

Ações preventivas em saúde bucal desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família: como os dentistas estão avaliando os resultados no seu processo de trabalho?

Preventive action in oral health development in the Family Health Strategy: how are the dentists evaluating the results in its work process?

Gilmara Celli Maia de Almeida¹, Marina Fernandes de Sena², Daniela Mendes da Veiga Pessoa³, Maria Ângela Fernandes Ferreira⁴

Resumo

Realizou-se um estudo exploratório para identificar a percepção dos dentistas e da Coordenação de Saúde Bucal de dois municípios do Rio Grande do Norte sobre o impacto das ações preventivas realizadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), além da utilização de instrumentos avaliativos no processo de trabalho. Assim, 102 dentistas responderam questionários que continham perguntas sobre avaliação do impacto das ações preventivas, dificuldades encontradas e utilização de instrumentos avaliativos no trabalho. Obteve-se maior percentual de dentistas (74,5%) que acreditam existir impacto das ações preventivas, embora a avaliação seja subjetiva devido à inexistência de instrumentos para medi-lo. Por meio dessa avaliação empírica, em ambos os municípios as mudanças decorrem de melhorias na higiene oral. Como dificuldades têm-se: excesso de atividade no consultório/alta demanda (23,81% em Natal e 27,27% em Caicó) e a necessidade de levantamento epidemiológico (14,28% em Natal). Para as coordenações, a falta de instrumento avaliativo também foi evidenciada, sendo destacados ainda aspectos como apoio da gestão, capacitação e perfil do profissional como elementos que influenciam na ausência de impacto. Assim, é necessária a elaboração e utilização de instrumentos de avaliação por meio dos recursos epidemiológicos para norteamento das prioridades, do planejamento e monitoramento das ações em saúde bucal na ESF.

Palavras-chave: Saúde pública, serviços de saúde bucal, educação em saúde, Saúde da Família

Abstract

An exploratory study was conducted to identify the perception of dentists and the Coordination of Oral Health of two cities of Rio Grande do Norte about the impact of prevention activities at the Family Health Strategy (FHS), and the use of evaluation tools in the process of work. Thus, 102 dentists answered questionnaires containing questions about: evaluation of the impact of preventive actions, difficulties, and the use of evaluation tools at work. A greater percentage of dentists (74.5%) who think there is an impact of preventive measures was obtained, although the evaluation is subjective due to lack of measuring instruments. Through this empirical evaluation, in both cities the changes are the result of improvements in oral hygiene. The difficulties have been: excessive activity or high demand in dental office (23.81% in Natal; 27.27% in Caicó) and the need for epidemiological survey (14.28% in Natal). To the coordinators, the lack of evaluation tool was also evident, also emphasizing aspects such as management support, training and professional profile as elements that influence the lack of impact. Thus, the development and use of assessment tools is required, through epidemiological resources to guide priorities, planning and monitoring of oral health practices in the FHS.

Key words: Public health, dental health services, health education, Family Health

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora Assistente de Saúde Coletiva, Cariologia e Odontologia Preventiva do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). End.: Rua André Sales, 667 - Paulo VI - CEP: 59300-000 Caicó (RN), Brasil - E-mail: gilmaracelli@yahoo.com.br

² Doutoranda do Departamento de Pós-graduação de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

³ Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela UFRN; Professora Assistente de Saúde Coletiva, Odontologia e Promoção de Saúde e Odontologia Preventiva da UERN.

⁴ Professora Doutora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFRN.

Introdução

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) é um marco na incorporação da atenção primária na política de saúde brasileira. Surgida em 1994 e inicialmente voltada para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, a ESF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. Desde 1999, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (Souza, 2002).

A inclusão da saúde bucal na ESF criou um espaço para reorientação das práticas e do processo de trabalho. Por meio da portaria nº 1.444 (Brasil, 2000) foram disponibilizados incentivos financeiros e diferentes modalidades de inserção das equipes, e posteriormente a portaria nº 267 do Ministério da Saúde (Brasil, 2001) aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na ESF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Dados disponíveis no Departamento de Atenção Básica Brasil, (2003) revelam um crescimento substancial no número de equipes de saúde bucal inseridas na ESF, pois em 2001 existiam 2.248 equipes implantadas em todo país, enquanto em fevereiro de 2010 verificaram-se 19.231 equipes implantadas.

A ESF tem, estruturalmente, um direcionamento maior à prevenção das doenças e promoção da qualidade de vida da população (Brasil, 2001; Volschan *et al.*, 2002), priorizando atividades coletivas e atendimentos a grupos específicos (Farias & Moura, 2003). Assim, a inserção da saúde bucal na ESF acarretou uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante estabelecimento de vínculo territorial (Brasil, 2000).

Dessa forma, é importante avaliar como as atividades preventivas inerentes às equipes de saúde bucal estão sendo realizadas pelo profissional, posto que a obtenção do perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal encontra-se entre as atribuições do cirurgião-dentista inserido na ESF (Brasil, 2006), sendo a Epidemiologia um instrumento importante para se estabelecer prioridades de acordo com os grupos populacionais e os problemas locais (Ericksson, 2000).

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi identificar a percepção dos dentistas e da Coordenação de Saúde Bucal de dois municípios do Rio Grande do Norte (RN), sobre o impacto das ações preventivas realizadas na ESF, bem como acerca da utilização de instrumentos avaliativos no processo de trabalho.

Metodologia

Caracterização do estudo: trata-se de um estudo exploratório desenvolvido no município de Natal (capital do Estado do Rio Grande do Norte – RN) e Caicó (cidade polo do Seridó Ocidental do RN, localizada no interior do Estado). A cidade de Natal apresenta área física de 17.0000 Km² e população de 806.203 habitantes (IBGE, 2010). Por outro lado, o município de Caicó, localizado na microrregião do Seridó Ocidental do estado do RN, apresenta área de 1.229 km², com mais de 60 mil habitantes (IBGE, 2010) configurando-se como município de destaque na região potiguar.

O critério de escolha dos respectivos municípios se deu pelo fato de serem considerados polos de referência em assistência à saúde e por serem de maior porte populacional, em suas respectivas microrregiões. Por outro lado, Natal e Caicó são municípios com diferentes portes populacionais entre si, o que pode resultar em diferentes estratégias de ação em saúde bucal. De acordo com dados do Projeto SB Brasil 2003, existem diferenças na média de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) em municípios com diferentes portes populacionais, sendo a média de CPO-D de 2,92 em municípios com 50 a 100 mil habitantes, e a média de 2,02 em municípios com mais de 100 mil habitantes. Na composição percentual do índice CPO-D para todas as idades, o número de elementos cariados e perdidos é maior no município de menor porte (50 a 100 mil habitantes), quando comparado ao de maior porte (mais de 100 mil habitantes). Dessa forma, as ações preventivas para essas distintas realidades devem considerar os diferentes contextos locais.

No que se refere à ESF no município de Natal, a sua implantação ocorreu inicialmente em 1998, com quatro equipes no Distrito Sanitário Oeste, havendo ampliação para nove naquele mesmo ano (Germano *et al.*, 2005). Em Natal, no ano de 2007, existiam, de acordo com lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 101 equipes de Saúde da Família, das quais 59 pertenciam ao Distrito Norte, 8 ao Distrito Leste e 34 ao Distrito Oeste. A lista fornecida pela SMS continha 91 dentistas, sendo numerada de 1 a 91 para que os nomes dos referidos profissionais não fossem identificados na entrevista. Por outro lado, em Caicó, a implantação das ESFs ocorreu mais tardiamente (apenas em 2001), sendo a saúde bucal inserida apenas em 2007 (SIAB). De acordo com dados da SMS, o total de dentistas que compõe as Unidades de Saúde no serviço público do município é de 23 para o ano de 2009, sendo a lista também numerada de 1 a 23 para que a identidade dos profissionais fosse preservada.

População de estudo: a população inicial foi composta pelos cirurgiões-dentistas de Natal – RN (n=91) e Caicó – RN (n=23) inseridos na ESF, bem como das coordenadoras de saúde bucal de ambos os municípios. Os 114 cirurgiões-dentistas inseridos nas equipes de saúde bucal das ESFs correspondem ao universo de dentistas da ESF de Natal e Caicó. Foram excluídos do estudo os dentistas que estavam inseridos há menos de seis meses na ESF (dez dentistas). Além disso, dois profissionais não aceitaram participar da pesquisa. Desse modo, obteve-se um universo final de 102 cirurgiões-dentistas (80 dentistas de Natal e 22 dentistas de Caicó), resultando em perda aproximada de 11%.

Período de coleta de dados: em Natal, a aplicação dos questionários foi realizada no primeiro semestre de 2007, e em Caicó no primeiro semestre de 2009. O presente artigo é o resultado de duas pesquisas realizadas em períodos de tempo distintos, mas com o mesmo desenho metodológico.

Instrumentos de coleta de dados: inicialmente, foi aplicado um questionário pré-teste, contendo perguntas estruturadas e abertas, sobre avaliação de mudanças decorrentes de ações preventivas e educativas; as dificuldades em verificar impacto dessas ações e a utilização de instrumentos avaliativos apenas para os dentistas de Natal. O pré-teste foi aplicado com dez dentistas da capital do RN e, a partir do dele, foi construído o questionário definitivo que foi utilizado para os dentistas de ambos os municípios investigados. Os questionários foram preenchidos pelos próprios dentistas, após a sua leitura. O mesmo questionário foi aplicado para as coordenadoras de saúde bucal de ambos os municípios, contendo questões sobre a avaliação de impacto, utilização de instrumentos epidemiológicos e as mudanças e dificuldades identificadas no desenvolvimento de ações preventivas e educativas em saúde bucal.

Aspectos éticos: os projetos de pesquisa foram submetidos aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (projeto desenvolvido em Natal) e da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (projeto desenvolvido em Caicó), recebendo pareceres favoráveis à sua

execução, sob Protocolos nº 06/2006 e 043/2009, respectivamente. Dessa forma, a pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. É mister ressaltar que não existe conflito de interesses de nenhum tipo na presente pesquisa.

Análise dos dados: os dados foram apresentados e analisados por meio de números absolutos e percentuais (frequências), bem como foram apresentados trechos dos discursos das coordenadoras de saúde bucal para posterior discussão e comparação com as respostas dos dentistas.

Resultados

O tempo de inserção do dentista na ESF pode influenciar na sua avaliação acerca do impacto. No estudo, a maioria dos dentistas apresenta tempo intermediário de inserção nas equipes de Saúde da Família (entre 1 e 2 anos – n=44;43,14%), sendo seguidos de mais de 2 anos de tempo de serviço (n=35;34,31%), e menos de 1 ano (n=23;22,55%). No que condiz a visão dos dentistas sobre o impacto de ações preventivas; avaliação dos resultados obtidos, ou utilização de algum tipo de instrumento epidemiológico, encontrou-se um elevado percentual, tanto com os dentistas da capital (73,75%) quanto do interior (73%), de relatos sobre a inexistência de avaliação e instrumentos para verificar as mudanças ocorridas em saúde bucal (Tabela 1).

O índice 0,1 e 2, descrito na Tabela 1, corresponde a um índice superficial para verificar número de cáries, sendo zero (0) referente à ausência de cáries, um (1) representando de uma a cinco cáries e dois (2) corresponde cinco cáries ou mais.

Por outro lado, a Tabela 2 demonstra uma visão mais pessoal e subjetiva dos dentistas, pois se estabelece relação ao que eles consideram, de acordo com o que eles percebem, independentemente de instrumento ou estudo de avaliação. Diante disso, foi possível verificar que a maioria (73,75% para capital e 77% no interior) acredita haver impacto nas ações desenvolvidas na ESF. No que concerne aos dentistas que responderam existir impacto das ações (n=59 em Natal e n=17

Tabela 1 - Avaliação do impacto das ações segundo os dentistas do Programa de Saúde da Família (PSF) de Natal-RN e Caicó-RN, 2009

Existe avaliação do impacto? Qual(is) instrumento(s) de avaliação utiliza?	Natal		Caicó	
	n	%	n	%
Não existe avaliação ou instrumento/não tem como avaliar	59	73,75	16	73
Anota-se algo na ficha ou prontuário/livro	12	15	2	9
Consulta no SIA-SUS ou SIAB ou Ministério da Saúde	-	-	9	40,9
Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)	-	-	2	9
Apenas nas escolas índice 0,1 e 2,0 mas ainda não comparou	6	7,5	-	-
CPO-D/ceo-d nas escolas (apenas o inicial, mas ainda não comparou)	3	3,75	-	-

SAI-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde; CPO-D/ceo-d: dentes cariados, perdidos e obturados/número de dentes deciduos cariados, extraídos e obturados.

em Caicó), houve descrição dos motivos observados, como mostra a Tabela 3.

Por outro lado, 21 dentistas de Natal relataram acreditar apenas parcialmente no impacto das ações preventivas ou ainda ser cedo para avaliá-las, sendo apontadas algumas limitações como justificativa para essa resposta, como por exemplo, o excesso de atividade no consultório relacionada

à alta demanda (23,81%), e a necessidade de levantamento epidemiológico para melhor verificar os resultados das ações (14,28%). Quanto aos dentistas de Caicó (n=22), todos relataram dificuldades em observar impacto a partir de ações preventivas e educativas. Essas limitações para identificação de impacto e as dificuldades descritas pelos dentistas, podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 2 – Percepção dos dentistas sobre o impacto das ações preventivas e educativas. Natal-RN e Caicó-RN, 2009

Você considera que existe impacto das ações?	Natal		Caicó	
	n	%	n	%
Sim	59	73,75	17	77
Em parte/ainda é cedo	21	26,25	-	-
Não	-	-	5	23
Total	80	100	22	100

Tabela 3 - Descrição dos motivos para considerar que existe impacto das ações, segundo os dentistas do Programa de Saúde da Família (PSF) de Natal-RN e Caicó-RN, 2009

Por que ocorre impacto?	Natal		Caicó	
	n	%	n	%
Crianças com menor índice de cárie/ melhor escovação/ mudança de hábito nos escolares	17	28,81	8	47,05
Melhor higiene bucal e corresponsabilização das pessoas/ maior interesse e participação nas atividades/ maior autoestima e autocuidado	16	27,12	7	41,17
Maior nível de informação das pessoas	11	18,64	4	23,52
Trabalho com bebês tem mais resultado devido acompanhamento/ programa com bebês tem continuidade	8	13,56	-	-
Melhor cuidado da mãe com a higiene e alimentação da criança/maior consciência dos pais/maior interesse dos professores/as mães falam que a criança está escovando mais e/ou comendo menos doces	6	18,64	-	-
Maior controle e/ou acompanhamento	6	10,17	-	-
Diminuição da perda dentária precoce/as pessoas não querem mais extrair/ diminuição do número de exodontias	6	10,17	-	-
Maior interesse e/ou participação das gestantes	5	8,47	1	5,88
Integração entre saúde bucal e geral/atividades de lazer e qualidade de vida	2	3,39	-	-

*O total é maior que 100% porque a maioria dos dentistas relatou mais de uma justificativa.

Tabela 4 - Descrição dos motivos que dificultam avaliação do impacto das ações segundo os dentistas do Programa de Saúde da Família (PSF) de Natal-RN (2006) e Caicó (2008)

Quais os motivos que dificultam avaliação do impacto?	Natal		Caicó	
	n	%	n	%
Muito preso ao consultório/ alta demanda/falta de tempo para atividades preventivas	5	23,81	6	27,27
Falta de compromisso dos pais/interesse das pessoas/pacientes não colaboram/ concepção popular	3	14,28	6	27,27
Ações pontuais/falta de continuidade/falta de trabalho em equipe/falta de tempo	2	9,52	4	18,18
Necessita de levantamento epidemiológico para verificar melhor	3	14,28	-	-
Ainda tem alto índice de exodontia em adultos	2	9,52	-	-
Precisa melhorar qualidade de vida	2	9,52	-	-
Falta de apoio dos órgãos de saúde/gestão/falta instrumental ou capacitação pelo governo	-	-	8	36,36
Falta de estrutura/recursos/condições de trabalho	-	-	3	13,63

* O total é maior que 100% porque a maioria dos dentistas relatou mais de uma justificativa.

Para serem elucidadas algumas questões, também foi realizada entrevista com a Coordenação de Saúde Bucal de ambos os municípios. Quanto à questão do impacto, a coordenadora de Caicó relatou que não existe impacto, enquanto a de Natal expôs que existe apenas parcialmente, sendo justificadas as respostas da seguinte forma:

Há necessidade de trabalharmos diretamente com o subjetivo do profissional. Não adianta só alto tecnicismo e alta tecnologia. Estamos preocupados com o perfil do profissional no estabelecimento, deve ter o perfil para trabalhar. O dentista ainda não tem esse perfil, pois trabalha mais com os saberes individuais e não com a família e com a equipe. Isso desmotiva o profissional. Estamos agora trabalhando em cima disso, em equipe, no bem comum, com a interdisciplinaridade. Trabalhar com a gestão, importância do usuário, de motivação. (Coordenadora de Saúde Bucal de Natal – RN).

As ações são realizadas de forma aleatória, sem planejamento e dirigidas apenas a escolares. Preconiza-se apenas a escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor como forma de ações educativas. Esquece-se de compreender a realidade da população, seus principais problemas e necessidades. (Coordenadora de Saúde Bucal de Caicó – RN).

Ao responder sobre o que está mudando ou melhorando com as ações preventivas, a coordenação de Natal destacou a disseminação de informações pelo profissional, o que leva a população a ficar mais informada, porém, esse aspecto só poderá ser melhor verificado em longo prazo. Além disso, foi evidenciada a necessidade de um levantamento epidemiológico para identificar as mudanças ocorridas, sendo assim possível fazer comparações no decorrer das ações realizadas. Por outro lado, a coordenadora de Caicó não percebeu mudanças, tendo em vista a realização assistemática das ações.

As dificuldades apresentadas pela coordenadora de Caicó, para verificar impacto, foram: falta de compromisso da gestão e dos profissionais; falta de um parâmetro, por equipe de saúde, para estabelecer metas a cumprir; falta de técnicos capacitados e disponíveis; sub e sobre registro de procedimentos, visto que os profissionais não sabem registrar de forma adequada os procedimentos realizados; falta de planejamento na SMS; e presença de áreas descobertas, sem equipes de saúde bucal.

Já a coordenadora de Natal finalizou a entrevista da seguinte forma:

“Como não temos levantamento epidemiológico, só podemos verificar a partir dos indicadores mesmo, da escovação

supervisionada, da quantidade de procedimentos preventivos. Avaliamos ainda o indicador número de exodontias que é opcional.”

■ Discussão

Diante da discussão acerca das ações preventivas/educativas desenvolvidas, faz-se necessário analisar o que norteia o cirurgião-dentista nessas condutas e como se apresenta o sistema avaliativo nesse processo. A segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNS, 1993) relata que a maioria dos profissionais da Odontologia que compõe os serviços de saúde, em todas as esferas do governo, desenvolve uma prática tradicional, sendo o modelo privado de atenção transferido acriticamente para a prática pública. Tal “prática tradicional” tem sido constatada na ESF, pois continuam reproduzindo ações voltadas de forma mais expressiva para cárie dentária do que para outros problemas bucais.

Dessa forma, não são consideradas prioritariamente as necessidades da população e a realidade local, fato evidenciado pela falta de levantamento epidemiológico e ausência de instrumentos norteadores, como se reflete no discurso dos dentistas (Tabelas 1 e 4) e das coordenadoras de saúde bucal.

Em contrapartida, ao se referirem às dificuldades para avaliação do impacto das ações, em ambos os municípios, os dentistas evidenciaram a permanência dos profissionais dentro dos consultórios (voltados para o atendimento eminentemente clínico-curativo). De acordo com Botazzo (2008), o atendimento voltado ao consultório é influenciado fortemente pela formação tradicional em Odontologia, que foi fundamentada pelo modelo biomédico pautado na atenção individual e na doença, em práticas curativas e de natureza biológica, na tecnificação do ato odontológico, bem como na pouca atenção voltada para as ações de prevenção e promoção em Saúde (Botazzo, 2008).

Entretanto, para o município de menor porte, a principal dificuldade relatada foi a falta de apoio dos órgãos de saúde e gestão, assim como a falta de instrumental ou capacitação pelo governo. Além disso, a maioria dos dentistas do estudo está inserida a menos de dois anos na ESF, com ênfase em Caicó que apresentou equipes de saúde bucal na Saúde da Família apenas a partir de 2007, o que demonstra um processo de inclusão mais tardio no município de menor porte. Dessa forma, o tempo de inserção dos dentistas na ESF, aliado à referida falta de capacitação em seu processo de trabalho, contribui para dificuldade em avaliar impacto a partir das ações desenvolvidas. Diante das dificuldades encontradas, é importante maior envolvimento do ensino superior juntamente com polos de capacitação em Saúde da Família, minimizando as barreiras entre formação profissional e atuação nos serviços públicos de saúde.

Nesse contexto, o estudo de Mendonça (2009), ao pesquisar sobre o fortalecimento da atenção primária no Brasil com ênfase na Saúde da Família, concluiu que a educação permanente corresponde a um dos desafios para consolidar a atenção primária como eixo para reorganização dos sistemas de saúde. Por outro lado, a educação permanente é um desafio maior a ser implementado em municípios de menor porte, principalmente nos locais afastados dos grandes centros de ensino e formação, corroborando com as dificuldades apontadas pelos dentistas de Caicó – RN.

O sucesso de um programa destinado a elevar o nível de saúde bucal, por melhor que seja o planejamento, depende de recursos humanos adequadamente preparados, sendo necessária a qualificação dos profissionais. A qualificação permite que esses sintam e gradualmente ajustem seus comportamentos às modificações de natureza tecnológica, socioeconômica e cultural, o que exige uma constante revisão do papel da Odontologia como instrumento social (Volschan *et al.*, 2002).

Nesse sentido, ao permitir a convergência de interesses para o aprimoramento do modelo de atenção à saúde bucal em nível local, a educação permanente torna-se fundamental no processo de preparação de recursos humanos estratégicos para consolidação da cultura de avaliação dos serviços.

Assim, no processo de educação permanente, devem ser incluídos temas como a epidemiologia, pois se configura como importante instrumento para se estabelecer prioridades de acordo com os grupos e os problemas, de forma a direcionar os procedimentos preventivos à realidade local (Ericksson, 2000). A obtenção do perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal encontra-se entre as atribuições do cirurgião-dentista inserido na ESF (Brasil, 2006).

Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de saúde da população local como fator prioritário do planejamento das ações e no estabelecimento de prioridades, conforme exposto por meio da portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006). No estudo, essa necessidade foi apontada pelas Coordenadoras de Saúde Bucal de ambos os municípios. Estabelecendo um contraponto entre os municípios, pode-se observar que apesar das diferenças de porte populacional e de complexidade administrativa das ESF, ambos padecem de uma articulação do serviço (gestão e profissionais de serviço) em prol de ações voltadas à realidade local com base em instrumentos avaliativos. De acordo com o SB Brasil 2003, os municípios de menor porte populacional apresentaram maiores níveis de dentes cariados e perdidos, o que denota maior necessidade de ações preventivas e curativas.

A avaliação deveria ser um elemento central e constante no processo de planejamento (Petersen e Kwan, 2004), sendo

o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados aspecto fundamental da Atenção Básica (Brasil, 2006). Apesar disso, verifica-se que mais de 70% dos dentistas relataram não ter instrumento de avaliação ou que não tem como avaliar o impacto das ações. As fichas ou prontuários são utilizados como instrumento por parte dos cirurgiões dentistas por meio de anotações sobre: nível de higiene, sangramento gengival e número de cáries. Entretanto, a forma de avaliar as fichas e prontuários foi pouco descrita pelos profissionais, não existem índices padronizados, e ainda não houve utilização dos registros como forma de avaliação.

O presente estudo corrobora com Cericato *et al.* (2007), que em pesquisa, cujo objetivo foi realizar uma revisão crítica sobre as ações e métodos de avaliação utilizados dentro da Odontologia na ESF, concluíram que ainda existe uma deficiência de instrumentos apropriados para avaliação e desempenho das atividades dos profissionais em saúde bucal. Além disso, os autores constataram desconexão entre as informações do nível central da assistência e a equipe de saúde que trabalha diretamente com a população, não havendo assim retroalimentação de informações que permita às equipes o acompanhamento do seu desempenho ao longo tempo. (Cericato *et al.*, 2007)

Uma baixa proporção dos dentistas citou o uso do CPO-D (número de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados), ceo-d (número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) e do índice 0,1,2 (0=sem cárie; 1= uma a cinco cáries; 2= acima de cinco cáries) como instrumentos utilizados apenas nas escolas, mas em nenhum dos casos houve comparação de dados, com coleta apenas dos índices iniciais. O índice 0,1 e 2 apresentado na Tabela 1, está relacionado apenas à cárie dentária e aos escolares, o que demonstra uma falta de abrangência aos outros problemas bucais, assim como a necessidade de avaliação nos diferentes grupos e faixas etárias. Além disso, não existe referência desse índice na literatura, sendo desenvolvido pelos próprios profissionais. Nesse contexto, a coordenadora de Saúde Bucal de Caicó também ressaltou a falta de instrumentos avaliativos, bem como o direcionamento das ações apenas para os escolares.

Na tentativa de abranger outros grupos, é feito o índice 0,1 e 2 citado anteriormente (Tabela 1) durante o cadastramento inicial das famílias. No entanto, somente 10% dos dentistas relacionaram esse índice ao cadastramento inicial, sendo realizado na maioria das vezes pelo agente comunitário de saúde que recebe treinamento para identificação das cáries. Apesar de atingir a família, ainda é focalizada na cárie dentária. Nesse sentido, existe a necessidade de desenvolver levantamentos epidemiológicos e construir outros instrumentos capazes

de identificar má oclusão, lesões na mucosa oral, problemas periodontais e outras alterações também importantes no processo avaliativo.

Alguns desses aspectos são abordados nos Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2006), que destaca a importância do diagnóstico situacional, com ações dirigidas aos problemas de saúde identificados na família. Essa relação também é exposta na portaria nº 267 de 2001 (Brasil, 2001), a qual ressalta que a Secretaria Municipal de Saúde deve considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica, e dos demais níveis de complexidade do sistema. A Epidemiologia é importante nesse contexto, tanto para conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, como monitorar riscos, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos.

Além disso, não se deve restringir a levantamentos com escolares, pois as atividades devem ser voltadas para toda família, com identificação dos problemas da comunidade como um todo. Watt *et al.* (2006) relataram que uma variedade de grupos populacionais pode ser alvo de promoção de saúde, mas as revisões sistemáticas têm mostrado que a maioria das intervenções é voltada à crianças e escolares, seguido da atenção a idosos. Conforme verificado em revisão sistemática desenvolvida por Pauleto *et al.* (2004), para que as ações preventivas e educativas desenvolvidas em escolares alcancem resultados promissores em saúde bucal, é necessário envolvimento dos sujeitos (equipe escolar, equipe de saúde e famílias) de forma integrada e formando rede de parcerias. Nesse sentido, a realização de programas educativos eficazes em escolares requer motivação e envolvimento de toda a escola. Aliada à dificuldade de motivar e integrar a equipe, há barreiras na construção de estratégias que viabilizem continuidade de ações educativas em escolares (Pauleto *et al.*, 2004).

Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação faz parte das competências das Secretarias Municipais no que se refere à atenção básica. Porém, esse processo avaliativo deve ser ampliado na prática, com capacitação dos profissionais e participação ativa nesse contexto.

As medidas de avaliação devem incluir o desenvolvimento de políticas públicas, envolvimento da comunidade, melhorias no conhecimento em saúde, mudanças ambientais, alterações de estilo de vida e nas práticas das pessoas. No entanto, a maioria dos estudos refere-se às mudanças de conhecimento em saúde e nível de informação (48%), apresentando em seguida as alterações quanto ao estilo de vida (13%) (Watt *et al.*, 2006).

Existem muitas razões para baixa implementação da avaliação no processo de trabalho, incluindo falta de conhecimento e treinamento dos profissionais no sentido de utili-

zar instrumentos e de ter a avaliação como parte integrante do planejamento, limitação de tempo e suporte para ações avaliativas e incertezas sobre a avaliação apropriada para as intervenções desenvolvidas (Kwan & Petersen, 2004; Watt *et al.*, 2006).

Uma das dificuldades para verificar o impacto das ações, observada por 5% dos dentistas, foi a alta demanda para atendimento clínico e curativo. Esse achado corrobora com Kwan e Petersen (2004) quando relatam a “falta de tempo” e de “suporte” para atividades de avaliação. Nesse sentido, apesar das mudanças verificadas na ESF, o dentista ainda apresenta-se preso ao consultório e ao atendimento das necessidades curativas da população. Apesar de haver atividades em diferentes grupos sociais, não faz parte do planejamento uma avaliação regular da família adstrita, o que dificulta um *feedback* dos resultados.

Essa discussão também se refletiu no discurso das coordenadoras de Saúde Bucal que ressaltaram a dificuldade de avaliação, pela ausência de levantamento epidemiológico e de outros instrumentos que permitam uma resposta mais aproximada acerca das mudanças em saúde bucal da população. Os principais meios de avaliação utilizados no município, segundo a coordenação de Natal, estão relacionados aos relatórios de produção ambulatorial apresentados pelos dentistas, assim como os dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores, sendo este último destacado dentre os demais. Apesar disso, os dentistas de Natal não fizeram qualquer referência ao SIA-SUS e SIAB, enquanto 40% dos dentistas de Caicó (Tabela 1) destacaram esses sistemas de informação como instrumentos de avaliação. Por outro lado, a coordenação de Caicó relatou a inexistência de qualquer instrumento avaliativo, bem como destacou, que do ponto de vista das equipes, existe uma ausência de compreensão da realidade da população, seus principais problemas e necessidades no direcionamento das ações.

Após discutir sobre os procedimentos preventivos nos diversos grupos, bem como o processo avaliativo nesse contexto, torna-se necessário avaliar a perspectiva do dentista com relação ao impacto dessas ações. Nesse sentido, verifica-se que dentre os dentistas que consideram existir impacto, as principais justificativas referem-se aos melhores hábitos de higiene e diminuição do índice de cárie nas crianças, assim como melhor higiene bucal e envolvimento das pessoas com as atividades. Pode ser observado, ainda, que parte dos profissionais percebe as mudanças porque as mães relatam que as crianças estão escovando mais ou porque as mães estão mais cuidadosas com seus filhos. A avaliação de melhores resultados nessa faixa etária reflete o desenvolvimento das ações

preventivas em proporção maior no grupo das crianças, além da maior regularidade e continuidade.

Vale ressaltar que apesar da maioria dos dentistas considerarem existir impacto, não há instrumentos ou dados coletados para verificar esses aspectos citados anteriormente. As respostas são subjetivas, refletindo a percepção do profissional acerca das mudanças, mas sem comprovação científica, avaliação das necessidades ou levantamento epidemiológico.

Outro aspecto verificado refere-se ao nível de informação das pessoas que foi citado por 18,64% (Tabela 3) dos dentistas como impacto observado, apesar de não ter sido realizado nenhum estudo para avaliar as diferenças no grau de conhecimento. A coordenadora de Saúde Bucal de Natal também relacionou a disseminação de informação e assimilação pelas pessoas como principal mudança a partir das atividades preventivas, mas que em longo prazo essa questão será mais evidenciada. Watt *et al.* (2006) observaram que 48% dos estudos relacionam-se a avaliação de mudanças no nível de informação da população alvo das atividades de prevenção e promoção em saúde.

No entanto, ao serem analisadas as ações de educação em saúde, os fatores implicados em sua efetividade devem ser observados, como o fato de serem fortemente apoiadas em práticas de transmissão de conhecimentos, sem espaço para práticas dialógicas capazes de mobilizar os indivíduos quanto à problemática da saúde bucal. Dessa forma, é preciso visar à autonomia em relação ao cuidado com a saúde, bem como valorizar a interação entre pares, a reflexão, e a busca de parcerias (escola, universidade, serviços de saúde, ONGs) (Pauleto *et al.*, 2004).

A alta demanda, o trabalho restrito ao âmbito do consultório odontológico, bem como a falta de levantamento epidemiológico rotineiro no processo de trabalho, foram fatores apontados pelos dentistas como justificativas para que as ações preventivas tivessem impacto apenas parcialmente. A coordenadora de Saúde Bucal de Natal também ressaltou a necessidade de levantamento epidemiológico para fazer as comparações e verificar as mudanças ocorridas, e como não tem o levantamento, considera as melhorias apenas pelo aumento de procedimentos preventivos e de escovação supervisionada, além da diminuição de exodontias. Já a coordenadora de Caicó não verificou melhorias a partir das ações desenvolvidas.

A falta de regularidade das ações também foi relatada como dificuldade, tendo em vista as atividades a serem desenvolvidas de forma pontual e sem continuidade, corroborando com discurso da coordenadora de Caicó. No que se refere às palestras e ações educativas, verifica-se ineficácia quando realizadas pontualmente (Milori *et al.*, 1994). Além disso, a simples transmissão de informações com base em abordagens higienistas não expressa preocupação com problematização em saúde bucal

na população alvo (Pauleto *et al.*, 2004). Apenas um dentista relacionou a necessidade de melhorar a qualidade de vida para obter impacto, conforme preconiza a promoção de saúde no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis (WHO, 1986). De forma semelhante, estudos de avaliação de políticas públicas saudáveis correspondem a apenas 1% de acordo com revisão dos estudos realizada por Watt *et al.* (2006).

A coordenadora de Saúde Bucal de Natal considera que existe impacto apenas parcialmente, e apresentou como justificativa principal o perfil do profissional que ainda trabalha mais com os saberes individuais e não com a família e a equipe. Ainda resalta que está trabalhando no sentido de fortalecer a integralidade, trabalho em equipe e a participação do usuário por meio da divisão de responsabilidades. A coordenadora de Caicó corrobora com esse aspecto ao destacar a falta de compromisso do profissional com o processo de trabalho.

Essa atuação do cirurgião dentista, de forma individualista e mais voltada para a clínica, tem relação com sua formação acadêmica, mas também há influência da expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico. Além disso, de acordo com Araújo e Dimenstein (2006), a maioria dos profissionais não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada à ESF. Assim, observa-se que a experiência da ESF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas, nem criar outro modo de produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas, sendo necessária a motivação e o redirecionamento das práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas (Araújo e Dimenstein, 2006).

Além disso, o estímulo ao desenvolvimento de estudos dentro do sistema de saúde é essencial, com investigação por meio de questionários, estudos comparativos e estímulo à participação das pessoas no processo de planejamento. As diferentes alterações bucais devem ser contempladas, assim como a utilização dos diversos espaços sociais.

Dessa forma, a implementação da ESF difunde uma nova perspectiva para a atenção primária no Brasil, voltada para a família e a comunidade, exigindo desencadeamento de mudanças no modelo assistencial que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos (Escorel *et al.*, 2007).

Portanto, diante dos aspectos anteriormente discutidos, verifica-se a necessidade da avaliação das ações realizadas pela equipe de saúde bucal, principalmente por meio de recursos epidemiológicos que norteiem as prioridades e o planejamento, buscando assim considerar a integralidade da atenção à saúde.

Referências

- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
- BOTAZZO, C. Integralidade da Atenção e Produção do Cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica. In: MACAU, M. *Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica – saúde bucal*. Brasília: Secretaria de atenção à saúde e departamento de atenção básica, 2006. 92P.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, p.71-75, 29 março. 2006. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). *Atenção Básica e a Saúde da Família*. 2003. Acesso em setembro de 2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>.
- _____. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. [serial online] 2004. [capturado em 02 out.2004] Disponível em www.saude.gov.br
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 267, de 06 de março de 2001. Aprova Normas e Diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na estratégia do PSF. *Diário Oficial da União*, Brasília, p.67, 07 março. 2001. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 85, 29 dezembro. 2000. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica* (SIAB). Acesso em setembro 2010. Disponível em: www.datasus.gov.br.
- CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *Revista da Faculdade de Odontologia*, v. 12, n. 3, p. 18-23, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2. *Relatório final*. Brasília: Comitê executivo da II CNSB; 1993. 20 p.
- ERIKSSON, C. Learning and knowledge-production for public health: a review of approaches to evidence-based public health. *Scandinavian Journal Public Health*, v. 28, n. 4, p. 241-243, 2000.
- ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.
- FARIAS, M. V.; MOURA, E. R. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família do município de Iracema, no Ceará. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 32, n. 2, p. 131-137, 2003.
- GERMANO, R. M. et al. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. *Plano diretor 2004-2005 do Observatório de Recursos Humanos em Saúde* (NESC/UFRN). Natal, 2005.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades* [acessado em setembro de 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
- PETERSEN, P. E.; KWAN, S.; Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dental Health*, v. 21 (Supplement 4), p. 319-329, 2004.
- MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, suplemento 1, p. 1493-1497, 2009.
- MILORI, A. S.; NORDI, P. P.; VERTUAN, V.; CARVALHO, J. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. *Revista de Odontologia da Unesp*, v.23, n. 2, p.325-231, 1994.
- PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.
- SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; Viana A. L. (Org.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-240.
- VOLSCHAN, B. C. G.; SOARES, E. L.; CORVINO M. Perfil do profissional de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 59, n. 5, p. 314-316, 2002.
- WATT, R. G. et al. Evaluating oral health promotion: need for quality outcome measures. *Community Dental Oral Epidemiology*, v.34, n. 1, p. 11-17, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Ottawa Charter for Health Promotion - Health Promotion (HPR)*. 1986. Acessado em nov. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

Recebido em: 18/7/2010
Aprovado em: 15/10/2010