



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de
Odontologia de Araçatuba
FOA/Unesp

Lúcia Maria Lima Lemos de Melo

Análise da organização das ações municipais de saúde bucal na
atenção básica

Araçatuba– SP
2016

Lúcia Maria Lima Lemos de Melo

**Análise da organização das ações municipais de saúde bucal na
atenção básica**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia
da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Araçatuba, para obtenção do título
de “Mestre” em Odontologia Preventiva e Social.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Suzely Adas Saliba Moimaz

Araçatuba–SP
2016

Catálogo na publicação (CIP)
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

Melo, Lúcia Maria Lima Lemos de.

M528a Análise da organização das ações municipais de saúde
bucal na atenção básica / Lúcia Maria Lima Lemos de Melo. -
Araçatuba, 2016
86 f.: il. ; tab. + 1 CD-ROM

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientadora: Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz

1. Atenção primária à saúde 2. Avaliação 3. Saúde bucal
4. Assistência odontológica 5. Gestão em saúde 6. Agenda de
prioridades em saúde I. T.

Black D5
CDD 617.601

*Dedico este trabalho a todos que ontem, hoje e amanhã
fizeram, fazem ou farão parte do processo de construção e
solidificação do Sistema Único de Saúde.*

Agradecimentos especiais

A Deus, por me proporcionar saúde e sabedoria para reconhecer que a vida é um aprendizado constante!!

A minha família, e, especialmente, aos meus pais, pelo exemplo de força, trabalho e dedicação. Cada um tem um pedacinho nesta estrada!

Ao meu amor, pelo carinho, companheirismo e incentivo que me impulsionam todos os dias.

À minha orientadora Prof^a Suzely Adas Saliba Moimaz, pelo aprendizado e contribuição na minha formação. Seu amor e dedicação pela Saúde Pública ficaram ainda mais evidentes no desenrolar deste estudo.

À Prof^a Nemre Adas Saliba, pela coragem e determinação em constituir o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp e por ter acompanhado meus primeiros passos na Saúde Pública.

À Prof^a Cléa Adas Saliba Garbin, pela sensibilidade demonstrada cada vez que escrevíamos frases do artigo sobre violência: análise de conteúdo causa emoção!!

Ao Prof Orlando Saliba, pela paciência em ensinar e alegria ao expor uma aula.

À amiga Carmem Guariente, profissional dedicada e competente, pelo apoio que proporcionou realização do estudo no município de Pereira Barreto. Minha admiração pelo seu trabalho aumentou ainda mais...

À amiga Soninha Mendonça, companheira de trabalho no DRS II Araçatuba, pelas importantes dicas no desenrolar deste estudo.

Aos alunos da minha turma de mestrado pelas trocas de experiências e ideal no mesmo objetivo: Ana Paula, Adriana, Adrielle, Arenilson, Izabella, Daniela, Maria Emília.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp, nas pessoas do seu diretor Wilson Roberto Póí e vice-diretor João Eduardo Gomes Filho, por proporcionar a pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social que possibilita a formação de profissionais voltados para a Saúde Coletiva!

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP, representada pela Prof.^a Titular Suzely Adas Saliba Moimaz e pela Prof.^a Titular Cléa Adas Saliba Garbin, pela dedicação e amor ao referido Programa.

Aos professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba: Renato Moreira Arcieri, Artênio José Ísper Garbin, Tânia Adas Saliba Rovida, Dóris Hissako Sumida, Ronald Jefferson Martins, pelo trabalho dedicado à Saúde Pública.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Valderez e Niltinho, pelo apoio, competência e pela amizade desde a graduação na faculdade!

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Ana Cláudia, Cláudio e Cláudia, que me auxiliaram todas às vezes que precisei! Especialmente à Ana, muito obrigada!!

Às funcionárias da pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba: Valéria, Lilian e Cristiane! Meus sinceros agradecimentos, principalmente, à Valéria, pelo profissionalismo e carisma!!

Ao funcionário Washington, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, que me orientou na aprovação de projetos no Comitê de Ética.

À equipe da Secretaria de Saúde do município de Pereira Barreto, especialmente às gestoras Suzumeire e Elaine, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde pelo acolhimento e parceria.

Ao diretor do DRS II Araçatuba, Silvio César Santos Órfão, pela confiança no meu trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa caminhada!!

E cada instante é diferente, e cada homem é diferente, e somos
todos iguais.”

Carlos Drummond de Andrade

MELO, L.M.L.L. **Análise da organização das ações municipais de saúde bucal na atenção básica.88f.** 2016. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

RESUMO GERAL

O diagnóstico é uma etapa fundamental do planejamento pois possibilita o conhecimento da realidade e a definição de estratégias intervencionais com eficácia e resolutividade. O objetivo nesse estudo foi realizar o diagnóstico situacional sob a ótica dos coordenadores de saúde bucal dos 40 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRSII) Araçatuba-SP e por meio da pesquisa-ação no município de Pereira Barreto-SP, analisar o funcionamento da agenda de saúde bucal. Foram entrevistados os 40 coordenadores municipais de saúde bucal do DRS II e no município de Pereira Barreto além do gestor, dezoito profissionais da Equipe da Saúde da Família. Foi utilizado um questionário semiestruturado e autoadministrado, com perguntas abertas e fechadas. O método da análise de conteúdo foi empregado para as questões abertas, com base na identificação da ideia central expressa nas respostas dos atores envolvidos. Em Pereira Barreto, foram realizadas também análises documentais do plano municipal de saúde, da agenda de saúde bucal e observações *in loco* da estrutura odontológica. As seguintes dimensões foram definidas no diagnóstico situacional realizado nos municípios: caracterização da infraestrutura odontológica, acesso e regulação, organização do processo de trabalho, estratégias de avaliação e na análise da agenda de saúde bucal: construção, atividades e avaliação da agenda em uma Unidade Básica de Saúde - UBS. No diagnóstico situacional dos 40 municípios constatou-se que apesar da unidade básica de saúde ser a principal porta de entrada para o sistema, para 23% o atendimento odontológico ainda era realizado em escolas; a principal forma de acesso da população aos serviços foi a demanda espontânea e havia inconsistências nos dados de produção nos sistemas de informações. Na agenda de saúde bucal analisada verificou-se que houve aumento na cobertura em 63% de pacientes atendidos em primeira consulta, redução de 30% dos casos de urgência, aumento de 11% na cobertura de tratamentos completados e ampliação dos atendimentos a grupos prioritários. Os resultados foram contextualizados em oficinas com os atores envolvidos, fundamentados na literatura e nas diretrizes institucionalizadas da Secretaria Estadual de Saúde - São Paulo e do Ministério da Saúde. Conclui-se que a área de saúde bucal dos municípios pesquisados apresentou diferentes momentos na estruturação do processo de trabalho. Há evidente progresso com o modelo assistencial adotado centrado na saúde da família, que a agenda foi facilitadora para a

ampliação da assistência. Novos estudos devem ser realizados e experiências exitosas compartilhadas para subsidiarem os coordenadores de saúde bucal na reorganização das ações do processo de trabalho das equipes.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação. Saúde bucal. Assistência odontológica.

MELO, L.M.L.L. **Organizational analysis of municipal actions of oral health in primary care.** 88f. 2016. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

ABSTRACT

The diagnosis is a fundamental step in planning because it enables the knowledge of reality and the definition of interventional strategies effectively and resolutely. The aim of this study was the situational diagnostic from the perspective of oral health coordinators of the 40 municipalities of the Regional Health Department (DRSII) Araçatuba-SP and through action research in the city of Pereira Barreto, SP, analyze the functioning of oral health agenda. Were interviewed the 40 municipal coordinators of oral health DRS II and Pereira Barreto municipality beyond the manager, eighteen professionals of the Family Health Team. A semi-structured and self-administered questionnaire with open and closed questions was used. The method of content analysis was used for the open questions, based on the identification of the central idea expressed in the responses of the actors involved. Pereira Barreto, were also carried out documentary analysis of the municipal health plan, oral health agenda and in situ observations of the dental structure. The following dimensions were defined in the situational diagnosis made in the cities: characterization of dental infrastructure, access and regulation, organization of the work process, evaluation of strategies and analysis of oral health agenda: construction, activities and evaluation of the agenda in a Basic Unit Health. In the situational diagnosis of the 40 municipalities it was found that although the basic health unit is the main gateway to the system, 23% dental care was also conducted in schools; the main form of access of the population to services was the spontaneous demand and there were inconsistencies in production data in information systems. In oral health agenda we examined it was found that there was an increase in coverage in 63% of patients at first consultation, 30% of emergency cases, 11% increase in coverage completed treatments and expansion of care to priority groups. The results were contextualized in workshops with the actors involved, based on the literature and institutionalized guidelines of the State Department of Health. - São Paulo and the Ministry of Health. Concluded that the oral health of the municipalities surveyed had different times in structuring the work process. There is clear progress with the care model adopted focused on family health, that the agenda was facilitator for the expansion of the form of assistance. Further studies should be conducted and successful experiences shared to subsidize oral health coordinators in the reorganization of the shares of the work process of the teams. Keywords: Primary health care. Evaluation. Oral health. Dental care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB: Atenção básica

ACS: Agentes comunitários de saúde

AME: Ambulatório médico de especialidades

ASB: Auxiliar de saúde bucal

ceo: dente cariado, extraído, obturado

CPOD: dente cariado, perdido, obturado

CEO: Centro de especialidades odontológicas

CD: Cirurgião-dentista

CGR: Colegiado de gestão regional

CIR: Comissão intergestores regional

CNES: Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde

DEC: Decreto

DIR: Direção Regional

DRS II: Departamento Regional de Saúde

ERSA: Escritório Regional de Saúde

ESB: Estratégia de Saúde Bucal

ESF: Estratégia de Saúde da Família

e-SUS: SUS eletrônico

FOA: Faculdade de Odontologia de Araçatuba

LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nepesco: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva

OMS: Organização Mundial de Saúde

PACS: Programa Agente Comunitário de Saúde

PMAQ: Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade

PMA2: Relatório de produção e marcadores para avaliação

PMA2-C: Relatório de produção e marcadores para avaliação - complementar

PMS: Plano Municipal de Saúde

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa da Saúde da Família

SAS: Sistema de Atenção em Saúde

Seade: Sistema Estadual de Análise de Dados

SADT: Serviço de apoio à diagnose e terapia

SESP: Serviço especial de saúde pública

SGDAB: Sistema de gestão de programas do departamento da atenção básica

SIAB: Sistema de informação da atenção básica

SISPACTO: Sistema de pactuação

SISAB: Sistema de informação em saúde da atenção básica

SUS: Sistema Único de Saúde

TC: Tratamento concluído

TSB: Técnico de saúde bucal

Unesp: Universidade Estadual Paulista

UBS: Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1

Tabela 1- Número de cirurgiões-dentistas em 40 municípios do Estado de São Paulo, segundo local de atendimento, 2014. 21

Tabela 2- Distribuição percentual de 40 municípios do Estado de São Paulo segundo a existência de grupos prioritários para a atenção em saúde bucal, 2014. 21

LISTA DE QUADROS

ETAPA 1

CAPÍTULO 1

Quadro 1- Caracterização do processo de trabalho nas ações de saúde bucal em 40 municípios do Estado de São Paulo, 2014.	23
--	----

ETAPA 2

CAPÍTULO 2

Quadro 1- Proposta de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica no PMS.	44
Quadro 2- Proposta de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica no questionário e na agenda de saúde bucal.	46

CAPÍTULO 3

Quadro 1- Agenda de saúde bucal preconizada em Pereira Barreto, SP.	55
Quadro 2- Modalidades de acesso dos pacientes na UBS, Pereira Barreto, SP.	56
Quadro 3- Metas mínimas de produção em saúde bucal estabelecidas no município de Pereira Barreto, SP.	57
Quadro 4- Atividades da agenda de saúde bucal estabelecidas pelas ESF bucal, Pereira Barreto, SP.	57
Quadro 5- Análise comparativa da produção da assistência odontológica prestada quatro meses antes e quatro meses após a implantação da agenda de saúde bucal em uma ESB, Pereira Barreto, SP.	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	14
2. CAPÍTULO 1- AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ÓTICA DO GESTOR MUNICIPAL	
2.1 RESUMO	16
2.2 ABSTRACT	17
2.3 INTRODUCAO	18
2.4 METODOLOGIA	19
2.5 RESULTADO	20
2.6 DISCUSSÃO	24
2.7 CONCLUSÃO	30
2.8 REFERÊNCIAS	30
3. CAPÍTULO 2- PROPOSTA DE UM ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	
3.1 RESUMO	33
3.2 ABSTRACT	34
3.3 INTRODUCAO	35
3.4 METODOLOGIA	35
3.5 RESULTADO E DISCUSSAO	37
3.6 CONCLUSÃO	47
3.7 REFERÊNCIAS	47
4. CAPÍTULO 3- AGENDA COMO FERRAMENTA DE ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL	
4.1 RESUMO	50
4.2 ABSTRACT	51
4.3 INTRODUÇÃO	52
4.4 METODOLOGIA	52
4.5 RESULTADO	53
4.6 DISCUSSÃO	58
4.7 CONCLUSÃO	62
4.8 REFERÊNCIAS	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
ANEXOS	66

1. INTRODUÇÃO GERAL

Transcorridas quase três décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do país e com as suas especificidades regionais (BRASIL, 2006).

Em 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica. Presume-se o deslocamento do processo de trabalho, antes centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no cuidado da saúde do usuário. (Brasil, 2011)

Visando a ampliação da cobertura das ações de saúde bucal, a odontologia foi inserida na ESF promovendo a atenção em saúde bucal além das quatro paredes do consultório. Mudanças significativas ocorreram: o atendimento odontológico antes centrado em escolares, foi ampliado para outras faixas etárias; o foco da atenção torna-se a família, o coletivo; consultórios são remanejados de escolas para unidades de saúde; ações de saúde bucal são inseridas nas redes de atenção; recursos federais financiam, regularmente, centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de prótese dentária.

Um desafio que ainda persiste é a reorganização em redes com articulação entre os pontos de atenção, definição dos papéis e ações das três esferas do governo: federal, estadual e municipal, contemplando as necessidades e as realidades de saúde locais de forma a promover resultados com eficiência, qualidade e equidade.

Nessa perspectiva é importante a utilização do diagnóstico como uma ferramenta de gestão, com a finalidade de conhecer o modelo assistencial da atenção básica em saúde bucal adotado e as estratégias de intervenção utilizadas para a reorganização das ações, tanto do ponto de vista epidemiológico como da estruturação dos serviços oferecidos ao usuário.

Assim, no presente estudo foi realizado um diagnóstico da saúde bucal do DRS II Araçatuba-SP, cuja extensão territorial, conta com 40 municípios, população estimada de 738.544 habitantes e 31 com menos de 20 mil habitantes (SEADE, 2014). Foi realizado além do diagnóstico da saúde bucal, uma intervenção prática no processo de trabalho municipal, com os atores envolvidos sendo sujeitos e atores da ação. A proximidade de atuação dos DRS com a gestão municipal possibilita conhecer a realidade dos trabalhos desenvolvidos e implementar ações que possam contribuir com a melhoria do atendimento ao usuário SUS, de forma a

proporcionar ações efetivas e melhor direcionadas, necessárias para a consolidação da universalidade e integralidade da atenção em saúde.

A pesquisa foi realizada em duas etapas e está apresentada em três capítulos: Avaliação da Saúde Bucal na Ótica do Gestor Municipal; Desenvolvimento de uma Proposta de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica e Agenda como Ferramenta de Organização da Demanda em Saúde Bucal.

Na primeira etapa, capítulo 1, foi realizado um diagnóstico situacional da saúde bucal por meio de um inquérito com os coordenadores de saúde bucal dos 40 municípios da área de abrangência do DRS II – Araçatuba.

Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa ação na cidade de Pereira Barreto, município pertencente à área de abrangência do DRS II.

O segundo capítulo apresenta uma proposta de roteiro de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica, desenvolvida com base na análise do funcionamento do serviço de saúde bucal do município de Pereira Barreto.

O terceiro capítulo foi realizada uma pesquisa-ação que objetivou a avaliação de uma agenda de saúde bucal do serviço odontológico do município de Pereira Barreto, que possui como linha orientadora as diretrizes do SUS, como um instrumento para reorganização do acesso.

O município de Pereira Barreto foi selecionado com base nos dados do diagnóstico situacional que indicavam a Atenção Primária como ordenadora do sistema; a existência de equipamentos que possibilitavam uma avaliação dos níveis primário e secundário da atenção: equipe de saúde bucal inserida na saúde da família (ESB), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório de Prótese Dentária (LRPD) e facilidade de acesso às informações e ao serviço.

Os critérios para seleção da ESB de Pereira Barreto para a análise da agenda foram apresentar dados completos da produção e não interrupção do atendimento odontológico por motivo de férias, licença ou outras atividades.

Os resultados foram problematizados em três oficinas, uma em cada região de saúde (CGR) com os coordenadores municipais de saúde bucal da área de abrangência do DRS II e em Pereira Barreto com as equipes de saúde, fundamentados na literatura e nas diretrizes institucionalizadas da Secretaria Estadual de Saúde - São Paulo e do Ministério da Saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob processos 32535814.3.0000.5420 (Anexo E) e 32482613.3.0000.5420, (Anexo F), em 2014 e todos os profissionais envolvidos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

2. CAPÍTULO 1 – Avaliação da saúde bucal na ótica do gestor municipal

2.1 RESUMO

O objetivo nesse trabalho foi realizar um diagnóstico situacional relacionado à organização dos serviços de saúde bucal de 40 municípios do Estado de São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, quantiquantitativo, descritivo, realizado em 2014, por meio de análise documental e aplicação de um questionário semiestruturado com os coordenadores de saúde bucal. As seguintes dimensões foram definidas: infraestrutura odontológica, acesso e regulação, organização do processo de trabalho e estratégias de avaliação. Apesar da unidade básica de saúde ser a principal porta de entrada para o sistema, o atendimento odontológico ainda era realizado em escolas; a principal forma de acesso da população aos serviços foi a demanda espontânea e havia inconsistências nos dados de produção nos sistemas de informações. Do total, 60% responderam que o processo de planejamento em saúde envolveu a área de saúde bucal; 47,5% realizavam avaliação de risco; 47,5% não realizavam avaliação e o acompanhamento dos resultados alcançados. Conclui-se que os municípios apresentam diferentes momentos na estruturação do serviço e que os gestores devem aprimorar a organização do acesso, do processo de trabalho e da avaliação para a consolidação da universalidade e integralidade da atenção em saúde.

Palavras-chave: Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde.

2.2 ABSTRACT

The aim of this study was to conduct a situational diagnosis related to the organization of oral health services in 40 municipalities of São Paulo, Brazil. It is a cross-sectional study, quantitative and qualitative, descriptive, conducted in 2014, through document analysis and application of a semi-structured questionnaire on oral health coordinators. The following dimensions were defined: dental infrastructure, access and regulation, labor process organization and assessment strategies. Despite the basic health unit is the main gateway to the system, dental care was also conducted in schools; the main form of access of the population to services was the spontaneous demand and there were inconsistencies in production data in information systems. Of the total, 60% answered that the health planning process involved the oral health; 47.5% performed risk assessment; 47.5% did not perform evaluation and monitoring of results. It is concluded that municipalities have different moments in the structuring of the service and that managers should improve the organization of access, work process and evaluation to consolidate the universality and comprehensiveness of health care.

Keywords: Oral health. Primary health care. Health evaluation.

2.3 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trouxe a proposta de organização dos sistemas municipais de saúde, a fim de viabilizar o cumprimento dos princípios do SUS¹. O território e a população adstrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais dessa concepção e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetiva ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população².

Visando ampliar a Atenção em Saúde Bucal, em 2011, o Ministério da Saúde aprovou a portaria 2.488³ que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com as normas e diretrizes para as ações de saúde bucal.

A saúde bucal na ESF preconiza uma mudança significativa no modelo odontológico, antes centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório⁴ para uma prática voltada para a saúde coletiva.

Desde então, muitas mudanças ocorreram em nosso país: consultórios, antes fixados em escolas, foram realocados para a rede básica; propiciando maior integração das ações de saúde bucal aos demais programas; grupos populacionais excluídos do exercício dos seus direitos elementares passaram a usufruir de programações específicas⁵. Entretanto, observa-se que o histórico das práticas do cirurgião-dentista (CD) ainda se caracteriza pela intervenção individual e meramente clínica para uma clientela reduzida que ocorre por demanda espontânea⁶.

Considerando que iniciativas importantes advindas das políticas públicas propiciaram a diminuição do número de municípios sem recursos de assistência odontológica⁵, financiando regularmente as ações de saúde bucal na saúde da família, CEO e LRPD, é importante verificar se realmente está havendo alguma mudança no modelo das práticas no nível local⁷ tanto no estado de saúde das populações como nos conhecimentos e comportamentos derivados das práticas desenvolvidas⁸.

Assim, neste estudo foi realizado um diagnóstico situacional relacionado à organização dos serviços de saúde bucal da atenção básica dos 40 municípios do Estado de São Paulo, Brasil.

2.4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantiqualitativa, descritiva, na qual fizeram parte da amostra os coordenadores de saúde bucal dos 40 municípios da área de abrangência do DRS II, região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, com a proposta de avaliar o autoconhecimento da gestão em saúde bucal.

Os coordenadores municipais de saúde bucal, cirurgiões-dentistas indicados pelo gestor municipal para o exercício da função, foram informados do objetivo do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi assinado termo de parceria com o DRS II Araçatuba. (Anexo G)

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, (FOA/Unesp), processo número 32535814.3.0000.5420. (Anexo E) Realizou-se estudo piloto para validação do instrumento de coleta.

Os dados foram coletados por meio de análise documental dos indicadores do SISPACTO 2013: sistema de informação e aplicação de um questionário semiestruturado e autoadministrado, com perguntas abertas e fechadas, testado em estudo piloto. Os dados quantitativos foram expressos em números absolutos e percentuais. Utilizou-se o método da análise de conteúdo para as questões abertas, com base na análise da ideia central, preservando as informações expressas nas respostas dos sujeitos envolvidos, a fim de confrontar as falas dos entrevistados com a literatura atual, baseada em artigos científicos, portarias ministeriais e outros.

As seguintes dimensões foram estabelecidas: infraestrutura odontológica, acesso e regulação, organização do processo de trabalho e estratégias de avaliação.

Como caracterização da infraestrutura odontológica, foram analisados: o número de consultórios odontológicos existentes em escolas, equipe de trabalho composta por Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB), existência de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na ESF. Para o acesso e regulação foram abordados o fluxo e a realização de triagens de risco. Na dimensão da organização do trabalho, foram analisados o planejamento e o trabalho em equipe. Na dimensão das estratégias de avaliação foram enfocados os diagnósticos epidemiológicos, a realização e o monitoramento dos indicadores; bem como a participação popular.

Em conformidade com a regionalização, o DRS II organizou-se em três regiões, denominadas como: região de Saúde dos Lagos, Central e dos Consórcios, com 12, 11, e 17

municípios, respectivamente⁹. O resultado do estudo foi problematizado na sede do DRS II com os coordenadores municipais de saúde bucal por meio de três oficinas, uma em cada região de saúde, com a finalidade de empoderamento das necessidades de mudanças, fundamentado na literatura e nas diretrizes institucionalizadas da Secretaria Estadual de Saúde - São Paulo e Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

2.5 RESULTADO

Observou-se nesse trabalho que o atendimento clínico odontológico ainda é realizado nas escolas em 62,5% dos municípios; a demanda espontânea é a principal forma de acesso em 95%; que há dificuldade na delimitação do acesso da população da área adscrita e, em 40%, o processo de planejamento não envolveu a área de saúde bucal. Os resultados foram descritos nas seguintes dimensões: caracterização da infraestrutura odontológica, acesso e regulação, organização do processo de trabalho e estratégias de avaliação.

Caracterização da infraestrutura odontológica

Verificou-se que os municípios apresentaram a unidade básica de saúde (UBS) como a principal porta de entrada para o sistema, com a maior concentração de cirurgiões-dentistas (Tabela 1).

Os coordenadores de saúde bucal consideraram que os recursos humanos são insuficientes para efetuarem o trabalho odontológico em 23 municípios e que há acúmulo de funções, com atividades de atendimento e de gestão.

O trabalho com ASB ocorre em 39 dos municípios, no entanto, 52,45% desses profissionais não possuem curso de formação na área. Há TSB em apenas três dos municípios e possuem curso de formação e em dois municípios estes técnicos trabalham como auxiliares.

A ESB na ESF está presente em 82,5% dos municípios.

Quanto ao atendimento na atenção especializada estão implantados seis CEO e 20 LRPD.

Tabela 1- Número de cirurgiões-dentistas no serviço público SUS de 40 municípios do Estado de São Paulo, segundo local de atendimento, 2014.

Local de atendimento	n	%
UBS (Sem ESF)	105	33,0
ESF	82	25,8
Escolas	73	23,0
CEO	34	10,7
Pronto socorro	11	3,4
Hospitais	0	0,0
Outros lugares	13	4,1
Total	318	100

Acesso e regulação

Os entrevistados mencionaram as seguintes formas de busca de pacientes para tratamento odontológico: grupos programáticos, encaminhamentos pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e por meio da utilização de critérios de risco. No entanto, a principal forma de acesso é a demanda espontânea em 95% com posterior agendamento, sendo os casos de urgência atendidos de imediato.

As triagens de risco não são realizadas em 52,5% dos municípios.

Organização do processo de trabalho

Os processos de planejamento não envolvem a área de saúde bucal em 16 municípios. Como consequência, as ESB não se integram às demais ações de saúde das UBS, fato identificado em 12 municípios. A integração, na maioria, correspondeu às ações realizadas com crianças e gestantes; seguidas de grupos de hipertensão e *diabetes* e menor atuação nos grupos de adolescentes e portadores de deficiência (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição percentual de 40 municípios do Estado de São Paulo segundo a existência de grupos prioritários para a atenção em saúde bucal, 2014.

Grupos específicos	n	%
Criança	32	80,0
Gestante	32	80,0
Hipertenso	17	42,5
Diabético	17	42,5
Adolescente	15	37,5
Portadores de necessidades especiais	11	27,5
Outros	10	25,0

Estratégias de avaliação

Quando questionados se conhecem os indicadores de saúde bucal avaliados no município, 90% dos gestores responderam afirmativamente. Os indicadores mencionados foram: primeira consulta odontológica programática, índices CEO e CPOD, cobertura populacional estimada pelas ESBs, média de ações coletivas de escovação dentária supervisionada, proporção de exodontias em relação aos procedimentos ambulatoriais.

Os dados de levantamentos epidemiológicos existem em 34 municípios, no entanto, não são utilizados para planejamento das ações e atividades em 18 e as avaliações e o acompanhamento dos resultados alcançados não são realizados por 19 municípios.

Quanto à existência de mecanismo para ouvir a população sobre a satisfação em relação ao serviço odontológico prestado, 60% responderam que possuem. (Quadro 1)

Quadro 1. Caracterização do processo de trabalho nas ações de saúde bucal em 40 municípios do Estado de São Paulo, 2014.

Questões	Sim		Não		Sem informação		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
O município possui ESBs implantadas na ESF?	33	82,5	7	17,5	0	0	40	100
As ações de saúde bucal estão integradas às demais ações de saúde das unidades de saúde?	28	70	12	30	0	0	40	100
O coordenador odontológico participa do planejamento em saúde do município?	24	60	16	40	0	0	40	100
Os recursos humanos são suficientes para efetuar o trabalho odontológico do município?	17	42,5	23	57,5	0	0	40	100
Os equipamentos são em número suficiente para melhor atender a população?	24	60	16	40	0	0	40	100
Tem algum mecanismo que o município utiliza para ouvir a população com referência à área odontológica?	24	60	15	37,5	1	2,5	40	100
Você sabe quais indicadores de saúde bucal são avaliados no município?	36	90	4	10,0	0	0	40	100
Existem dados de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal?	34	85	6	15	0	0	40	100
No município são realizadas triagens de risco?	19	47,5	21	52,5	0	0	40	100
São estabelecidos parâmetros para nortear as ESB?	10	25	30	75	0	0	40	100
Os dados epidemiológicos são utilizados para o planejamento das ações/ atividades?	22	55	18	45	0	0	40	100
São realizados avaliações e acompanhamento dos resultados alcançados?	20	50	19	47,5	1	2,5	40	100
A população é estimulada a participar das ações na área da odontologia?	29	72,5	11	27,5	0	0	40	100

2.6 DISCUSSÃO

Nesse estudo sobre a organização do serviço de saúde bucal no SUS, de municípios da região noroeste de São Paulo, foi possível notar que apesar da UBS apresentar a maior concentração de cirurgiões-dentistas, o atendimento clínico odontológico realizado nas escolas ainda está presente. Caracteriza um modelo de atenção semelhante ao sistema incremental, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador e voltado aos escolares de seis a 14 anos¹⁰, população que na época acumulava grande necessidade de tratamento.

Parece que existe certa dúvida na mudança para o foco familiar das ações de saúde bucal, evidenciado no seguinte discurso:

“Gostaria de implantar consultório odontológico na escola novamente e mais dentistas na unidade.”

É reconhecido que as crianças transmitem os conhecimentos adquiridos na escola aos pais, mudando a rotina de saúde bucal de seus familiares¹¹, no entanto, os modelos assistenciais precisam começar a trabalhar exatamente o reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis no processo saúde-doença bucal¹². É importante a sensibilização dos gestores para enfatizar que o foco deve ser a família, o coletivo e não restrito a determinadas faixas etárias ou com exclusividade a certos grupos populacionais. Frisar que o serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas inclui a atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde; bem como serviços para grupos com necessidades diferenciadas¹³.

A necessidade do aumento do número de profissionais foi justificada pelos gestores pela existência de uma população flutuante, característica da região do DRS II, composta por cortadores de cana, acampamentos, assentamentos, penitenciárias, alterando o perfil epidemiológico, populacional e social dos municípios.

“... a população flutuante é quase 50% da população e muitos nem residem no município.”

É fundamental que haja a delimitação do território geográfico da população flutuante, definindo o acesso e as responsabilidades sanitárias entre os municípios, contemplando os princípios da universalidade e equidade. A universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a

prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial como alvo especial das intervenções¹⁴.

A falta de estabelecimento de carga horária para o exercício das atividades de gestão e de atendimento ficou bem evidenciado:

“Faço visitas domiciliares, planejamento, coordenação, atendimento na cidade e no sítio, escovação em escolas e atendimento noturno.”

Apesar da existência da função de coordenação de saúde bucal em 100% dos municípios, na maioria, o cargo não possui remuneração diferenciada para o exercício da gestão. É importante a valorização dos profissionais que se dedicam cotidianamente às atividades de caráter gerencial na elaboração de propostas concretas para o estabelecimento de plano de cargos, carreiras e salários específico para o âmbito político-gerencial¹⁵.

Em relação ao atendimento com auxiliares, as equipes de saúde bucal inseridas na saúde da família podem ser habilitadas na modalidade I ou II, com a presença obrigatória de ASB e TSB, respectivamente. No entanto, verificou-se que há baixa qualificação desses profissionais e desvio de função. Assim, constitui-se um desafio o trabalho auxiliar na rotina da equipe de saúde bucal do Sistema Único de Saúde - SUS, o que fragiliza a prestação de serviços na atenção em saúde bucal aos usuários do sistema¹⁶.

Quanto à inserção da ESB na ESF é importante o convencimento do gestor municipal sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos de atenção à saúde bucal¹⁷. É fato que a saúde bucal incorporada à ESF é um avanço significativo e um grande desafio, uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal⁴. É fundamental atuar em todas as etapas do ciclo de vida utilizando a família como agente promotor¹⁸. Inclusive, um dos relatórios anuais da OMS elogia a experiência brasileira na manutenção do SUS, orientado pelo ESF¹⁹.

Ao se tratar do referenciamento, nota-se que a expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica¹⁷. Fato agravado pela existência de CEO e de LRPD que atendem somente a demanda do próprio município. O acesso reconhecidamente está melhor, seja pela organização efetuada, seja pela expansão de equipes, mas sem a garantia da atenção secundária e terciária⁷.

Faz-se necessária a caracterização de todo o território e a rediscussão de pactuações nas regiões de saúde, também denominadas de Comissão Intergestores Regional (CIR), para ampliar o acesso em todo o colegiado. A CIR é o espaço de decisão e definição de prioridades entre os gestores, que contribui com a redução de desigualdades na promoção de equidade e fortalecimento dos municípios para que exerçam seus papéis de gestores²⁰. A implantação de CEO com abrangência regional, e não apenas referência municipal, proporcionará maior cobertura das ações especializadas em saúde bucal. A inserção de tecnologias necessárias à atenção em saúde ao apoiar-se na realidade epidemiológica de cada região produz ações equânimes e não igualmente distribuídas²¹.

A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais poderá ser suspensa de maneira integral quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano²².

Observou-se que o acesso programado não é uma realidade para os municípios:

“O paciente procura a UBS e se der, já é agendado, caso a Unidade esteja lotada, faz uma lista de espera e assim que chegar a vez, ele é agendado, e em caso de urgência, o atendimento é feito no mesmo dia.”

“O paciente chega na unidade e a recepcionista dá as opções de dentistas e o paciente é agendado com o escolhido. O paciente que está com dor é atendido no mesmo dia, e depois já é agendado.”

O acesso com equidade necessita ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com as suas necessidades, corrigindo e/ou evitando diferenciações injustas e negativas²³. A ordem de chegada não é o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente. Nesse sentido é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando essa estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. A urgência é um momento importante para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade²⁴.

Uma das ferramentas para a racionalização do fluxo é a utilização da triagem de risco. No entanto, não é utilizada por 52,5% dos municípios. A triagem de risco possibilita identificar os indivíduos, considerando o grau de risco às diferentes doenças bucais, com a finalidade de inserção em ações específicas. Portanto, a racionalização do fluxo, que proporciona a regulação do processo de trabalho baseado na lógica da demanda espontânea, não é realizada pela maioria dos municípios.

É fundamental a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar¹⁷ com a inserção das ações de saúde bucal de forma transversal por linhas de cuidado: da criança, do adolescente, do adulto, do idoso e/ou por condição de vida.

A maior integração correspondeu às ações realizadas com crianças e gestantes. A mãe tem papel fundamental nos padrões de comportamento aprendidos durante a primeira infância, notando-se que ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança¹⁷. No entanto, expandir o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, pois os recursos destinados a essa finalidade, apesar de crescentes, não são suficientes para atender imediatamente todas as potenciais necessidades da população¹³.

A não integração com outras categorias profissionais caracteriza um isolamento dos componentes da área de saúde bucal dentro da unidade e pode ser identificado no discurso do coordenador de saúde bucal, como observado a seguir:

“Faço a minha estratégia própria, pois atuo na saúde da família e cuido da parte burocrática e quanto a equipe odontológica, não participo das decisões e designações.”

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Não se planeja individualmente, de forma intuitiva e pouco sistematizada, sem socializar institucionalmente os projetos elaborados. O planejamento necessita ser realizado em linguagem compreendida e compartilhada por todos, objetivando a parceria em todos os momentos¹², de forma a proporcionar ações efetivas e resolutivas. Se intervenções de saúde pública são introduzidas sem planejamento estratégico para permitir a universalização dos benefícios ou para direcionar recursos adicionais aos grupos com maiores necessidades, acabam exercendo o efeito indesejável de ampliar as desigualdades em saúde¹³.

Os indicadores mencionados como avaliados pelos gestores foram: primeira consulta odontológica programática, índices CEO e CPOD, cobertura populacional estimada pelas ESBs, média de ações coletivas de escovação dentária supervisionada, proporção de exodontias em relação aos procedimentos ambulatoriais. Os três últimos indicadores, citados na maioria das respostas, fazem parte do SISPACTO 2013. Se o gestor entende que precisa saber somente o que o Estado lhe pergunta, então sua necessidade é determinada pelo Estado²⁵. Cabe ressaltar a importância do nível estadual em repensar o seu papel numa posição estratégica na organização da gestão que regula, coordena e avalia os serviços e ações de saúde²⁶.

Na análise dos indicadores do SISPACTO 2013, observou-se inconsistências no registro de procedimentos no sistema de informações que podem ter sido ocasionadas por deficiência, excessos ou ausência de lançamentos. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESS) foi constatada a ausência do registro dos profissionais que trabalhavam na atenção básica por estes estarem cadastrados em CEO, o que pode interferir no resultado do indicador Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal. Outro erro é a ausência ou deficiência nos lançamentos da produção da Ação Coletiva de Escovação Supervisionada. O indicador Proporção de Exodontias em Relação aos Procedimentos Ambulatoriais apresenta redução ou aumento, o que pode caracterizar o modelo de saúde praticado pelo município, se é de promoção de saúde ou mutilatório. No entanto, quando o município implanta ESB na ESF, possibilita o acesso da população com maiores necessidades ao tratamento odontológico e pode ocasionar aumento na proporção de exodontias. Portanto, é necessária a compreensão dos sistemas de informações pelos trabalhadores e gestores com registro de dados confiáveis para utilização nos processos de planejamento e monitoramento dos serviços de saúde.

Um aspecto positivo foi a maioria dos coordenadores relatarem a existência de dados de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal e que utilizam os mesmos para o planejamento. Os levantamentos epidemiológicos realizados mencionados foram de cárie, doença periodontal, fluorose dentária, lesões bucais e necessidade do uso de prótese.

Quando questionados sobre os tipos de parâmetros utilizados, o atendimento direcionado aos escolares é evidenciado na resposta:

“É estabelecido parâmetro em escolas aos 5 anos de idade, alunos que iniciam suas atividades nessa idade.”

Recomenda-se que 75% a 85% das horas contratadas sejam dedicadas à assistência e 15% a 25% a outras atividades (planejamento, capacitação e atividades coletivas) a fim de que sejam realizadas a ampliação e a qualificação da assistência. As atividades coletivas educativas e preventivas podem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar². Inclusive, agentes comunitários de saúde realizam educação em saúde bucal por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE). O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde com a participação da comunidade escolar; envolvendo as ESF e a educação básica. Dentre as ações em saúde previstas no âmbito do PSE está a avaliação da saúde e higiene bucal²⁷.

O processo avaliativo não é comumente utilizado pelos municípios. O fomento da “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e à formação dos

sujeitos envolvidos²⁸. Os processos avaliativos necessitam ser incorporados às práticas dos serviços de saúde, não só para o planejamento, mas para a tomada de decisão⁶. Por meio do acesso virtual ao Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB), por meio de senha pessoal, os gestores municipais, estaduais e federais podem acompanhar o processo de implantação e implementação dos programas no âmbito da atenção básica, desde a sua adesão e monitoramento até a concretização de processos avaliativos que apontem os resultados produzidos²⁹.

Uma potente ferramenta de reflexão e transformação do processo de trabalho é o sistema de informação e-SUS Atenção Básica³⁰ que possibilita uma avaliação com resultados mais confiáveis, visto que, os indicadores apresentam maior qualidade e estão mais próximos ao que é produzido cotidianamente pelas equipes de saúde. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico³¹.

A maioria dos municípios não utiliza os dados epidemiológicos para o planejamento, o que pode ser um obstáculo na elaboração de diagnósticos e análises de situação de saúde. A falta de conhecimento das necessidades locais e a deficiência no monitoramento e avaliação das atividades têm dificultado a obtenção de uma adequada assistência odontológica à população, pois essas práticas constituem ferramentas indispensáveis ao planejamento e à organização das ações em saúde bucal⁶. Embora a odontologia tenha obtido avanços tecnológicos preventivos e curativos no decorrer dos anos, o processo de avaliação dos serviços ainda não é compreendido como uma ferramenta de gestão³².

O mecanismo de avaliação do usuário das ações de saúde bucal está presente na maioria dos municípios. É importante que haja discussões com participação da população sobre a lógica da delimitação da área de abrangência de atuação da equipe e dos serviços a serem disponibilizados³³ para possibilitar um sistema com corresponsabilidade, no sentido de dar maior visibilidade ao planejamento e avaliação das políticas de saúde³⁴. Ouvir o cidadão é fundamental para que a política de saúde bucal praticada possa se consolidar como um modelo de atenção que presta um atendimento bem conceituado e resolutivo para a população³⁵.

O presente estudo tem limitações como não conhecer a formação em saúde coletiva dos profissionais e tempo de atuação na área de gestão em saúde bucal.

Assim, este estudo pode contribuir para a avaliação dos diferentes arranjos assistenciais implantados nos municípios e possibilitou reconhecer que decorridos 30 anos da implementação do SUS as equipes de saúde bucal ainda apresentam dificuldades para executar as ações conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal.

2.7 CONCLUSÃO

Os municípios pesquisados apresentaram diferentes momentos na estruturação do serviço e existem avanços que merecem ser reforçados e compartilhados, no entanto, não estão sendo utilizados critérios adequados na gestão de saúde bucal para aprimorar a organização do acesso, do processo de trabalho e da avaliação. É necessário realizar capacitações de gestores e membros das equipes de saúde bucal para a reorganização, monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal na atenção básica, segundo a lógica da educação permanente, fundamentadas na universalidade e integralidade da atenção.

2.8 REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
4. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(Suppl):s146-s157.
5. Frazão P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. *Cad Saúde Pública*, 2009; 25(4):712-713.
6. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Júnior, JLACA, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4):2189-2196.
7. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(2):373-382.
8. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull* 1992; 18(11):356-360.
9. Brasil. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a

reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo* 2006; 29 dez.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
11. Garbin C, Garbin A, Dos Santos K, Lima D. Oral health education in schools: promoting health agents. *Int J Dent Hyg* 2009; 7(3):212-216.
12. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba (SP): Faculdade de Odontologia; 2000.
13. Antunes JLF; Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(2):360-365.
14. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS Bol Inst Saúde* 2010; 12(2):109-114.
15. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cienc Saude Coletiva* 2007; 12(Suppl):1819-1829.
16. Costa AO, Silva LP, Saliba O, Garbin AJI, Moimaz SAS. A participação do auxiliar em saúde bucal na equipe de saúde e o ambiente odontológico. *Rev Odontol UNESP* 2012; 41(6):371-376.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
18. Farfán J, Valenzuela MT. Incorporación de los odontólogos en los procesos de transformación al modelo de salud familiar de la atención primaria en Chile. *Rev Chil Salud Pública* 2014; 18(1):72-80.
19. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
20. Brasil. Deliberação CIB 34/2012. Aprova as diretrizes e estratégias para estruturação da Política Estadual de Atenção Básica do Estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado de São Paulo* 2012; 25 maio. Available from: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.mai.12/Iels99/E_D_L-CIB-34_2012.pdf
21. Saliba NA, Moimaz SAS, Fadel CB, Bino LS. Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. *Robrac* 2010; 18(48):62-66.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Centro de Especialidades Odontológicas*. [Acessado 2014 set 9]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Organização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde; 2008.
25. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Pública* 2011; 45(1):24-30.
26. Ohira RHF, Junior LC, Nunes EFPA. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil, *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(11):393-400.
27. Brasil. Decreto nº6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 6 dez.
28. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2004; 4(3):317-321.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Gestor. Atenção Básica [acessado 2015 jul 4]. Disponível em : http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php?acesso_negado=true.
30. Brasil. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação e Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial da União* 2013;11 jul.
31. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. e-SUS Atenção Básica. [acessado 2015 jul 4]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.
32. Melo LMLL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Marques BM; Saliba NA. Avaliação do impacto dos programas governamentais em saúde sob a ótica do gestor. *Rev Paul de Odontol* 2013; 36(1):24- 29.
33. Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saude Soc* 2011; 20(3): 821-828.
34. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Cienc Saude Coletiva* 2010; 15(5):2437-2445.
35. Lima, AMC. Avaliação e resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. [tese]. Araçatuba (SP): Faculdade de Odontologia; 2015

3 CAPÍTULO 2 - Proposta de um roteiro de avaliação da saúde bucal na atenção básica

3.1 RESUMO

O objetivo nesse estudo foi analisar o funcionamento do serviço de saúde bucal em um município e desenvolver uma proposta de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva. O local da pesquisa foi Pereira Barreto, SP, por apresentar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial estruturante do Sistema de Atenção à Saúde (SAS) em 100% da população; equipes de saúde bucal implantadas; atenção secundária em saúde bucal e facilidade de acesso às informações e ao serviço. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com o gestor, seis cirurgiões-dentistas, seis auxiliares de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. Foram realizadas também análise documental do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Agenda de Saúde Bucal e observação *in loco* da estrutura odontológica. O município oferta serviços de saúde bucal com integração entre atenção básica e especializada, sendo a atenção básica ordenadora da rede. O PMS apresenta descrição detalhada da situação geral do município; a ASB preconizada em fase de implantação, contempla os três eixos de atuação da ESF: unidade de saúde, família e comunidade. O inquérito identificou que a principal forma de acesso da população aos serviços era a demanda espontânea; havia duas equipes de saúde da família sem equipes de saúde bucal. A análise do funcionamento do serviço possibilitou desenvolver uma proposta de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica para subsidiar o gestor na definição de estratégias de intervenção.

Palavras-chave: Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Gestão em saúde.

3.2 ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the functioning of the oral health service in a municipality and develop a proposal for evaluation of the organization of oral health actions of primary care. This is a quantitative and qualitative, descriptive research. The research site was Pereira Barreto, SP, to present the Family Health Strategy (FHS) as a structural model of care Care System Health (SAS) in 100% of the population; oral health teams deployed; secondary dental care and ease of access to information and service. Data were obtained through interviews with the manager, six dentists, six dental health aides and six community health agents. Were also carried out documentary analysis of the Municipal Health Plan (SMP), Oral Health Agenda and on-site observation of the dental structure. The municipality offer oral health services with integration of basic and specialized care, and basic ordering network attention. The PMS presents detailed description of the general situation of the municipality; ASB recommended in the implementation phase, covers the three areas of ESF activity: health unit, family and community. The survey found that the main form of access of the population to services was the spontaneous demand; there were two health teams of the family without oral health teams. The analysis of the operation of the service made it possible to develop a proposal for evaluation of the organization of oral health actions of primary care to support the manager in the definition of intervention strategies.

Descriptors: Oral health. Primary health care. Health evaluation. Health management.

3.3 INTRODUÇÃO

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família trouxe para a prática um modelo de vigilância à saúde que enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças¹. Um dos maiores desafios para os gestores, na medida em que assumem o compromisso de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidado e reabilitação dos indivíduos com a racionalização na utilização dos recursos ao focar a saúde das pessoas no meio social e físico em que vivem e trabalham e não apenas a enfermidade individual².

Nesse modelo, centrado no usuário, a incorporação do diagnóstico como prática nos diversos níveis de atenção é um importante instrumento do serviço de saúde prestado para a identificação dos problemas e ações exitosas. O diagnóstico possibilita ao gestor prever a necessidade de uma ação para não ser “pego de surpresa” por uma demanda que não havia planejado³.

As ações e serviços de saúde construídos, a partir do conhecimento da realidade de cada localidade, promovem uma prática efetivamente necessária e resolutive. Portanto, considerando que a gestão da saúde é difícil por causa da complexidade dos problemas a serem resolvidos e da natureza dos serviços prestados⁴ e que muitos gestores assumem o serviço sem conhecimento para o exercício da função, este estudo propõe um protocolo de avaliação diagnóstica na atenção básica de saúde bucal que contribuirá para a definição de estratégias de intervenção.

3.4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantiqualitativa, descritiva realizada no município de Pereira Barreto, uma Estância Turística localizada no noroeste do Estado de São Paulo com 24.962 habitantes⁵. O Plano Municipal de Saúde, período 2014-2017⁶ relata que a população é predominantemente urbana e a zona rural corresponde a 7% do total da população; percentual que sofre variação durante o ano pelos acampamentos dos sem-terra. A atividade econômica do município está baseada no setor de serviços, agropecuária e cana-de-açúcar.

O município de Pereira Barreto está localizado na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Araçatuba, (DRS II), São Paulo, Brasil.

Os critérios para escolha do local do estudo foram: adoção pelo município da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial estruturante do Sistema de Atenção à Saúde (SAS), atendendo 100% da população urbana, existência de equipe de saúde bucal implantada em seis Equipes da Saúde da Família, existência de um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e facilidade de acesso ao serviço e às informações.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, empregando-se formulário semiestruturado com 19 profissionais: o coordenador municipal de saúde bucal (Anexo A), seis cirurgiões-dentistas (CD) (Anexo B), seis Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) (Anexo C), seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Anexo D), sendo um de cada Equipe da Saúde da Família com Saúde Bucal. Os questionários foram pré-testados em outro município para a realização de modificações necessárias e os dados foram processados por meio do programa Microsoft Excell 2008.

O método da análise de conteúdo foi utilizado para as questões abertas e o resultado do inquérito foi descrito nas seguintes dimensões: infraestrutura odontológica, acesso e regulação, organização do processo de trabalho e estratégias de avaliação. Foram também realizadas a análise documental do Plano Municipal de Saúde (PMS) e da Agenda de Saúde Bucal e a observação *in loco* da estrutura odontológica. No PMS do município de Pereira Barreto, foram verificadas as seguintes variáveis de acordo com a portaria nº 2.135⁷ – 1) Análise situacional - estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições socio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde. 2) Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. 3) Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores. 4) Processo de monitoramento e avaliação.

Na Agenda de Saúde Bucal foram analisadas ações que contemplam os três eixos de atuação da Equipe da Saúde da Família (ESF): unidade de saúde, família e comunidade.

Quanto à observação *in loco* foi avaliado o estado de conservação dos equipamentos, material de consumo disponível e processo de trabalho das equipes de saúde bucal implantadas nas ESF.

Após a coleta dos dados, iniciou-se a construção do diagnóstico situacional; fundamentado em referências teóricas e correlacionado com a prática encontrada. Os resultados foram problematizados em oficina realizada no município com os atores

envolvidos, fundamentada na Política Nacional da Atenção Básica e da Saúde Bucal. (Anexo J)

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- FOA/Unesp, processo 32482613.3.0000.5420 em 2014. Os profissionais foram informados a respeito do objetivo do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 RESULTADO E DISCUSSÃO

A realização do diagnóstico situacional do serviço por meio da análise do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Agenda de Saúde Bucal, da observação *in loco* e inquéritos com equipes de saúde proporcionou melhor compreensão do modelo de saúde bucal preconizado no município com a atenção básica sendo a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Embora a construção do protocolo ser baseada na experiência do modelo da saúde da família, poderá ser válido para outros arranjos assistenciais, desde que sigam as premissas da Política Nacional da Atenção Básica e da Saúde Bucal.

Análise documental

Vários documentos podem ser fonte de informações sobre a saúde bucal municipal. No município de Pereira Barreto foi analisado o PMS biênio 2014-2017, um instrumento central de planejamento para implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS por um período de quatro anos. Nele são explicitados os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população⁷.

No PMS analisado, observou-se que o relato foi elaborado de forma participativa, com representantes de usuários, trabalhadores e gestores; bem como aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde; está apresentado de forma estruturada, com a definição clara dos objetivos gerais e específicos, descrição detalhada da situação geral do município, análise crítica dos dados epidemiológicos e propostas de intervenção nos problemas identificados; destacam-se estratégias de intervenção para a resolução dos problemas como a ampliação e melhoria da infraestrutura, necessidade de admissão de recursos humanos e financeiros. Observou-se também

no relato que há demanda reprimida em atendimento odontológico da população adulta e que são priorizados grupos de risco na agenda de trabalho da equipe.

No item “Estrutura de Saúde” do PMS, notou-se que o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) não foi mencionado. O município foi habilitado para receber do governo federal um recurso mensal para confecção de próteses dentárias de acordo com uma faixa de produção⁸. Vale ressaltar também a ausência da inclusão das ações de saúde bucal nas redes de atenção e do hetero-controle do flúor nas águas de abastecimento realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde de Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social (Nepesco) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- FOA/Unesp.

Outra ação relevante a incluir no PMS, constatada através da observação *in loco*, é a integração da saúde bucal com a Educação por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE), com a escovação supervisionada e ação educativa realizada pelos agentes comunitários de saúde no ambiente escolar.

Entrevistas

Caracterização da infraestrutura

Verificou-se que o modelo assistencial adotado pelo município de Pereira Barreto é 100% saúde da família, com seis ESB implantadas na ESF, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) a principal porta de entrada para o sistema, com foco na família e não restrito a faixas etárias específicas. Historicamente, o município realizava um modelo de saúde bucal com atendimento voltado aos escolares. A mudança do modelo assistencial com a saúde bucal incorporada à ESF promove o aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo⁹. Também proporciona maior abrangência das ações voltadas à promoção e prevenção, priorizando as atividades coletivas e o atendimento aos grupos específicos¹⁰.

A gestão municipal assegura serviços de especialidades odontológicas como referência para atenção básica. Encontram-se implantados um CEO e um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). O CEO iniciou as atividades em 2013 como CEO tipo I, com três cadeiras odontológicas. O CEO realiza procedimentos na área de endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, atendimento a pessoas com deficiência e diagnóstico bucal para detecção do câncer bucal. Existe demanda reprimida para atendimento de endodontia, ratificando que a expansão da rede

assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica⁹. O LRPD realiza a confecção de próteses totais e removíveis.

Os recursos humanos são insuficientes para efetuarem o trabalho odontológico. Estão implantadas seis ESB para oito ESF. A não cobertura de 100% da população gera uma grande demanda espontânea em algumas áreas. Além do déficit de duas equipes de saúde bucal, a existência de uma população flutuante, composta por cortadores de cana, acampamentos, assentamentos, altera o perfil epidemiológico, populacional e social, aumentando a demanda pelo serviço. Para a reorganização das ações e dos serviços em saúde bucal, o critério de uma ESB para cada ESF pode garantir os serviços básicos de saúde bucal em todas as unidades de saúde.

O município está contemplado no “Programa Sorria São Paulo” do governo do Estado. O “Programa Sorria São Paulo” foi criado em 2006 com o objetivo de contribuir para a manutenção, ampliação e modernização de serviços em saúde bucal do SUS, no nível da atenção básica. Os entrevistados relataram que o material de consumo é suficiente e de ótima qualidade para a realização dos atendimentos. Na observação *in loco*, os equipamentos odontológicos encontravam-se em bom estado de conservação.

O Conselho Municipal de Saúde funciona em sede própria e os Conselhos Locais de Saúde estão implantados nas UBS e no CEO; realizam o acompanhamento das ações desenvolvidas no município e na UBS do bairro, respectivamente⁶. Dessa forma, a participação popular assegura uma gestão comprometida com os interesses coletivos.

A atenção básica inicia o cadastramento dos usuários no e-sus Atenção Básica para a operacionalização do Sistema em Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). O e-sus é um software que operacionaliza o SISAB que passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica¹¹.

Acesso e regulação

Os entrevistados mencionaram as seguintes formas de acesso dos pacientes ao tratamento odontológico: demanda espontânea, encaminhamento pelos ACS, grupos programáticos e utilização de critérios de risco.

As triagens de risco são realizadas por todas as ESB nos escolares e em algumas UBS. As triagens podem ser realizadas nas seguintes situações: nas unidades de saúde com grupos constituídos, na comunidade, nos domicílios para planejamento, organização e encaminhamento para atendimento e nos exames para diagnóstico de câncer bucal¹². É importante que as triagens sejam realizadas nas UBS para organização do trabalho a partir da vulnerabilidade dos usuários, dando encaminhamento responsável e resolutivo às demandas¹³.

A guia de referência e contrarreferência é o documento adotado para encaminhamento dos pacientes aos serviços de especialidades. Referência e contrarreferência é o mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços¹⁴. O bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência é fundamental para conclusão dos tratamentos e, conseqüentemente, maior resolutividade do serviço.

Organização do processo de trabalho

O processo de planejamento nas unidades de saúde envolveu todas as equipes de SB. A integração, na maioria, correspondeu às ações realizadas com crianças, gestantes, grupos de hipertensão, *diabetes* e com menor participação nos grupos de adolescente. O planejamento compartilhado possibilita compreender os principais problemas e necessidades da população. Não se planeja individualmente, de forma intuitiva e pouco sistematizada sem socializar institucionalmente os projetos elaborados¹⁵.

A reunião da equipe local ocorre semanalmente e mensalmente com a coordenação. O recomendado são 04 hs semanais para realização de reunião com todos os membros da equipe, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que assistem zonas rurais, recomendam-se duas reuniões mensais de 4 hs. Não são consideradas as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB¹⁶.

Como ação intersetorial, os agentes comunitários de saúde realizam escovação supervisionada por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE). O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde com a participação da comunidade escolar; envolvendo as ESF

e educação básica. Dentre as ações em saúde previstas no âmbito do PSE está a avaliação da saúde e higiene bucal¹⁷. Mensalmente, os ACS realizam ações educativas nas escolas. Para as atividades educativas de promoção e prevenção à saúde recomenda-se o mínimo de dez participantes e duração mínima de 30 min¹². Na UBS podem ser realizadas atividades educativas de promoção e prevenção durante o tempo de espera para o atendimento.

Um fator positivo identificado é não haver acúmulo de funções para o coordenador de saúde bucal entre atividades de gestão e atendimento odontológico. O gestor acompanha o desempenho das atividades executadas por cada equipe por meio de avaliações mensais dos indicadores de saúde e de relatórios produzidos, reuniões na secretaria de saúde e visitas às UBS¹⁸.

Foi relatado nas entrevistas que estão em funcionamento as seguintes Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. As ações de saúde bucal estão inseridas nas Redes Cegonha por meio do acompanhamento às gestantes e bebês e nas redes de Doenças Crônicas como *diabetes*, hipertensão e obesidade.

O incentivo financeiro do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é repassado para os funcionários das equipes de saúde da atenção básica que obtiveram certificação ótima e boa. O PMAQ é um programa do governo federal que tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente¹⁹.

No Plano Municipal de Saúde (2014-2017), o gestor afirma que há demanda reprimida em atendimento odontológico da população adulta e durante a aplicação do inquérito, o discurso do cirurgião-dentista demonstrou a dificuldade em lidar com a demanda espontânea:

“Os pacientes chegam a qualquer hora e já querem ser atendidos, são sem noção.”

A maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados relatou dificuldade de priorizar grupos de risco e cumprir a agenda existente no município:

“Não está havendo condições de seguir a agenda porque a demanda é muito grande.”

No entanto, a implantação efetiva da agenda existente foi reconhecida como um instrumento para a reorganização da demanda municipal.

Para a construção da agenda é importante que a equipe aproprie-se do território de abrangência, que seja construída a partir do diagnóstico realizado, da priorização de necessidades definidas em reunião da equipe; bem como da análise do relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)²⁰.

Percebe-se o reconhecimento do território de atuação pelo cirurgião-dentista:

“A maior dificuldade é a distância. A área tem muito idoso, o consultório está na área da equipe 8 e atende a 8 e 9.”

“A dificuldade é a distância da zona rural ao centro odontológico.”

É fundamental reconhecer as barreiras geográficas, o perfil populacional e a cobertura da equipe para planejar uma agenda de saúde bucal com ações direcionadas aos grupos mais vulneráveis. A cobertura odontológica de todas as famílias da área de abrangência, uma ESB para cada ESF pode possibilitar o acesso universal e igualitário.

Encaminhamentos internos garantem o atendimento de trabalhadores da própria unidade; o agendamento de escolares é realizado após triagem realizada pelo CD; a demanda espontânea possui dias estabelecidos; os retornos programados após a primeira consulta são baseados na necessidade ou risco do usuário e são contempladas as visitas domiciliares.

O acolhimento com classificação de risco estava em fase de implantação no município. O acolhimento é uma ferramenta da Política Nacional de Humanização em que o usuário é atendido de acordo com a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. Tal procedimento foi incluído na tabela do SUS por meio da portaria nº 1.442 de 17 de dezembro de 2014²¹.

Estratégias de avaliação

Quando questionados se a ESB utiliza resultados de índices epidemiológicos de saúde bucal para o planejamento e avaliação das ações na área de abrangência, 100% dos entrevistados responderam negativamente; relataram que foi realizado levantamento epidemiológico no município como um todo; reconhecem a importância de realização do levantamento epidemiológico na área de abrangência da equipe. Os dados de levantamentos epidemiológicos periódicos, principalmente da área de abrangência da equipe, são fundamentais para o diagnóstico das necessidades, para

o planejamento, para a execução e para a avaliação das ações de saúde bucal²². Nas áreas de abrangência das equipes são realizados critérios de risco em escolares.

Para nortear as ESB quanto à produtividade são utilizados parâmetros em todas as equipes. Parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde²³.

As avaliações e o acompanhamento dos resultados alcançados são realizados mensalmente por todas as equipes por meio dos dados de produção e discutidos em reunião. Diariamente, os cirurgiões-dentistas realizam o lançamento da produção em computadores das UBS. É importante que se avalie a saúde no nível local para identificar as dificuldades enfrentadas visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados.²⁴

Quanto à existência de mecanismo para ouvir a população sobre a satisfação das ações na área da odontologia, 100% responderam que aplicam um formulário padronizado. É importante que seja realizada a percepção do usuário para dimensionar o reflexo das ações que vêm sendo desenvolvidas no setor de saúde e serve como vetor de direcionamento e planejamento do serviço²⁵.

Os Quadros 1 e 2 apresentam propostas de avaliação das ações de saúde bucal na atenção básica, com a fonte da coleta e o referencial teórico utilizado para análise dos dados do PMS, questionário aplicado e agenda de saúde bucal, importantes para subsidiar o gestor na tomada de decisões. Essas propostas são resultantes de uma construção baseada no estudo realizado em Pereira Barreto, na Política Nacional de Saúde Bucal e na literatura.

Quadro 1. Proposta de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica no PMS.

Dimensões	Itens a serem analisados		Sugestões para avaliação da área de Saúde Bucal	Referência
Análise situacional	Estrutura do sistema de saúde	Vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência, assistência farmacêutica, Secretaria Municipal de Saúde	Fluoretação das águas de abastecimento público; hetero-controle do flúor; tipo de estratégia adotada na atenção básica: -saúde da família: implantação da Saúde Bucal nas Equipes da Saúde da Família, ações de Saúde Bucal nos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família); -modelo tradicional: identificação dos estabelecimentos que desenvolvem ações de saúde bucal: UBS, consultórios isolados, centros odontológicos, unidades móveis; ações de saúde bucal desenvolvidas no PSE; CEO; LRPD; Odontologia no serviço hospitalar; Cargo de coordenador de saúde bucal.	Portaria nº 2.135, SISPACTO, Diretriz da Política Nacional de Saúde Bucal, DEC 6.286/2007: PSE, Nota Técnica Nº 01/2014 MS, Resolução 124- CFO, Portaria 2488: Política Nacional da AB
	Redes de Atenção em Saúde	Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção às Doenças Crônicas, Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência.	Inserção da Saúde Bucal nas redes.	Portaria nº 1.459; Portaria nº 3.088; Portaria nº 1.600; Portaria nº 483; Portaria nº 793
	Condições Socio sanitárias	Perfil sociodemográfico e perfil epidemiológico	Índices de SB por grupo etário ou por grupo específico: cárie dentária: ceo, CPOD 12 anos, % de crianças livres de cárie aos 5 anos e outros.	Diretrizes para Atenção Básica em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-2009.
	Fluxos de Acesso	UBS, hospital, AME, Centro de apoio à saúde da família.	Triagem de risco; Fluxos aos CEOS e aos LRPD, Guia de referência e contrarreferência.	
	Financiamento	Recursos financeiros municipal, estadual e federal.	Recurso financeiro para SB recebido das 3 esferas de governo, incluindo programas especiais.	Recursos ESB, CEO, LRPD, Programa Sorria São Paulo

Dimensões	Itens a serem analisados		Sugestões para avaliação da área de saúde bucal	Referência
Análise situacional	Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.	Formação e capacitação	Ações de educação permanente e continuada em saúde bucal, integração da SB com o processo de trabalho, na atenção básica, redes de saúde e gestão.	Portaria nº 2.135- PMS SISPACTO; DEC 6.286/2007: PSE; Diretriz da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).
	Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.	Pesquisas epidemiológicas em saúde bucal	Participação do município em pesquisas universitárias e governamentais (exemplo: levantamento das condições de saúde bucal da população do Estado de São Paulo em escolares e em domicílios).	
Objetivos, diretrizes, metas e indicadores	Diretrizes e metas a serem alcançadas que contribuirão para atingir os objetivos.	Sispacto: indicadores pactuados nos três níveis governamentais e outros; Relatórios da Conferência Municipal de Saúde.	Exemplos de indicadores de saúde bucal: cobertura populacional das equipes de saúde bucal na atenção básica, média de ação coletiva de escovação dentária supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, taxa de tratamentos concluídos em relação aos iniciados, etc.	BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno: Metas e Indicadores para Composição da Parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública. Brasília, 2012.
Monitoramento e avaliação	Instrumentos de acompanhamento e avaliação.	Formulário de satisfação do usuário; Parâmetros de cobertura e produtividade, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção à Saúde; Indicadores e metas previstas no PMS.	A SB inserida nos processos de avaliação. A participação do gestor, trabalhador e usuário nos processos de avaliação do serviço de saúde.	PNSB, Portaria nº 1.654: PMAQ AB, PMAQ CEO PMS.

Quadro 2. Proposta de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica no questionário e na agenda de saúde bucal.

Instrumento	Dimensões	Itens analisados no questionário e agenda de saúde bucal	Referência
Questionário	Infraestrutura	Recursos Físicos- nº de unidades prestadoras de serviço odontológico: UBS, CEO, LRPD, consultórios isolados, Unidades Móveis, Centro Odontológico. Recursos Humanos- CD, ASB, TSB, ACS.	Portaria nº 2.488; Diretriz da Política Nacional de Saúde Bucal; Política Nacional de Humanização e de Educação Permanente.
	Acesso e regulação	Demanda espontânea, grupos prioritários, triagem de risco, guia de referência e contrarreferência.	
	Organização do processo de trabalho	Modelo assistencial adotado, planejamento, intersetorialidade, trabalho em equipe: multiprofissional e interdisciplinar, Redes de Atenção em Saúde, Grupo Técnico de Humanização, acolhimento com classificação de risco.	
	Estratégias de avaliação	Formulário de satisfação do usuário, parâmetros de cobertura e produtividade, PMAQ.	
Agenda de saúde bucal	Grupos prioritários	Escolares, gestantes, pacientes com hipertensão, pacientes com diabete, idosos, bebês, participantes do bolsa-família, outro.	Relatório do SIAB, portaria nº 2. 488, PNSB, Agenda de Saúde Bucal preconizada no município.
	Urgência e demanda livre	Periodicidade diária	
	Reunião de equipe	Periodicidade: semanal ou outro, integração com a ESF.	
	Visitas domiciliares	Agendadas de acordo com a necessidade.	
	Atividades administrativas	Lançamentos da produção diária em banco de dados.	
	Avaliação de risco	Escolares, grupos prioritários da UBS e outros grupos, campanhas.	

3.6 CONCLUSÃO

O município oferta serviços de saúde bucal com integração entre atenção básica e especializada, sendo a atenção básica ordenadora da rede, entretanto, a demanda espontânea ainda é um desafio a ser enfrentado. O conhecimento do serviço de saúde bucal proporcionou a construção de uma proposta de avaliação da organização das ações de saúde bucal da atenção básica para subsidiar o gestor que realiza a coordenação de saúde bucal municipal, na importante definição de estratégias de intervenção. A proposta elaborada é um direcionamento para a execução das ações de Saúde Bucal. Cabe a cada gestor definir a melhor intervenção de acordo com a sua realidade local.

3.7 REFERÊNCIAS

1. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJL, Souza WVS, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Suppl):S146-57.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007a.
4. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Adm Pública*. 1992;26(2):8-19.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@Pereira Barreto [cited 2015 Apr 25]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=353740>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017 [cited 2015 Apr 25]. Available from: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, 2013 Set 26* [cited 2015

- Apr 25]. Available from:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
8. Brasil. Portaria nº 4.262, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios. Diário Oficial da União, Brasília, 2010 Dec 31 [cited 2015 apr 25]. Available from:
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria4262_30_12_10.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Farias MAV, Moura ERF. Saúde bucal no contexto do programa saúde da família do município de Iracema, no Ceará. Rev Odontol UNESP. 2003;32(2):131-7.
11. Brasil. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013b. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção (SISAB). Diário Oficial da União, Brasília, 2013 Jul 11 [cited 2015 apr 25]. Available from:
<http://www.revodontolunesp.com.br/files/v32n2/v32n2a09.pdf>
12. Secretaria da Saúde de São Paulo. Manual de orientações em saúde bucal para o SUS no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2010 [cited 2014 Sept 12]. Available from:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-bucal/documentos-tecnicos/manual_de_orientacoes_em_saude_bucal_para_o_sus_no_ambito_do_estado_de_sao_paulo.pdf.
13. Chagas HMA, Vasconcellos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. Saúde Soc. 2013; 22(2):377-88.
14. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(3):3579-86.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

17. Brasil. Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007b. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2007 Dec. 6 [cited 2015 apr 25]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
18. Coriolano MWL, Albuquerque GA, Araújo NS, Oliveira MA, Lima MM. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2447-54.
19. Brasil. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília, 2011 Jul 20 [cited 2015 apr 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.htm
20. Brasil. Ministério da Saúde. SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica [cited 2015 Apr 25]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>
21. Brasil. Portaria nº 1.442, de 17 dezembro de 2014b. Inclui na Tabela de Procedimentos do SUS o procedimento Acolhimento com Classificação de Risco. Diário Oficial da União, Brasília, 2014 Dec 18 [cited 2015 Apr 25]. Available from: http://www.lex.com.br/legis_26308252_PORTARIA_N_1442_DE_17_DE_DEZE_MBRO_DE_2014.aspx
22. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. SUS no Estado de São Paulo: atualizações para os gestores municipais. São Paulo: PoloBooks; 2013.
23. Brasil. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2015 Oct 2.
24. Saliba, N. A., Garbin, C. A. S., Gonçalves, P. E., Santos, J. G., de Souza, N. P., & Moimaz, S. A. S. (2013). Plano municipal de saúde: Análise do instrumento de gestão. *Bioscience Journal*, 224-230.
25. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* 2010;20(4):1419-40.

4. CAPÍTULO 3- Agenda como ferramenta de organização da demanda em saúde bucal

4.1 RESUMO

O objetivo neste estudo foi analisar a implantação de uma agenda construída de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, como ferramenta facilitadora na reorganização do processo de trabalho para a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal. Trata-se de uma pesquisa-ação realizada em um município do Estado de São Paulo. A seleção do município teve como critérios: a existência de Equipes de Saúde Bucal - ESB na Estratégia Saúde da Família - ESF; atenção primária e secundária em saúde bucal e facilidade de acesso às informações e ao serviço. Os dados foram obtidos por meio de análise documental, entrevistas e observação *in loco*. Foram analisados o Plano Municipal de Saúde, o relatório do Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade do Ministério da Saúde, entrevistados o gestor e 18 profissionais das equipes de saúde. Os resultados estão apresentados em três dimensões: construção da agenda; atividades realizadas e avaliação da agenda implantada em uma Unidade Básica de Saúde - UBS. No período de quatro meses antes e quatro meses após a instituição da agenda foram avaliadas as variáveis referentes às características dos atendimentos realizados. Verificou-se que houve aumento na cobertura em 63% de pacientes atendidos em primeira consulta, redução de 30% dos casos de urgência, aumento de 11% na cobertura de tratamentos completados e aumento no número de procedimentos. Conclui-se que a agenda foi facilitadora na reorganização do processo de trabalho e ampliação da assistência de forma a promover o aprimoramento da atenção em saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Agenda de saúde. Avaliação em saúde. Gestão em saúde.

4.2 ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the implementation of a built-in agenda in accordance with the principles and guidelines of SUS, as a facilitating tool in the reorganization of the work process to improve access to oral health services. This is an action research carried out in a municipality of São Paulo. The city's selection had as criteria: the existence of Oral Health Teams - ESB in the Family Health Strategy - ESF; primary and secondary dental care and ease of access to information and service. Data were obtained through analysis of documents, interviews and on-site observation. The Municipal Health Plan were analyzed, the Monitoring Program and Evaluation of the Ministry of Health Quality report and interviewed the manager, 18 professional health teams. The results are presented in three dimensions: construction agenda; activities performed and evaluation of the implanted schedule in a Basic Health Unit - UBS. In the four months before and four months after the establishment of the agenda were evaluated the variables related to the characteristics of the services rendered. It was found that there was an increase in coverage in 63% of patients at first consultation, 30% of emergency cases, 11% increase in completed treatment coverage and increase the number of procedures. It is concluded that the agenda it was facilitating the reorganization of the work process and expansion of the form of assistance to promote the improvement of oral health care.

Keywords: Oral health. Health agenda. Health evaluation. Health management

4.3 INTRODUÇÃO

A saúde bucal na ESF representa um grande desafio para os gestores quando assumem o compromisso de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação dos indivíduos com a racionalização no uso dos recursos. Situação agravada quando a gestão é realizada sem planejamento, ficando a atenção atrelada à demanda espontânea.

Nesse contexto, a utilização de ferramentas para a organização do processo de trabalho faz-se necessária para garantir a equidade e integralidade das ações.

Uma dessas ferramentas é a agenda, um recurso-chave para otimizar o tempo; priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde bucal da população. (Brasil, 2012a)

O planejamento dos serviços pela utilização da agenda é importante para conferir direcionalidade às ações, às tomadas de decisões, racionalização de procedimentos, além de promover a organização da rotina do trabalho, compartilhamento da responsabilidade pelos resultados e possibilitar o acesso ao serviço com equidade.

A agenda é um documento de planejamento das ações da equipe de saúde bucal solicitado na avaliação externa do Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade (PMAQ), (Brasil, 2012b) realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições de ensino e pesquisa.

Considerando que grande parte dos serviços trabalha com livre demanda, e que são grandes as desigualdades no acesso aos serviços (Barros e Bertoldi, 2002), este estudo analisa uma agenda municipal de saúde bucal que possui como linha orientadora as diretrizes do SUS.

4.4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa ação, quantiquantitativa, descritiva, realizada em um município, do Estado de São Paulo, Brasil.

A escolha do local da pesquisa teve como critérios: existência no município de serviços de atenção primária prestados pelas ESB implantadas nas ESF, atenção secundária de saúde bucal: Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e facilidade de acesso às informações e ao serviço odontológico. O município selecionado foi Pereira Barreto por contemplar os critérios e ainda ter conquistado o sexto lugar na categoria nacional do Prêmio Brasil Sorridente e primeiro lugar na categoria

estadual de municípios com até 50 mil habitantes, pelos trabalhos realizados pela gestão municipal na área da saúde bucal.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com o gestor e com 18 membros das equipes de saúde, bem como por meio da análise documental do Plano Municipal de Saúde, do relatório do PMAQ, realizado pelo Ministério da Saúde em 2013 e do relatório da produção ambulatorial de saúde bucal. Foi realizado termo de parceria com o gestor municipal. (Anexo H). Os questionários foram pré-testados em outro município para a realização de modificações necessárias.

Após a primeira coleta de dados foram realizadas oficinas *in loco* para exposição e problematização da importância da agenda no planejamento e avaliação do processo de trabalho, fundamentadas na literatura, nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, e Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2004 e Brasil 2011).

A agenda foi implantada no município em fevereiro de 2015. Os procedimentos odontológicos da atenção básica, obtidos do relatório de produção ambulatorial municipal, foram analisados quatro meses antes e quatro meses após a instituição da agenda em uma ESB. Os critérios para seleção da ESB foram apresentar dados completos da produção e não interrupção do atendimento odontológico por motivo de férias, licença ou outras atividades.

No estudo foram definidas três dimensões para apresentação dos dados coletados: construção da agenda, atividades realizadas e avaliação da agenda utilizada em uma ESB.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, processo 32482613.3.0000.5420 em 2014 (Anexo F). Os profissionais foram informados a respeito do objetivo do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 RESULTADO

A importância de uma agenda de saúde bucal foi identificada na análise do Plano Municipal de Saúde biênio 2014-2017; nas respostas dos entrevistados e no resultado da avaliação do PMAQ-2013.

A agenda foi elaborada no município em 2012-2013 por meio de oficinas com as equipes envolvidas.

Trechos da fala do gestor foram destacados para melhor compreensão da construção da agenda de saúde bucal.

“Nessa agenda 2012-213 foram contemplados os grupos prioritários: criança, adolescente, gestante, idoso, hipertenso, diabético. Para os adultos que não se encaixavam nestes grupos não havia espaço na agenda, a não ser atendimento na urgência.”

O encaminhamento dos pacientes com hipertensão e *diabetes* que apresentavam necessidade de atendimento odontológico era realizado pelos enfermeiros, porém pouco se encaminhava:

“Não houve discussão de critérios: seriam encaminhados todos os pacientes com hipertensão e diabetes? Por critério de risco? Todos os inscritos? Não havia registro no prontuário de quem tinha sido encaminhado ou planilha de controle.”

Assim, cada dentista adequou sua agenda sem prévia discussão com a gestão para rever e adequar às necessidades do município.

O problema foi levado no Conselho Municipal de Saúde, principalmente, pelos representantes dos conselhos locais e houve questionamentos realizados pelos conselheiros:

“Por que quem precisa de atendimento não é atendido? Para ser atendido, precisa ser diabético e hipertenso?”

O Conselho de Saúde foi esclarecido sobre como acontecia a agenda em cada ESF, o problema foi discutido e houve a proposta de rever a agenda. A avaliação da agenda foi realizada pela gestão:

“Ao analisar os dados percebeu-se que cada equipe estava trabalhando de uma maneira. Essa análise foi possível porque os dentistas responderam as questões expostas pela gestão de acordo com a realidade, com o que acontecia de fato na sua equipe.”

A partir daí, a coordenação da saúde bucal se reuniu com a equipe e trabalharam uma nova proposta que obteve resultados positivos conforme discurso do gestor:

“Atualmente, não há relato de reclamação na Secretaria de Saúde de usuários que não conseguem atendimento no dentista, e esta era a grande reclamação no setor de saúde bucal.”

1. Construção da agenda

A agenda foi construída a partir do diagnóstico das necessidades existentes.

Definiu-se o número de consultas de demanda espontânea e programada a serem disponibilizadas, o número de consultas destinadas aos retornos de rotina dos pacientes programados, urgências, reunião de equipe, atividades administrativas e educativas, avaliação de risco. Contemplam-se grupos de gestantes, idosos, pacientes com *diabetes*, hipertensão, beneficiários do bolsa-família, escolares, bebês. (Quadro 1)

Quadro 1: Agenda de saúde bucal preconizada em Pereira Barreto, SP.

Manhã	Manhã	Manhã	Manhã	Manhã
1ª consulta livre	Pac. com hipertensão-retorno	Escolar -1ª consulta	Pac. com <i>diabetes</i> retorno	paciente especial/bolsa família
1ª consulta livre	Pac. com hipertensão retorno	Escolar retorno	Pac. com <i>diabetes</i> retorno	paciente especial/bolsa família
demanda livre retorno	Pac. com hipertensão retorno	Escolar retorno	Pac. com <i>diabetes</i> retorno	paciente especial/bolsa família
demanda livre retorno	gestantes	Urgência/ demanda espontânea	Pac. com hipertensão retorno	Urgência/ demanda espontânea
demanda livre retorno	gestantes	avaliação de risco	Pac. com hipertensão retorno	Pac. com hipertensão- 1ª consulta
demanda livre retorno	Urgência/funcionários	visita domiciliar/Grupo escolar	Urgência/ demanda espontânea	Pac. com hipertensão -1ª consulta
Urgência/demanda espontânea	Urgência/demanda espontânea	Prestação de contas	Lançamento da produção e	Lançamento da produção e
Lançamento da produção e esterilização de materiais	Lançamento da produção e esterilização de materiais	Lançamento da produção e esterilização de materiais.	esterilização de materiais	esterilização de materiais
Reunião mensal com coordenação				
Tarde	Tarde	Tarde	Tarde	Tarde
1ª consulta livre	escolares -1ª consulta	bebê	Avaliação de risco/grupo	Pac. com <i>diabetes</i> -1ª consulta
demanda livre retorno	escolar retorno	bebê	Reunião de equipe na UBS	Pac. com <i>diabetes</i> -1ª consulta
demanda livre retorno	escolar retorno	Urgência/idoso		Pac.especial/bolsa família -1ª consulta
Urgência/ demanda espontânea	Urgência/ demanda espontânea	Urgência/demanda espontânea		Demanda livre retorno
Lançamento da produção, Elaboração de agenda/Elaboração material educativo	Lançamento da produção, e esterilização de materiais	Lançamento da produção e esterilização de materiais		Lançamento da produção, esterilização de materiais
	Grupos educativos: uma vez por mês			

As seguintes modalidades de acesso foram identificadas no território de atuação das equipes: urgências, escolares após triagem de risco realizada pelos cirurgiões-dentistas, agendamento de funcionários da própria unidade, agendamento pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), livre demanda, retornos programados, grupos prioritários, contrarreferência. (Quadro 2)

Quadro 2: Modalidades de acesso dos pacientes na UBS, Pereira Barreto, SP.

Modalidade	Descrição
Urgência	Dor, edema na face, hemorragia, trauma dental, lesão bucal
Escolares	Avaliação de risco de cárie dentária, fluorose, doença periodontal e de tecidos moles
pelo ACS	Busca ativa através do PSE, queixa
livre demanda	Procura imediata com posterior agendamento
retornos programados	Continuidade do tratamento
grupos prioritários	Avaliação de risco; por indicação médica/enfermeiro
contrarreferência	Após atendimento no CEO
funcionários da unidade de saúde	Encaixe na agenda

2. Atividades realizadas

A maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados relatou dificuldade em cumprir a agenda existente no município por causa da demanda muito grande. No entanto, ela foi reconhecida como um instrumento fundamental para a organização da demanda.

Todos os cirurgiões-dentistas entrevistados responderam desenvolver ações de saúde bucal para gestantes e idosos, por meio de grupos prioritários da unidade de saúde.

A captação das gestantes para o atendimento odontológico é feita no momento em que a mesma procura a UBS para a realização do pré-natal, em grupos prioritários e por encaminhamento dos ACS.

Quanto ao atendimento na atenção secundária, o paciente é encaminhado da UBS, com consulta agendada no CEO e guia de referência e contrarreferência nas especialidades de endodontia, periodontia, próteses removíveis e totais.

A organização do processo de trabalho e as metas mínimas de produção foram acordadas e pactuadas (Anexo I) de forma compartilhada em reuniões de equipe e com base no histórico de produção (Quadro 3)

Quadro 3: Metas mínimas de produção em saúde bucal estabelecidas no município, Pereira Barreto, SP.

Atividades	Metas
Procedimentos clínicos/hora	2,38
Procedimentos/dia	19
Número de primeiras consultas programáticas/mês	25
Procedimento ambulatoriais/mês	380
Número de TC/mês	20
Escovações/mês/ACS	50
Avaliações mensais de risco dos escolares a partir dos 03 anos de idade	80

A ESB e a coordenação definiram dias e períodos para a participação em reuniões, atendimento de escolares, adultos, visitas domiciliares. Há extensão da triagem de risco de cárie dentária para escolares e grupos da unidade básica de saúde. Dentre as atividades educativas realizadas na comunidade, observada *in loco*, está a integração da saúde bucal com a educação por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE), com a escovação supervisionada realizada pelos agentes comunitários de saúde no ambiente escolar. As visitas domiciliares são realizadas para acamados e indivíduos com dificuldade de locomoção. Diariamente, os cirurgiões-dentistas realizam o lançamento da produção em programa de computador da UBS onde trabalham. A ESB participa semanalmente das reuniões de planejamento com os demais profissionais da unidade e mensalmente com a coordenação da saúde bucal para avaliação e acompanhamento dos resultados, por meio da análise dos relatórios de produção e indicadores. (Quadro 4)

Quadro 4: Atividades da agenda de saúde bucal estabelecidas pelas ESF Bucal, Pereira Barreto, SP.

Atividades	Carga horária
Reunião com equipe/semana	2 hs
Reunião com coordenação/mês	2 hs
Avaliação de risco/mês	2hs
Visita domiciliar/mês	30 min
Grupo educativo na UBS/mês	30 min
Grupo educativo na escola/mês	30 min
Elaboração da agenda/mês	15 min

Importante ressaltar que o incentivo financeiro recebido do PMAQ é repassado para os profissionais da atenção básica e que os cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa possuem vínculo empregatício estável e já trabalhavam no serviço de saúde bucal do município antes da implantação da ESB. Essas afirmações foram relatadas pelo gestor municipal e comparadas com as respostas das equipes de saúde bucal.

3. Avaliação da agenda em uma UBS

A agenda foi implantada no município em fevereiro de 2015. Na comparação dos dois momentos, aos quatro meses anteriores e quatro meses posteriores à implantação da agenda foram obtidos os seguintes resultados: em relação aos pacientes atendidos em primeira consulta odontológica programática verificou-se que houve aumento na cobertura em 63%; redução de 30% dos casos de urgência e aumento de 11% nos tratamentos completados. (Quadro 5)

Quadro 5- Análise comparativa da produção da assistência odontológica prestada quatro meses antes e quatro meses após a implantação da ASB em uma ESB, Pereira Barreto, SP.

Procedimentos	ESB 1: novembro 2014	ESB1: junho 2015
	n (%)	n (%)
Primeira consulta	33 (8,66)	54 (13,60)
Consultas de urgência	27 (7,09)	19 (4,79)
Tratamentos completados	27 (7,09)	30 (7,56)
Total de procedimentos	381 (100)	397 (100)

4.6 DISCUSSÃO

O estudo proporcionou a compreensão da organização do processo de trabalho em saúde bucal por meio da instituição de uma agenda que possui como linha orientadora as diretrizes do SUS. Visa contribuir para a elaboração de políticas de atenção à saúde bucal, para a reorganização do processo de trabalho. Fatores positivos podem ser ressaltados nesse estudo como o trabalho em equipe, o protagonismo dos integrantes e da comunidade na construção das atividades e a ampliação do olhar crítico sobre a realidade social. (Barreto e col., 2012)

Observou-se que a apropriação do território de abrangência, das barreiras geográficas, do perfil populacional e da cobertura da equipe foram fundamentais para o planejamento e execução de ações com equidade. Conhecer o território implica em um processo de

reconhecimento do espaço local e das relações da população da área de abrangência com a UBS. (Brasil, 2006) Essa apropriação pode ser realizada por meio do SIAB (Brasil, 2008) que está sendo substituído pelo SISAB -Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica onde contém informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde (Brasil, 2013). O território como *locus* da atenção é um desafio, principalmente pelo fato da população acreditar que o trabalho da equipe de saúde bucal é restrito ao consultório odontológico, fato ratificado pelo ACS na frase abaixo:

“A população não vê a odontologia como parte da equipe da Saúde da Família.”

Como a implantação da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família se deu tardiamente, pode haver dificuldade da população em assimilar a odontologia como integrante da equipe. É preciso que haja o envolvimento da equipe com a comunidade, informando-a e orientando-a quanto ao ingresso no sistema (Pimentel e col., 2012) e sobre o tipo de modelo assistencial adotado pelo município, pois, quando as necessidades individuais não são resolvidas imediatamente, pode haver resistência e oposição dos usuários que não entendem claramente o objetivo do programa. (Narvai, 1992) Inclusive, a percepção do usuário é importante para promover avaliação e direcionamento da atenção em saúde. (Moimaz e col., 2010).

A agenda contempla atividades da equipe nos três eixos de atuação da ESF: UBS, comunidade e família. Dessa forma, possibilita garantir que as ações de saúde bucal não sejam restritas ao equipamento odontológico, mas, incorporem outros atores sociais. (Farfán e Venezuela, 2014) Na agenda, pode haver priorização diferente por microáreas, depende da situação de cada uma. Portanto, é importante que haja o preenchimento correto dos instrumentos de produção para um planejamento de acordo com a realidade local.

A agenda da ESB foi discutida nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Essa proximidade do usuário com os serviços e seus profissionais busca conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. (Mattos e col., 2014) Narvai (2015) destaca a importância do acompanhamento pelo Conselho de Saúde, a partir de práticas democráticas de gestão.

Na oficina realizada para empoderamento das necessidades de mudanças (Anexo J), os ACS demonstraram dúvidas se as atividades que exerciam estariam contempladas numa agenda de saúde bucal. Observou-se *in loco* a escovação supervisionada e ação educativa realizada pelos agentes comunitários de saúde no ambiente escolar por meio da integração com

o Programa de Saúde na Escola (PSE). (Brasil, 2007) Na UBS, as atividades educativas de promoção e prevenção para o usuário também podem ser executadas durante o tempo de espera para o atendimento.

As visitas domiciliares estão inseridas na agenda. A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem presentes por meio da organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e o tratamento necessários. (Brasil, 2004) A visita domiciliar não precisa acontecer em turnos pré-fixados, mas ser realizada sempre que necessário: gestante, acamado, recém-nascido, idoso, pessoas com necessidades especiais, previamente agendadas com o ACS. Cada localidade deve planejar a melhor estratégia para sua comunidade (Santos, 2006). A lista de casos prioritários para a realização de visita domiciliar é solicitada na avaliação externa do PMAQ. (Brasil, 2012b)

As equipes realizam a racionalização do fluxo por meio da triagem de risco. É necessário desenvolver ações que priorizem os grupos e os fatores de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis. (Brasil, 2011). A lista de escolares identificados com necessidade de saúde bucal e de atendimento clínico e o registro de atividades realizadas em creches e/ou escolas são solicitados na avaliação externa do PMAQ. (Brasil, 2012b)

Para nortear a construção da agenda foram utilizados parâmetros em todas as equipes para o planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas. Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Os parâmetros como referenciais quantitativos foram aprovados na portaria 1.631 e podem subsidiar o gestor nos três níveis do governo. (Brasil, 2015)

A agenda proporcionou uma visibilidade das atividades da equipe com grupos prioritários: gestantes, bebês, escolares, paciente especial, com hipertensão, com *diabetes*, beneficiário do bolsa-família. A priorização desses grupos para avaliação não significa atendimento exclusivo em detrimento do resto da população, promove apenas a organização da atenção, com vistas à universalização gradual do atendimento a toda a população da área de abrangência, com base no princípio da equidade. (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007)

Foi mantida a demanda espontânea, o que possibilitou o atendimento ao usuário que não está definido dentro dos grupos prioritários. Em estudo sobre demanda, Roncalli, (2000) cita que o universo priorizado para odontologia é composto por área de risco social, escolas, creches, gestantes, grupos de desnutridos e outros grupos organizados. Inclusive, o registro de acompanhamento de gestantes pela equipe de saúde bucal é solicitado na avaliação externa do PMAQ. (Brasil, 2012b)

Na análise comparativa da produção da assistência odontológica prestada quatro meses antes e quatro meses após a implantação da agenda de saúde bucal em uma ESB, o aumento apresentado pelo indicador de primeira consulta odontológica programática é muito positivo, visto que estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual e subsidia o gestor no planejamento, execução, implementação e avaliação das ações de saúde bucal.

As consultas de urgência apresentaram redução o que pode estar relacionado à inclusão de pacientes na rotina de atendimento preconizado na agenda de saúde bucal. É importante que o sistema de atendimento seja voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, no entanto, é prioritária a eliminação da dor e da infecção. (Souza e col., 2001) Com o processo de organização da atenção primária, a tendência é que haja diminuição gradual dos casos de urgência/ emergência. (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007)

Um aspecto positivo é o acompanhamento do trabalho das equipes pelo coordenador de saúde bucal por meio dos relatórios de produção, indicadores e ações prioritizadas com discussão dos resultados em reunião. Esse procedimento demonstra a responsabilidade do gestor para organizar o modelo de atenção à saúde bucal do município ao orientar os profissionais quanto às suas responsabilidades e cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS na ESF. (Pimentel e col., 2012) Desse modo é importante o correto preenchimento do registro dos dados possibilitando aos gestores e equipes de saúde o planejamento e avaliação das ações de saúde, garantindo a qualidade do serviço prestado (Moimaz e col., 2012).

O município possui um programa próprio de computador para o lançamento da produção. Além dos sistemas de informação de preenchimento obrigatório (SIA/SUS e SIAB), os municípios podem criar, a partir de suas necessidades, outras ferramentas que possibilitem uma avaliação mais detalhada das equipes de saúde. (Brasil, 2006)

Todos os profissionais da equipe de saúde bucal são concursados e recebem a gratificação do valor do incentivo do PMAQ. Esse repasse financeiro promove a valorização

profissional e a boa pontuação recebida no PMAQ ratifica a importância do trabalho em equipe na busca por resultados enriquecedores.

Este estudo pode subsidiar o gestor que realiza a coordenação de saúde bucal municipal frente ao desafio de contemplar ações a serem executadas nos três eixos de atuação da ESF, na UBS, família e comunidade.

4.7 CONCLUSÃO

A agenda de saúde bucal apresentou resultados satisfatórios na reorganização do processo de trabalho para a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal. É necessário a execução da agenda como um instrumento de planejamento participativo, que traduza o processo de trabalho, as prioridades de acordo com a situação epidemiológica, diagnóstico do território e diretrizes da gestão, que é singular de cada equipe. Considerando que muitos gestores assumem o serviço sem conhecimento para o exercício da função, este estudo proporciona uma orientação para o desenvolvimento de ações de saúde bucal, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi realizado graças à colaboração dos profissionais das ESF do município de Pereira Barreto-SP. Os autores agradecem, especialmente, a Secretária Municipal de Saúde, a Coordenação de Saúde Bucal, os cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde.

4.8 REFERÊNCIAS

1. BARRETO, I. C. H. C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 80-93, May 2012.
2. BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

3. BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 2.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- AMAQ*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia Saúde da Família- Equipe de Saúde Bucal*. 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes>. Acesso em: 3 nov. 2015.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 03 nov. 2015.
9. BRASIL. Portaria nº 2. 488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 out. 2011.
10. BRASIL. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 jul. 2013. Seção 1, p. 294.
11. BRASIL. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

- Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2 out. 2015. Seção 1.
12. FARFÁN, J.; VALENZUELA, M. T. Incorporación de los odontólogos en los procesos de transformación al modelo de salud familiar de la atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, Santiago, v.18, n.1, p.72-80, 2014.
 13. MATTOS, C. G. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.382, 2014.
 14. MOIMAZ, S. A. S. et al. Auditoria na Saúde: justificativas de glosas no setor odontológico. *J Health Sci Inst.*; v.30. n.2, p. 112-6, 2012.
 15. MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 1419-1440, 2010.
 16. NARVAI, P. C. *Saúde Bucal: assistência ou atenção?* Oficina do Grupo de Trabalho “Odontologia em Silos – Sistemas Locais de Saúde”. 1992. Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/spb/os3_narvai.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2010.
 17. NARVAI, P. C. *Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF?* Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>>. Acesso em: 3 nov. 2015.
 18. PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, p. S146-S157, 2012.
 19. RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva*. 2000. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social)- Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2000.
 20. SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionados e instituintes. *Revista APS*, Juiz de Fora, v.9, n.2, p. 190-200, jul./dez. 2006.
 21. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Manual do Prontuário de Saúde da Família*. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.
 22. SOUZA, D. J. et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, v.2, n.2, p. 7-29, dez. 2001.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Transcorridos quase 30 anos do surgimento do SUS, a área de saúde bucal dos municípios pesquisados apresentaram diferentes momentos na estruturação do serviço. Há um evidente progresso quanto à organização do processo de trabalho tendo a atenção básica como ordenadora da rede, com foco na saúde da família. É importante que novos estudos sejam realizados e experiências exitosas possam ser compartilhadas para subsidiar os coordenadores de saúde bucal na definição de estratégias de intervenção, de forma a ampliar o acesso da população e o desenvolvimento de um trabalho mais equânime, universal e resolutivo.



ANEXO A



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
FOA- UNESP

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Gestor: Coordenador de Saúde Bucal

1. IDENTIFICAÇÃO:

Município:

CIR (Colegiado de intergestão regional):

Nome do coordenador de saúde bucal:

Profissão:

Fone do trabalho:

2. RECURSOS FÍSICOS:

2.1 Qual o número de equipamentos odontológicos em funcionamento no município?

2.2 Qual o número de equipamentos odontológicos segundo estado de funcionamento?
 ótimo regular ruim

2.3 Os equipamentos odontológicos são em número suficiente para melhor atender a população?
 Sim Não

2.4 Qual o número de locais de atendimento clínico odontológico?
 UBS Escolas
 Unidades de atendimento odontológico:
 Outro: Especificar:

2.5 Qual o número de consultórios que possuem aparelho de ar condicionado?
 Resp:

2.6 Seu município possui CEO – Centro de Especialidades Odontológicas cadastrado no CNES e credenciado pelo Ministério da Saúde ?
 Sim Não
 Qual o tipo? ()
 Qual a data do credenciamento? --- / -----/-----

2.7 O município possui Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) credenciado pelo Ministério da Saúde?
 Sim Não

- 2.8 Seu município possui:
 Área indígena () Área de assentamento ()
 Presídios ()
 Centro de ressociação ()

3. RECURSOS HUMANOS:

3.1 Qual o número de consultórios que realizam atendimento com ASB ou TSB?

3.2. Quantos cirurgiões-dentistas atuam no município? Especificar:

- Estratégia saúde da família ()
 CEO ()
 Escolas ()
 Unidade Básica de Saúde (não contar saúde da família) ()
 Pronto Socorro ()
 Hospital ()
 Outros ()
 TOTAL ()

3.3 Quantos ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) atuam no município? ()
 Quantos possuem curso de formação? ()

3.4 Quantos TSB (Técnico em Saúde Bucal) atuam no município? ()
 Quantos possuem curso de formação? ()

3.5 Os recursos humanos são suficientes para efetuarem o trabalho odontológico do município?
 () Sim () Não

3.6 O município possui EBS, na Estratégia Saúde da Família?
 () Sim () Não
 Qual modalidade?

4. ACESSO E REGULAÇÃO:

4.1. Como é o acesso da população ao serviço odontológico?

4.2 O serviço odontológico do município garante referência a outros níveis de atenção quando necessários?
 () Sim () Não

4.3 Como é feito o encaminhamento de pacientes para o Centro de Especialidades Odontológicas - CEO?

4.4 Que critérios são utilizados para o atendimento no CEO ?

5. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

5.1. São desenvolvidas ações de saúde bucal para grupos específicos:

- Bebê () Saúde da mulher () Saúde do adolescente ()
 Saúde do trabalhador () Hipertensos () Diabéticos ()
 Idoso () Portadores de necessidades especiais ? ()
 Outros ? () Qual?

5.2 As ações de saúde bucal estão integradas às demais ações de saúde das Unidades Básicas de Saúde? Ex: integração da odontologia com outras áreas da saúde da UBS: pediatria, ginecologia...

- () Sim () Não

5.3 O coordenador odontológico participa do planejamento em saúde do município?

- () Sim () Não

5.4 A equipe de saúde bucal integra programas de: (assinalar)

- Controle do tabagismo ()
 Etilismo ()
 Prevenção de câncer ()
 Outros () Especificar:

6. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

6.1 Você sabe quais indicadores de saúde bucal são avaliados no município?

- () Sim () Não

Quais são eles?

6.2 Existem dados de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal?

- () Sim () Não

6.3 Se afirmativo, assinale qual o índice epidemiológico de saúde bucal foi avaliado (colocar o ano dos dois últimos levantamentos)

ÍNDICE	ANO	ANO
() CEO (5 anos)		
() CPOD (12 anos)		
() Má oclusão		
() Fluorose dentária		
() Doença periodontal		
() Tecidos moles		
() Necessidade de prótese		
() Outro: Qual:		

6.4 No município são realizadas triagens de risco?

- () Sim () Não

6.5 Quais agravos? Assinalar

- () Cárie dentária () Doença periodontal
 () Tecidos moles () Outro Qual:

6.6 São estabelecidos parâmetros, para nortear as equipes de saúde bucal? Ex: parâmetro para atendimentos individuais, coletivos, especializados...

Sim () Não ()

Se a resposta for afirmativa, indique o parâmetro:

6.7 Os dados epidemiológicos são utilizados para o planejamento de ações/ atividades?

() Sim () Não

6.8 São realizadas avaliações e acompanhamento dos resultados alcançados?

() Sim () Não

Se afirmativa for a resposta descrever como:

6.9 Os profissionais da saúde bucal são valorizados e motivados para o exercício do trabalho?

() Sim () Não

Se a resposta for afirmativa explique como.

6.10 Tem algum mecanismo que o município utiliza para ouvir a população com referência a área odontológica? Qual ?

6.11 A população é estimulada a participar de ações na área odontológica?

() Sim () Não

Descrever como:

7. CONCLUSÃO:

7.1 Cite as principais dificuldades no exercício da função de coordenador de saúde bucal.

7.2 O que você como coordenador de saúde bucal pretende implantar em seu município?



ANEXO B



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
FOA- UNESP

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Cirurgião-Dentista

1. IDENTIFICAÇÃO:

Município:

Data:

CIR:

Nome da equipe de saúde bucal (ESB):

Fone do trabalho:

Nome do cirurgião-dentista:

Tempo de formado:

Tempo de trabalho na ESB:

Pós-graduação:

2. OBSERVAÇÃO DA INFRAESTRUTURA

2.1 A ESB dispõe dos seguintes equipamentos e materiais para atendimento:

a) Cadeira odontológica

Sim Não sem condições de uso

b) Compressor

Sim Não sem condições de uso

c) Equipamento odontológico (incluindo alta e baixa rotação)

Sim Não sem condições de uso

d) Estufa ou autoclave

Sim Não sem condições de uso

e) Mocho

Sim Não sem condições de uso

f) Refletor

Sim Não sem condições de uso

g) Unidade auxiliar

Sim Não sem condições de uso

h) Aparelho fotopolimerizador

Sim Não sem condições de uso

i) Aparelho de ultrassom

Sim Não sem condições de uso

j) Aparelho de ar condicionado

Sim Não sem condições de uso

2.2 A ESB dispõe dos seguintes instrumentais e materiais para atendimento à população ?

- a) Instrumental para exame clínico
 suficiente insuficiente não possui
- b) Instrumental para dentística
 suficiente insuficiente não possui
- c) Instrumental para periodontia
 suficiente insuficiente não possui
- d) Instrumental para cirurgia básica
 suficiente insuficiente não possui
- e) Instrumental para biossegurança
 suficiente insuficiente não possui
- f) Instrumental para educação em saúde bucal
 suficiente insuficiente não possui
- g) Material odontológico de consumo
 suficiente insuficiente não possui
- h) Formulários e fichas de atendimento
 suficiente insuficiente não possui

2.3 Quais estruturas a ESB dispõe em sua unidade de saúde:

- sala de acolhimento escovódromo espaço para reuniões de equipe

3. ACESSO E REGULAÇÃO

3.1 A ESB possui área de abrangência definida?

- Sim Não

3.2 O equipo odontológico está localizado dentro da área de abrangência da ESB?

- Sim Não

3.3 Possui mapa da área ou microárea de abrangência?

- Sim Não

3.4 Quais as barreiras geográficas que dificultam o acesso da população ao serviço odontológico?

3.5 A ESB registra suas atividades e procedimentos em:

- prontuários individuais prontuários da família
 não possui prontuário possui folhas de atendimento armazenadas por dia

3.6 Como a população da área de abrangência tem acesso às ações de saúde bucal na UBS?

- Agendamento com ACS;
 livre demanda: por ordem de chegada;
 através de acolhimento oferecido pela unidade;
 demanda programada para instituições;
 demanda programada para grupos prioritários;
 inscrição e entra numa lista de espera com classificação de necessidades;
 inscrição e entra numa lista de espera sem classificação de necessidades

3.7 Quais critérios são utilizados para estabelecer prioridades de tratamento?

- Dados epidemiológicos de saúde bucal;
- classificação por critérios de risco;
- mapa de abrangência com a identificação de áreas de maior risco;
- não são estabelecidas prioridades no tratamento;
- outro: especificar .

3.8 Assinale os serviços que estão disponíveis no município para encaminhamento de pacientes que necessitem de tratamento especializado:

- Tratamento endodôntico;
- serviços de reabilitação: prótese - quais?
- serviços especializados de periodontia (tratamentos cirúrgicos de gengivas);
- ortodontia preventiva;
- cirurgias bucomaxilofaciais (traumatismos e procedimentos cirúrgicos mais complexos).

3.9 Como é feito o encaminhamento de pacientes para o Centro de Especialidades Odontológicas?

3.10 Cite as especialidades referenciadas que apresentam maior dificuldade para garantia de atendimento.

4. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

4.1 A ESB desenvolve ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal?

- Sim Não

Caso afirmativo, quais ações são desenvolvidas?

4.2 Há participação da ESB em reuniões de avaliação/planejamento com a ESF?

- Sim Não
- Somente quando são tratados assuntos de saúde bucal,
- não há reuniões de planejamento/avaliação das ações.

4.3 A ESB realiza ações coletivas de prevenção/ promoção em saúde bucal?

- Sim Não

Em quais locais?

4.4 A equipe de saúde bucal integra programas de:

- Controle do tabagismo;
- Prevenção de câncer;
- PSE: Programa de Saúde na Escola ;
- Outro (s). Qual (is)?

4.5 A auxiliar de saúde bucal (ASB) e/ou agente comunitário de saúde (ACS) foram capacitados para a promoção da saúde bucal?

- Sim Não

4.6 A ESB participou do curso introdutório após o ingresso na Estratégia Saúde da Família:

- Sim Não Qual ano?

4.7 São desenvolvidas ações de saúde bucal direcionadas a grupos específicos como:

- () Bebê () Idoso () Gestante () Adolescente
 () Grupo de saúde do trabalhador () Hipertensos () Diabéticos
 () Portadores de necessidades especiais ? Outros ? () Qual?

4.8 A ESB possui agenda de trabalho?

- () Sim () Não

4.9 Caso afirmativo, na sua opinião, a implantação de uma agenda trouxe avanços na assistência à saúde bucal?

- () Sim () Não Por quê?

5. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

5.1 Os resultados de índices epidemiológicos de saúde bucal são utilizados para o planejamento/avaliação das ações na área de abrangência da sua equipe?

- () Sim () Não

5.2 Se afirmativo, quais índices epidemiológicas de saúde bucal são utilizados?

5.3 São realizadas triagens de risco da área de abrangência?

- () Sim () Não

5.4 Se afirmativo, quais agravos?

5.5 São estabelecidos parâmetros, para nortear as equipes de saúde bucal? Ex: parâmetro para atendimentos individuais, coletivos, especializados.

- () Sim () Não

Se a resposta for afirmativa, indique o parâmetro:

5.6 São realizadas avaliações e acompanhamento dos resultados alcançados?

- () Sim () Não

Se afirmativa for a resposta descrever como:

5.7 Os profissionais da saúde bucal são valorizados e motivados para o exercício do trabalho?

- () Sim () Não

Se a resposta for afirmativa, explique como:

5.8 Tem algum mecanismo que o município utiliza para ouvir a população com referência a área odontológica? Qual ?

5.9 A população é estimulada a participar de ações na área odontológica?

- () Sim () Não Descrever como:

6. CONCLUSÃO:

6.1 Qual a maior motivação que o levou a trabalhar na saúde da família?

6.2 Cite os principais problemas no atendimento na ESF bucal municipal.

6.3 O que você gostaria de sugerir como melhoria da atenção em saúde bucal?



ANEXO C



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
FOA- UNESP

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Auxiliar de Saúde Bucal

1. IDENTIFICAÇÃO:

Município:

Data:

CIR:

Nome da Equipe de Saúde Bucal (ESB):

Nome do Auxiliar de Saúde Bucal:

Tempo de trabalho na ESB:

Fone do trabalho:

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

2.1 Realizou capacitação para o exercício da profissão (curso de ASB)?

() Sim () Não

2.2 Participou do curso introdutório da Estratégia Saúde da Família?

() Sim () Não

Qual ano?

3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

3.1 Realiza atividades sobre saúde bucal com a comunidade?

() Sim () Não

3.2 Caso afirmativo, quais as ações:

() Educação em saúde;

() orientação para bebês;

() escovação supervisionada;

() agendamento de consulta;

() busca de pacientes faltosos.

4. CONCLUSÃO:

4.1 Qual a maior motivação que o levou a trabalhar na saúde da família?

4.2 Cite os principais problemas no atendimento na ESF bucal.

4.3 O que você gostaria de sugerir como melhoria da atenção em saúde bucal?

ANEXO D

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
FOA- UNESP

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Agente Comunitário de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO:

Município:

Data:

CIR:

Nome da Equipe de Saúde Bucal (ESB):

Fone do trabalho:

Nome do Agente Comunitário de Saúde:

Tempo de trabalho na ESB:

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

2.1 Realizou capacitação para o exercício da profissão (curso de ACS)?

Sim Não

2.2 Participou do curso Introdutório da Estratégia Saúde da Família?

Sim Não

Qual ano?

3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

3.1 Realiza atividades sobre saúde bucal com a comunidade?

Sim Não

3.2 Caso afirmativo, quais as ações:

Educação em saúde Orientação para bebês
 Escovação supervisionada Agendamento de consulta
 Busca de pacientes faltosos Outro Qual?

4. CONCLUSÃO:

4.1 Qual a maior motivação que o levou a trabalhar na saúde da família?

4.2 Cite os principais problemas na ESF bucal.

4.3 O que você gostaria de sugerir como melhoria da atenção em saúde bucal?

ANEXO E

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde Bucal na Ótica do Gestor Municipal

Pesquisador: Lúcia Maria Lima Lemos de Melo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32535814.3.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 837.099

Data da Relatoria: 17/10/2014

Apresentação do Projeto:

Com o projeto de pesquisa pretende-se realizar um diagnóstico situacional da Gestão de Saúde Bucal na Atenção Básica dos 40 municípios do DRSII, Departamento Regional de Saúde de Araçatuba. Para tal será realizado um levantamento quantitativo, qualitativo, descritivo e explicativo, por meio de entrevista realizada por um cirurgião-dentista, com os 40 coordenadores de Saúde Bucal dos municípios participantes. Será empregado um questionário adaptado da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES, 2011). Com essa pesquisa espera-se traçar um perfil da situação vigente e então traçar estratégias visando ações de orientação aos gestores municipais na Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar um diagnóstico situacional da Gestão da Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Araçatuba, DRSII, localizado na região Noroeste do Estado de São Paulo. Isso possibilitará o reconhecimento das normas e rotinas dos fluxos de referência e contra-referência, contextualizando os resultados obtidos com as ações/atividades institucionalizadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde, de forma que os atores envolvidos possam reorganizar as ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa é mínimo, pois serão realizadas entrevistas com os 40 coordenadores de

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONCA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 837.099

Saúde Bucal dos municípios. Como benefícios, espera-se que o levantamento proporcione subsídios aos gestores municipais, equipes que atuam na Atenção Básica e indiretamente as da Secundária e Terciária, visto que, a Atenção Básica orienta todo o sistema de saúde e dessa forma o acesso ao serviço de modo universal e igualitário na promoção, proteção e recuperação da saúde do usuário SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa que visa realizar um diagnóstico da situação da Gestão da Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios envolvidos visando assim implementar estratégias para a resolubilidade dos problemas identificados e adotar ações de orientação aos gestores municipais na reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos devidamente apresentados

Recomendações:

As adequações solicitadas foram acatadas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação da metodologia proposta bem como dos documentos anexos somos favoráveis à execução do mesmo uma vez que a metodologia apresentada atende as normas da Resolução 466.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Não havendo pendências, o CEP propõe a aprovação do projeto de pesquisa salientando que, de acordo com a Resolução 466 CNS de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 17/04/2015. O CEP reitera a necessidade de entrega de uma via (não cópia) do TCLE ao sujeito participante da pesquisa e solicita ao pesquisador responsável leitura da carta circular 003/2011 CONEP/CNS antes do início do projeto.

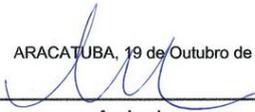
Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 837.099

ARACATUBA, 19 de Outubro de 2014


Assinado por:
Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamune
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

ANEXO F

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento para Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica do Serviço Público Municipal- um desafio

Pesquisador: Lúcia Maria Lima Lemos de Melo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32482613.3.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 837.119

Data da Relatoria: 17/10/2014

Apresentação do Projeto:

Consultar parecer de 19 de agosto de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Consultar parecer de 19 de agosto de 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consultar parecer de 19 de agosto de 2014.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consultar parecer de 19 de agosto de 2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consultar parecer de 19 de agosto de 2014.

Recomendações:

Consultar parecer de 19 de agosto de 2014.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se solicitação de cancelamento de emenda submetida erroneamente pelo pesquisador, como pode ser constatar pelo declarado nas informações básicas do projeto, item Justificativa da Emenda: "Solicito o cancelamento da emenda postada em 19/08/2014. A emenda foi

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONCA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 837.119

erroneamente gerada". A análise da documentação apresentada como emenda indica que não foi realizada até o momento, nenhuma alteração que justifica-se a solicitação de emenda.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP aprova o cancelamento da emenda.

ARACATUBA, 19 de Outubro de 2014

Assinado por:
Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamune
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

ANEXO G



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA – DRS-II
 Rua Oscar Rodrigues Alves, 1296 – Fone (018) 3623-7010

Termo de Responsabilidade de Instituições Coparticipantes

Araçatuba, 15 de agosto de 2014

Ao
 Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP
 A/c. Profa. Dra. Ana Cláudia de Melo Stevanato Nakamune
 Coordenadora

Eu, **Sílvio Cezar Santos Órfão**, Diretor do Departamento Regional de Saúde de Araçatuba, DRSII, venho por meio desta, informar que autorizo a pesquisadora **Lúcia Maria Lima Lemos de Melo**, aluna do mestrado do curso de pós-graduação do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, a realizar a pesquisa intitulada “**Avaliação da Saúde Bucal na Ótica do Gestor Municipal**”, sob a orientação da Profa Dra Susely Adas Saliba Moimaz.

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da **Resolução CNS 466/12** e suas complementares e que esta instituição, na qualidade de coparticipante do presente projeto de pesquisa, dispõe de infraestrutura necessária para a realização da pesquisa e para a garantia da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa.


 Sílvio César Santos Órfão
 RG: 22.842.544-X
 Diretor Técnico de Saúde III
 Respondendo pelo Expediente
 DRS II - Araçatuba

Silvia Carreto
 RG: 20.429.228
 Diretor Técnico de Saúde III
 Substituto

DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA – DRS-II
 Rua Oscar Rodrigues Alves, 1296 – Fone (018) 3623-7010

ANEXO H

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"Júlio de Mesquita Filho"
unesp



TERMO DE PARCERIA

A Prefeitura de Pereira Barreto- SP, representada pela Sra Carmem Sílvia Guariente Paiva, secretária municipal de saúde e da Sra Suzumeiri Yamamoto e o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, representada pela mestranda, Lúcia Maria Lima Lemos de Melo, resolvem firmar o presente termo de parceria entre as partes.

O objetivo é através de mútua e ampla colaboração realizar um estudo para o diagnóstico situacional da Saúde Bucal da Atenção Básica.

O estudo é material para a dissertação de mestrado a ser apresentada no Programa de Pós-Graduação de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- Unesp. Não haverá despesas financeiras para os parceiros envolvidos.

E assim, por estarem de pleno acordo e ajustadas, o presente instrumento segue assinado pelos representantes de ambas instituições.

Araçatuba, 20 de outubro de 2014

Carmem Sílvia Guariente Paiva
Secretária Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Pereira Barreto-SP

Lúcia Maria Lima Lemos de Melo
Mestranda do Programa de Pós -Graduação
Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP

Prof. Dr. Suzely Adas Saliba Moimaz
Programa de Pós -Graduação
Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia de Araçatuba- SP

Metas e Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal das Estratégias de Saúde da Família

1 – Metas mínimas de produção:

- Procedimentos clínicos/hora: 2,38
- Procedimentos/dia: 19
- Procedimento/mês: 380
- Número de consultas programáticas/mês: 25
- Número de TC/mês: 20
- Procedimentos/mês: 335

2 – Procedimentos coletivos em equipe urbana:

- 50 escovações/mês/ACS
- Grupos educativos/ mês
- Visitas domiciliares/mês
- As escovações serão realizadas pelos ACS nas escolas estaduais e municipais, supervisionadas pelo dentista.
- Avaliações de risco dos escolares serão realizadas até abril/2015 a partir dos 03 anos de idade.

3 – Procedimentos Coletivos Unidade Rural:

- 60 escovações/mês/equipe
- Grupos educativos
- Visitas domiciliares
- As escovações serão realizadas pelos ACS nas escolas municipais e supervisionadas pelo dentista.
- Avaliações de risco dos escolares serão realizadas até abril/2015 a partir dos 03 anos de idade.

4 – Itens a contemplar na agenda mensal das Equipes de Saúde Bucal das Estratégias de Saúde da Família:

- 2 hs de reunião de equipe/semana
- 2 hs de reunião com a coordenação/mês
- 1 h prevista para visita do técnico/mês
- 2 hs avaliação de risco/semana (capacitação e supervisão de ASB/ACS)
– ter instrumentos preenchidos que comprovem essa ação.
- 30 min de visita domiciliar/mês
- 30 min de grupo educativo na UBS/mês
- 30 min de grupo educativo na escola/mês
- 15 min para apresentar a prestação de contas/mês
- 15 min para elaboração da agenda mensal
- 1 h de educação permanente ou Telessaúde/semana

5 – Relatórios:

- Atentar aos fatos que os relatórios traduzem o perfil do planejamento ou a inexistência dele.
- Enviar por e-mail os seguintes relatórios até o dia 05 de cada mês: PMA2-C; PMA2; número de pacientes atendidos; agenda de cada consultório; quantidade de avaliações de risco realizadas; quantidade de escovações por ACS.

6 – Organização da demanda:

- O dentista necessita criar estratégias para atrair demandas programáticas. Isso deverá ser discutido em reuniões de equipe da unidade; buscar sugestões dentro da equipe.

7 – Fichas de avaliação de risco:

- Cada dentista precisa obter a lista dos escolares de sua área, com endereço, retirar na escola.
- Após a realização das avaliações de risco, as crianças com risco R1 deverão ser encaminhadas para a unidade de origem. O dentista da unidade de origem será o responsável pelo agendamento e atendimento dessas crianças.
- Ter lista de hipertenso
- Ter lista de diabético
- Cada dentista em sua área realizará avaliação de risco dos grupos prioritários após o término da avaliação de risco dos escolares.

8 – Acolhimento:

- Ficará com a equipe de saúde bucal de cada unidade até a organização das equipes de saúde da família para o acolhimento odontológico.

9 – Encaminhamentos para CEO:

- Observar o preenchimento das guias de referência com todos os dados dos pacientes e não encaminhar sem cartão SUS.
- Encaminhamentos para cirurgia devem estar todos com a SADT e o número do dente que será extraído.
- Toda demanda de lesões deve ser encaminhada para diagnóstico de lesões.
- Colocar sempre o nome da especialidade de encaminhamento na guia de referência.
- Os pacientes da especialidade de endodontia que faltarem, sem justificativa, na primeira consulta, perderá sua vaga e retornarão para a lista de espera.
- Necessário que cada profissional faça uma avaliação de seus pacientes de prótese para verificar se todos estão prontos para serem encaminhados.
- Paciente com problema periodontal não encaminhar para realização de prótese parcial removível antes de resolver todos os dentes abalados (mobilidade).
- Cada profissional deve observar o número de vagas para as especialidades que lhe compete no mês.

ANEXO J



PREFEITURA
Trabalhando para todos

Equipes de saúde de Pereira Barreto participaram de curso na última semana

Publicado em Quinta, 12 Fevereiro 2015 13:31

Escrito por Assessoria de Imprensa

O Curso “Saúde Bucal no SUS” foi ministrado na Sala de Reuniões do Centro de Saúde no dia 05 de fevereiro



As equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica e Agentes Comunitários de Saúde da Prefeitura da Estância Turística de Pereira Barreto participaram do curso “Saúde Bucal no SUS”, realizado na última semana.

O curso foi ministrado pela Dr^a. Lucia Maria Lima Lemos de Melo, Coordenadora de Saúde Bucal do Departamento Regional de Saúde, DRS II-Araçatuba, mestranda da Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, orientada pela Professora Doutora Suzely Adas Saliba Moimaz, do Departamento de Odontologia Preventiva e Social.

O curso realizado, na sala de reuniões da UBS III “Dr. Dermival Franceschi” – Centro de Saúde - em Pereira Barreto, teve como objetivo mostrar a importância do trabalho em equipe e da integração da saúde bucal com todos os profissionais da equipe de saúde da família e a comunidade. Outro ponto discutido foi a construção da agenda odontológica tendo como linha orientadora as diretrizes do SUS.

ANEXO L

REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

1. Brasil. Portaria nº 2. 488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 21 out.
2. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 22 fev.
3. Fundação Sistema Nacional de Análise de Dados. Informações dos municípios paulistas. 2014 [cited 2014 set 12]
Available from: 2014 set 12 http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil_regional/index.php.