que a saúde bucal é parte inseparável da saúde geral dos indivíduos e está relacionada com as condições sociais, econômicas e culturais, incluindo a compreensão do próprio conceito de saúde. As ações de saúde bucal tornam as ações de saúde da família mais completas e eficazes. Neste sentido, torna-se essencial que a saúde bucal trabalhe em sintonia com os outros profissionais da ESF (SILVA, 2005). Além disso, deve-se considerar que este trabalho deve ser realizado pensando na composição de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB): cirurgião dentista e TSB ou CD e ASB. A integração dos profissionais de saúde bucal inclui a dedicação integral, ou seja, uma jornada de 8 horas diárias num total de 40 horas semanais (BRASIL, 2001).

Ao analisar a tabela 1, que apresenta o número de atividades coletivas realizadas segundo ciclo de vida nos CS do DSCe, em 2009, nota-se que apesar dos CS já estarem operando em um processo de trabalho baseado modelo de atenção da ESF, há certo

desequilíbrio no quantitativo de atendimentos coletivos, se compararmos os CS A e B com os CS D e E. Dois CS não apresentam registros de ações coletivas.

Tabela 1 - Atividades Coletivas realizadas segundo ciclo de vida nos CS do DSCe, Florianópolis, 2009.

Unidade	Crianças			Adolescentes			Não especific.			Total		
	N	Np	Xp	N	Np	Xp	N	Np	Xp	N	Np	Xp
A	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
B	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
C	15	259	17,27	4	87	21,75	0	0	0,00	19	346	18,21
D	51	1000	19,61	1	33	33,00	1	10	10,00	53	1043	19,68
E	64	1084	16,94	0	0	0,00	1	14	14,00	65	1098	16,89
TOTAL	130	2343	18,02	5	120	24,00	2	24	12,00	137	2487	18,15

Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Np = Número de participantes nas atividades

Xp = Média de participantes nas atividades

Para compreender melhor essa desigualdade de atenções coletivas entre os CS, deve ser levado em conta algumas possíveis explicações como a quantidade de população/abrangência territorial; o número de profissionais (CD e equipe) e a qualidade de registro no InfoSaúde. Um outro ponto a ser considerado e que a equipe de saúde bucal provavelmente participa de outras atividades coletivas como, por exemplo: programa Hora de Comer; Grupos do HiperDia e Grupos de Gestantes e de Puericultura, porém não há como identificar pelos dados do InfoSaúde, a presença desses profissionais nessas atividades.

Observa-se ainda que os grupos que prevalecem com maior número de participantes é o grupo da faixa etária de 0 a 10 anos de idade, não havendo um volume significativo de registros de atividades coletivas com adultos e idosos (grupo não especificado). A ESF veio trazer uma nova forma de atuação que tem a família como seu principal eixo de trabalho, consolidando um novo modelo de atenção em saúde bucal que vai romper com os modelos de assistência vigentes. Tradicionalmente estes modelos se caracterizaram ora como curativos-mutiladores, ora como promotores de saúde, mas apenas para a população infantil escolar (MUNKEVIZ e PELICIONI, 2010). Entretanto, como observado nos CS, as equipe de saúde bucal têm dificuldades para expandir suas ações coletivas para outros grupos ou famílias, ou seja, para além dos grupos escolares (crianças) e primeira infância.

O estudo realizado por Soares et al (2010) objetivou revisar as publicações no período de 2001 a 2008, sobre a atuação da ESB na ESF, buscando subsidiar a avaliação da saúde bucal na ESF. Os estudos apresentaram informações importantes, porém as

metodologias de avaliação utilizadas na maioria destes não permitem conhecer o impacto da ESB no acesso e na condição de saúde bucal das populações beneficiadas. Os achados indicam ainda que os municípios não têm realizados suas ações de saúde bucal plenamente da forma preconizada pelo Ministério da Saúde. Além disso, barreiras e avanços têm sido identificados no processo de construção em que ainda predominam as práticas do modelo tradicional.

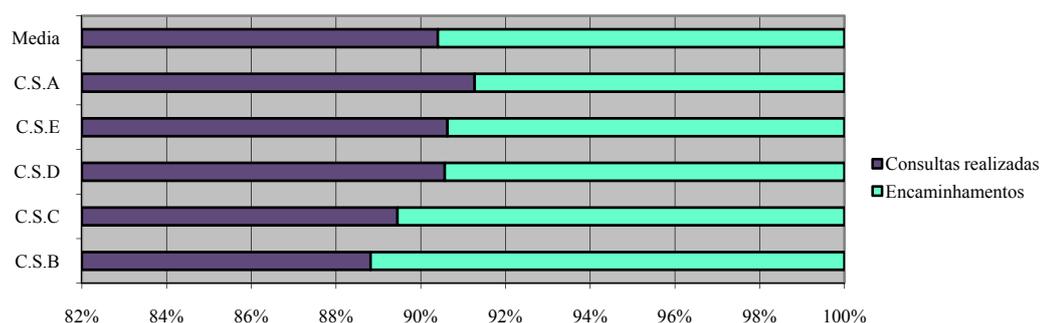
Se observarmos a tabela 2 e a figura 1, que demonstram a porcentagem de encaminhamentos realizados pelos CD do DSCe, em Florianópolis, durante o ano de 2009, nota-se que há diferenças na quantidade de consultas realizadas entre os CS, mas que há semelhança do percentual de encaminhamentos.

Tabela 2 - Consultas e Encaminhamentos realizados pelos CD, DSCe, Florianópolis, 2009.

CENTROS DE SAÚDE	Consultas realizadas	Encaminhamentos	%
A	1.255	120	9,56
B	135	17	12,59
C	2.451	289	11,79
D	4.426	461	10,42
E	3434	355	10,34
Total	11.701	1242	10,61

Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Figura 1 - Porcentagem de encaminhamentos realizados pelos CD, DSCe, Florianópolis, 2009.



Na tabela 3 que apresenta os encaminhamentos por especialidade odontológica realizados pelos CD do DSCe de Florianópolis, em 2009, nota-se que a especialidade para o qual mais se realiza referência é a endodontia. Em segundo lugar, os Centros de Saúde B e D encaminham maior número de pacientes para cirurgia; e as CS C e E para

odontopediatria. Esses dados devem estar relacionados ao perfil demográfico, epidemiológico e de padrão de utilização dos serviços da população, demonstrando assim a necessidade de planejamento e organização dos serviços de atenção secundária, bem como estabelecimento dos fluxos e prioridades de atendimento, de acordo com as necessidades e demandas em cada região.

A partir dos resultados do Levantamento de Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil - em 2003, ficou evidente a necessidade da organização da média complexidade em Odontologia na efetivação do SUS. Os dados apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos. O usuário em tratamento na atenção básica, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal. É também necessário avaliar o grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento. Ressalta-se que a manutenção do tratamento realizado no Centro de Especialidades, deve ser feita nos Centros de Saúde (BRASIL, 2006).

Observa-se ainda na tabela 3, uma quantidade de encaminhamentos da Odontologia para outras áreas da saúde como Fonoaudiologia, Otorrinolaringologia, Acupuntura, Radiologia e Psicologia. Com base nestas informações, identifica-se a necessidade da interação dos profissionais de diferentes áreas da saúde para o atendimento multiprofissional e integral dos usuários. Mais especificamente, percebe-se a necessidade de integração na atuação dos profissionais de Medicina, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Assistente Social, entre outros.

Tabela 3 - Encaminhamentos por especialidade odontológica realizados pelos CD, DSCe, Florianópolis, 2009.

UNIDADE	Endo	%	Cirurgia	%	Ped	%	Perio	%	Orto	%	Outros	%	O/Inesp.	%	Total	%
C.S.A	55	45,83	14	11,67	10	8,33	9	7,50	1	0,83	1	0,83	30	25,00	120	100,00
C.S.B	4	23,53	4	23,53	0	0,00	2	11,76	0	0,00	0	0,00	7	41,18	17	100,00
C.S.C	110	38,19	39	13,54	35	12,15	79	27,43	13	4,51	2	0,69	10	3,47	288	100,00
C.S.D	145	31,45	106	22,99	34	7,38	37	8,03	10	2,17	6	1,30	123	26,68	461	100,00
C.S.E	97	23,89	35	8,62	91	22,41	31	7,64	49	12,07	6	1,48	97	23,89	406	100,00
TOTAL	411	31,81	198	15,33	170	13,16	158	12,23	73	5,65	15	1,16	267	20,67	1292	100,00

Fonte: SISINFO / Secretaria Municipal de Florianópolis

Figura 2 - Encaminhamentos solicitados por CS, segundo especialidade, DSCe Florianópolis, 2009.

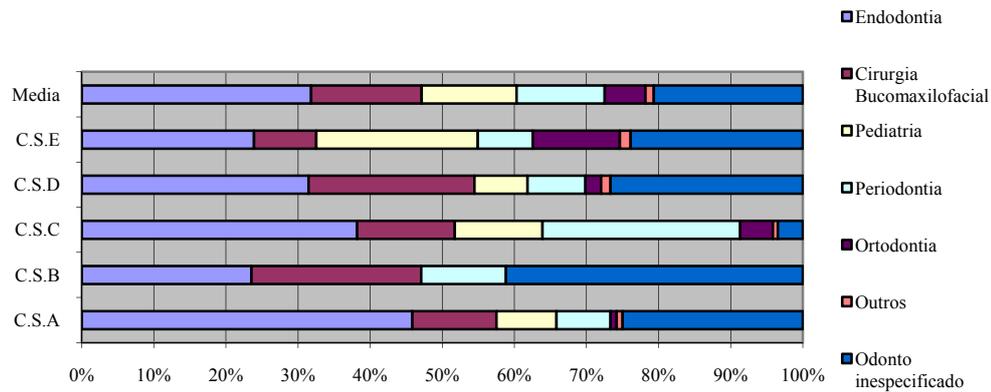
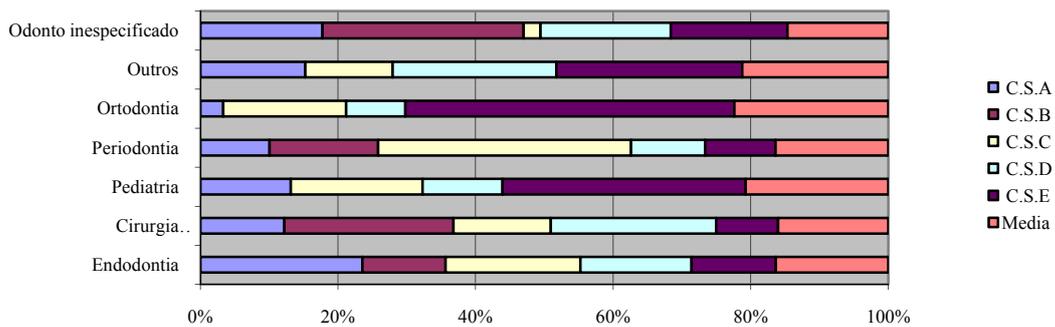


Figura 3 – Encaminhamentos realizados por especialidade segundo CS, DSCe, Florianópolis, 2009.



A tabela 4 apresenta o número de radiografias odontológicas (RX) solicitadas, por consultas nos DS Centro, em Florianópolis, 2009. Nota-se diferença quanto à quantidade de RX solicitados pelos CS: se observa que os CS A e B solicitam o dobro de RX do que B e C. O exame radiográfico tem inegável importância no processo de elaboração do diagnóstico das doenças da cavidade oral. No entanto, deve ser usado como um meio semiotécnico auxiliar, cujos resultados devem ser somados aos obtidos através de exames clínicos e laboratoriais. A solicitação de RX varia dependendo da complexidade do caso clínico e do procedimento a ser realizado: as situações mais complexas, geralmente necessitam deste auxílio diagnóstico. Esses dados constituem uma informação importante para a organização dos serviços de apoio diagnóstico, como exames radiográficos odontológicos, pensando no dimensionamento e distribuição desses serviços no município, considerando critérios de agilidade e facilidade de acesso ao usuário.

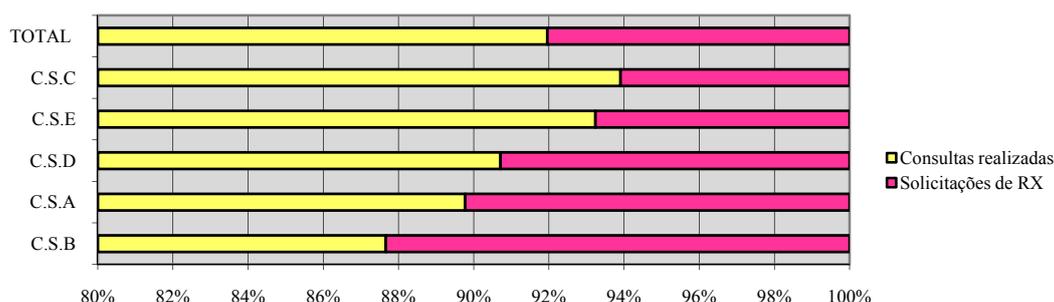
Segundo a ANVISA, devemos planejar um consumo adequado do trabalho radiográfico. A Portaria/MS/SVS nº 453, de 01 de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos Raios-X diagnósticos em todo território nacional. Os dados sobre as solicitações de radiografias odontológicas podem ser úteis também quando se discute a necessidade de se instalar aparelho de RX odontológicos em cada Centro de Saúde, incluindo esse procedimento na atenção primária.

Tabela 4 - Número de RX odontológicos solicitados por consulta realizada pelos DS Centro, Florianópolis, 2009.

CENTROS DE SAÚDE	Consultas realizadas	Solicitações de RX	RX / Consultas
C.S.A	1.255	143	0,11
C.S.B	135	19	0,14
C.S.C	2.451	159	0,06
C.S.D	4.426	453	0,10
C.S.E	3434	249	0,07
TOTAL	11.701	1.023	0,09

Fonte: SISINFO / Secretaria de Saúde de Florianópolis

Figura 4 - Porcentual de RX odontológicos solicitados em relação ao número de consultas odontológicas realizadas nos CS do DSCe, Florianópolis, 2009.



Embora haja uma clara orientação para incorporação de ações coletivas inseridas no contexto do processo de trabalho do CD na ESF e uma normatização para planejamento e execução de ações promocionais, de educação em saúde e de prevenção das doenças bucais, a quantidade e a forma que assumem estas ações não são semelhantes nos CS do Distrito Centro, em Florianópolis. Associados a fatores administrativos e organizacionais, o interesse e compromisso do profissional cirurgião dentista, e de toda equipe de SB, são elementos que podem influenciar esse fato, considerando os

referenciais teóricos que a sustentam as práticas, as diferentes abordagens e metodologias empregadas e o valor atribuído à participação comunitária na produção da saúde bucal, o que, em última análise, determinam sua qualidade e efetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto das ações da Estratégia Saúde da Família na atenção básica pode ser considerado uma das maiores evoluções na saúde pública brasileira, após 20 anos da consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Entretanto, ainda há enormes desafios éticos, políticos e gerenciais a serem superados.

Nota-se que apesar de referirmo-nos ao processo de trabalho do CD e sua equipe na ESF dentro de um mesmo município, ainda encontramos diferentes realidades institucionais. Isso reflete na garantia de igualdade de condições de trabalho dos profissionais e repercute também na possibilidade de impacto positivo nos níveis de saúde da população.

Para alcançarmos o processo de trabalho da Odontologia na ESF esperado, que seja resolutivo, acredita-se que além do estabelecimento de protocolos e recursos materiais e humanos, é necessário também compromisso, envolvimento e capacitação dos profissionais para que realizem seu trabalho condizente com a realidade regional, em conjunto com a comunidade. Isso ainda é um grande desafio no âmbito da saúde pública.

Apenas um dos cinco centros de saúde estudados aproximava-se de uma relação mais favorável entre equipe de saúde bucal e população coberta por equipe. Apesar dos centros de saúde já estarem operando em um processo de trabalho baseado modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família, havia certo desequilíbrio no quantitativo de atendimentos coletivos entre os centros.

Considerando as ações coletivas, prevaleciam às voltadas para faixa etária de 0 a 10 anos de idade, não havendo um volume significativo de registros com adultos e idosos. Embora haja orientação para incorporação de ações coletivas inseridas no contexto do processo de trabalho do CD na ESF e uma normatização para planejamento e execução destas ações, a quantidade e a forma que assumem são semelhantes nos CS do Distrito Centro, em Florianópolis.

Houve diferenças na quantidade de consultas realizadas entre os centros e na quantidade de solicitação de RX odontológico, mas observou-se semelhança do percentual de encaminhamentos para serviços especializados. A especialidade para a qual mais se realiza referência foi a Endodontia, seguida da cirurgia bucomaxilofacial e odontopediatria.

O registro, a consolidação e a análise sistemática de dados secundários, obtidos a partir do que é produzido no cotidiano dos serviços de saúde pelos profissionais, tornam-se instrumentos valiosos para a qualificação da gestão da saúde bucal na atenção básica, devendo ser utilizados para planejamento e avaliação das ações e serviços.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria/MS/SVS nº 453, de 01 de junho de 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/453_98.htm
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 set. 1990. Brasília, 1990.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4)
- 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 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SAÚDE BUCAL. Cadernos de Atenção Básica – n. 17. Brasília, DF. 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo-Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores.
- MARTELLI; Petrônio José de Lima; et al. Perfil do cirurgião dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Ver Ciência saúde coletiva vol.15 supl.2, 2010.
- MUNKEVIZ, Mara Silva Galletti; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi; Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. Rev.bras.crescimto.desenvolv.hum.v20.n3.São Paulo, 2010.
- NARVAI PC, FRAZÃO P, RONCALLI AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(6):385–93.
- NARVAI, Paulo Capel. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. Hucitec: São Paulo, 1994.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde Bucal. Florianópolis, 2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária à Saúde em Florianópolis. Disponível em: <http://apssbpmf.blogspot.com.br/2011/10/relato-de-experiencias-e-rede-de.html>