



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO  
FIGUEIRA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM  
AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**JULIANA RIBEIRO FRANCELINO SAMPAIO**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA  
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
JUAZEIRO DO NORTE-CE.**

**RECIFE**

**2011**

**JULIANA RIBEIRO FRANCELINO SAMPAIO**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA  
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
JUAZEIRO DO NORTE-CE.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Avaliação de Intervenções de Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Suely Arruda Vidal

**Co-Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Reneide Muniz da Silva

**RECIFE  
2011**

**JULIANA RIBEIRO FRANCELINO SAMPAIO**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA  
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
JUAZEIRO DO NORTE-CE.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em 07 de outubro de 2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes  
Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

---

Profª Dra. Isabella Chagas Samico  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP

---

Orientadora Profª Dra. Suely Arruda Vidal  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP

## DEDICATÓRIA

À Trindade Santa por me iluminar sempre...  
Aos meus pais, Antônio e Nazaré, pela eterna dedicação, carinho e amor. Aos meus irmãos Pablo, Thiago e Diego por terem sido meus maiores incentivadores nessa jornada. Aos meus filhos Vinicius e Lara, que mesmo com pouca idade me compreenderam e me apoiaram. Ao meu marido pela compreensão nas minhas ausências e por apoiar sempre meu crescimento científico.

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho em muito se deve à colaboração e apoio de diversas pessoas, às quais transmito os mais sinceros agradecimentos:

- Professora Dra. Suely Arruda Vidal pela orientação, incentivo, compreensão e amizade;
- Professora Reneide Muniz da Silva pela co-orientação, apoio, incentivo e amizade;
- Professores do Mestrado pela oportunidade do aprendizado e convívio durante esses meses;
- Professor Dr. Petrônio Martelli e Professora Gisele Cazarin, pelas contribuições durante o processo de qualificação;
- Amiga Mariana pelas palavras de conforto nas horas de desânimo e pelo apoio sempre, mesmo que distante;
- Amigas que tive oportunidade de conhecê-las no mestrado e que me oportunizaram momentos felizes Simone Caetano, Juliana Sena e Greciane;
- Amiga Renata pelo apoio incondicional e colaboração na pesquisa de campo e incentivo sempre;
- Amiga Francisca Benjamim pelo apoio incondicional, carinho e colaboração nos trabalhos técnicos;
- Amigos de turma do mestrado pela convivência salutar durante esses meses.

## EPÍGRAFE

*"Livros não mudam o mundo, quem muda o mundo são as pessoas. Os livros só mudam as pessoas".*

*Mário Quintana*

## RESUMO

Cenário: A efetiva inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde - SUS, pautada nos pilares da integralidade, se deu com a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, em 2004, pelo Governo Federal. Até maio de 2011, o Brasil tinha 20.714 equipes de saúde bucal implantadas em 4.838 municípios, das quais, trinta e cinco estão localizadas na cidade de Juazeiro do Norte/CE, representando 48,33% de cobertura populacional nesse município. Objetivo: Avaliar o grau de implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente- na atenção básica no município de Juazeiro do Norte, Ceará, em 2011. Método: Avaliação normativa das dimensões de estrutura e processo. Construiu-se o modelo lógico da Política baseado em documentos e portarias ministeriais, a partir do qual se elaborou um instrumento estruturado para coleta de dados. Esse instrumento foi aplicado às trinta e uma equipes de saúde bucal, com respostas do tipo SIM = 1/NÃO = 0, que, após aplicação, foram somadas e ponderadas segundo dimensões. O resultado final foi expresso em percentual calculado em relação à pontuação máxima esperada. Os critérios de classificação do Grau de Implantação foram: implantada (se o percentual alcançado fosse maior ou igual a 80% ); implantação regular (se o percentual correspondesse ao intervalo maior ou igual a 60% e menor que 80 %; implantação insuficiente (se maior ou igual a 40% e menor que 60%) e não implantada (menor que 40% do preconizado). Resultados: componente **estrutura** o grau de implantação foi classificado como insuficiente- fragilidade na educação permanente dos profissionais, quantidade insuficiente de instrumental e equipamentos, escassez de escovários e falta de planejamento, por parte da gestão, em relação ao abastecimento de materiais e insumos para as unidades de saúde e, ainda, no componente **processo** o grau de implantação foi classificado como regular - deficiência nas atividades educativas para grupos prioritários, forma de acesso ao atendimento odontológico na unidade de saúde e equipes sem conhecimento do perfil epidemiológico da população adstrita. Conclusão: As ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica foram avaliadas como insuficientes, quanto ao grau de implantação de estrutura e processo, dessa forma é pouco provável que a população coberta tenha como resultado uma melhoria da saúde bucal.

**Palavras- chave:** Avaliação em Saúde; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Scenario: The effective integration of the oral health in the Brazilian public health system (SUS), based on the integrity values, started with the publication of the Oral Health National Policy - "Smiling Brazil"- in 2004 by the Federal Government. Until May 2011, Brazil had 20,714 oral health teams deployed in 4,838 municipalities. The Juazeiro do Norte cities (Ceará State) have 35 oral health teams that cover 48.33% of the population. Objective: To evaluate the implementation degree of the Oral Health National actions with the primary health care in the Juazeiro do Norte city in 2011. Method: Normative evaluation of the structure and process dimensions. It was built the policy logical model based on the documents and ministerial law, from which it was, developed a structured instrument for collect data. This instrument that have answers like YES = 1/NO = 0 was applied in 31 oral health teams and after application, were combined and weighted second dimensions. The end result was expressed as percentage score in relation of the score maximum expected. The classification criteria for the implementation degree were: *implemented* (if the percentage achieved was greater than or equal to 80%), regular *implementation* (if the percentage corresponds to the range greater than or equal to 60% and less than 80%), *insufficient* (if the percentage greater than or equal to 40% and less than 60%) and not *implemented* (if the percentage were less than 40%). Results: component **structures** the implementation level was classified as insufficient, weakness in the continuing education for professionals, insufficient instruments and equipment quantity, shortages toothbrush and lack of planning of management team in relation to the chain supply for health facilities and also in the component process the implementation level was classified as regular - disabilities in educational activities for priority groups, access form to the dental health care in the health facility and staff without knowledge of the epidemiology profile of the enrolled population. Conclusion: The Oral Health National Policy primary health care was considered as insufficient, the degree of structure and deployment process, thus it is improbable that the population covered has a better result in the oral health.

**Keywords:** Evaluation in Health, Oral Health, Primary Health Care



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CMSB	Coordenação Municipal de Saúde Bucal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GI	Grau de Implantação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SB	Saúde Bucal
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
USF	Unidade de Saúde da Família

## **LISTA DE QUADROS E TABELA**

### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Modelo Lógico das ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica no âmbito municipal.....	35
Quadro 2 - Matriz de análise para avaliação do grau de implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito municipal na atenção básica componente Gestão municipal da Atenção Básica/ dimensão estrutura.....	39
Quadro 3 - Matriz de análise para avaliação do grau de implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica no âmbito municipal componente Processo de trabalho da ESB na Atenção Básica/ dimensão processo.....	42
Quadro 4 - Variáveis e ponderação para determinação do grau de implantação da estrutura nas unidades de saúde .....	44
Quadro 5 - Variáveis e ponderação para determinação do grau de implantação do processo nas unidades de saúde.....	45
Quadro 6 - Matriz de monitoramento dos componentes das ações da Política de Saúde Bucal na Atenção Básica no âmbito municipal.....	68

### **LISTA DE TABELA**

Tabela 1- Grau de Implantação de estrutura e processo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde da Atenção Básica no município de Juazeiro do Norte-CE, 2011.....	56
---	----

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Uma breve trajetória da Odontologia e Saúde Bucal no Brasil.....	13
1.2 Os acontecimentos precussores da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil .....	17
1.3 A Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.....	22
2. JUSTIFICATIVA .....	30
3. OBJETIVOS .....	32
3.1 Geral .....	32
3.2 Específicos.....	32
4. MÉTODO .....	33
4.1 Desenho do estudo.....	33
4.2 Modelo Lógico das ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica no âmbito municipal .....	33
4.3 Local do estudo.....	37
4.4 Unidade de Análise.....	37
4.5.1 Categorias de análise para determinação do Grau de Implantação .....	38
4.5.1.1 Avaliação da dimensão estrutura.....	44
4.5.1.2 Avaliação da dimensão processo .....	45
4.6 Coleta de dados.....	46
4.6.1 Técnica de coleta de dados .....	46
4.7 Interpretação e Análise dos dados .....	47
4.7.1 Medição e avaliação do grau de implantação da Política de Saúde Bucal.....	47
4.7.2 Plano de Análise da avaliação da estrutura .....	47
4.7.3 Plano de Análise da avaliação do processo .....	48
4.7.4 Plano de análise do Grau de implantação.....	48
5. ASPECTOS ÉTICOS .....	50
6. RESULTADOS .....	50
6.1 Avaliação do Grau de Implantação .....	50
6.1.1 Avaliação da dimensão estrutura.....	50
6.1.1.2 Avaliação por blocos de variáveis .....	51
6.1.2 Avaliação da dimensão processo .....	53
6.1.2.1 Avaliação por blocos de variáveis.....	54

7. DISCUSSÃO .....	57
8. CONCLUSÃO.....	66
9. RECOMENDAÇÕES.....	67
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
APÊNDICES .....	78
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista de Campo-TCLE .....	79
APÊNDICE 2 - Instrumento para Avaliar o Grau de Implantação da Política de Saúde Bucal na Atenção Básica, no Município de Juazeiro do Norte, em 2011.....	80
ANEXO .....	87
ANEXO 1 - Declaração do Comitê de Ética do IMIP.....	88

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Uma breve trajetória da Odontologia e Saúde Bucal no Brasil

No Brasil, o contexto do surgimento e evolução da odontologia é marcado por registros não muito diferentes do contexto mundial, na época pré-colombiana nada podia ser dito sobre a odontologia, devido ao estado rudimentar da civilização.<sup>1</sup>

Com o processo de colonização do Brasil, começaram a chegar pessoas capacitadas nas mais diversas ocupações, dentre eles os melhores profissionais da Península Ibérica, os cirurgiões-barbeiros.<sup>1</sup>

Em 22 de janeiro de 1808, com a vinda da corte de Portugal para o Brasil, é significativo o progresso em diversas áreas, dentre elas a Odontologia.<sup>2</sup> A partir de 1840 o número de dentistas oriundos dos Estados Unidos da América passou a suplantiar os dentistas franceses que tinham vindo para o Brasil.<sup>1</sup>

*"A forma como o estado se posiciona e responde, por meio de ações na área da saúde, às mudanças sociais, às necessidades e aos problemas de saúde da população, direciona os movimentos de transformação das práticas sanitárias ao longo da História. Sendo assim, o campo da saúde molda-se aos contextos sócio-político-cultural de cada época (2006, p.06)".<sup>4</sup>*

Conforme a Constituição de 1891 cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento, assim como pelas de educação no âmbito das políticas sociais. Com a forte influência capitalista, as práticas sanitárias daquela época eram focadas no controle de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho. Modelos estes

baseados em experiências nos países capitalistas centrais como a Alemanha, e França na Europa e os Estados Unidos na América do Norte. A odontologia brasileira reproduzia uma assistência caracterizada como cientificista ou flexneriana, onde privilegiava o indivíduo como objeto de prática, responsável pela saúde.<sup>4,5</sup>

Um ativo movimento de Reforma Sanitária surgiu no Brasil durante a Primeira República e definia a saúde como questão social e política. Criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, dirigido por Carlos Chagas. O movimento sanitaria tinha como um dos seus objetivos a criação de um Ministério autônomo. Devido à forte oposição das oligarquias rurais esse projeto fracassou.<sup>4</sup>

Entre 1910 e 1930 as elites oligárquicas estavam sensibilizadas com os graves problemas sanitários do país e tinham consciência de que era responsabilidade do Estado nacional assumir as questões relativas à saúde das populações e ao saneamento do território. Esse período foi marcado pelo nascimento da Previdência Social no Brasil, em relação às ações de saúde coletiva, houve o surgimento do “sanitarismo campanhista”, sendo o estado de São Paulo o pioneiro na implantação de uma política sanitária.<sup>4,5</sup>

Em 1911 foram criados os três primeiros cargos de cirurgião-dentista na administração pública paulista por força da Lei n 1.280 de 19 de Dezembro. Inicialmente ligados à Secretaria de Justiça e Segurança Pública e posteriormente à Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior e Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista, respectivamente.<sup>6</sup>

Carvalho e Loureiro (1997)<sup>7</sup>, afirmam que a odontologia insere-se na assistência pública, em 1912, em decorrência da Fundação das Clínicas Dentárias Escolares, idealizada por Baltazar Vieira de Melo em São Paulo.

No período de 1930 a 1945 houve o surgimento das ações centralizadas de Saúde Pública. A Previdência do ponto de vista de concepção é claramente definida enquanto seguro privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde, sendo destinada apenas aos cidadãos inseridos no mercado formal de trabalho.<sup>5</sup> Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) coube a este as ações de saúde pública, onde cabia a prestação de serviços para os pobres, os desempregados, ou seja, todos aqueles que não se enquadravam no perfil dos institutos de previdência. O primeiro governo de Getúlio Vargas foi marcado pelo início da distinção institucional entre essas duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil.<sup>4,3</sup>

Em 1952 o Serviço Especial de Saúde Pública-SESP implementou os primeiros programas de odontologia sanitária no país. Tinha como alvo principal a população em idade escolar com idades de 6-14 anos, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo mais sensível às intervenções de saúde pública. Foi o início da adoção das técnicas de planejamento e programação em saúde no cotidiano de vários profissionais de odontologia.<sup>6,8</sup> Essa visão da assistência desenvolvida pelo SESP rompeu de certa forma com a demanda espontânea do modelo hegemônico da atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas.<sup>3</sup>

Como resultados das discussões que ocorreram durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, estavam a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalizações dos serviços de saúde. Porém esse movimento no sentido de descentralizar, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964.<sup>4,9</sup>

Num sentido transversal a todo esse pano de fundo em que vivia o cenário brasileiro, a odontologia aparecia dentro de um Modelo Assistencial chamado Odontologia Sanitária e Sistema Incremental.<sup>8</sup> Vale ressaltar que inserido nesse contexto e paralelo a esses acontecimentos aconteceu a primeira regulamentação do exercício profissional da Odontologia no dia 17 de janeiro de 1951 pela Lei n 1.314.<sup>2</sup>

Chaves (1960) citado por Narvai<sup>6</sup>, define a ideia de que odontologia sanitária é “prevenção” ou de “assistência ao indigente, à gestante, ao escolar, ou a qualquer outro grupo”. “É trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral”.

Em 1960 Mário Chaves publicou o “Manual de odontologia sanitária”, obra que marcou a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico no país. A Odontologia Sanitária tem como principal ferramenta teórica para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade o sistema incremental.<sup>6</sup> Para Pinto (1989)<sup>10</sup>, esse sistema tem enfoque curativo-reparador, pois utiliza de uma ação horizontal preventiva e uma ação vertical curativa.

Durante a década de 70 com a aprovação do II Plano Nacional de Desenvolvimento ficou muito clara a divisão de ações em saúde para o setor estatal e para o setor privado, via Previdência Social, respectivamente realizavam as ações de saúde coletiva e atenção médica. Ocorreu também a autonomização da política de assistência médica previdenciária, ou seja, a mesma não tinha mais obediência à Política Nacional de Saúde.<sup>5,9</sup>

Diante dessa situação de exclusão e de desigualdade para os que não se enquadravam nos critérios da previdência surgiu a idéia de ações de saúde simplificadas para populações marginalizadas.<sup>3</sup> Esse modelo trazia como foco central uma odontologia voltada para a promoção, educação e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva utilizando a



abordagem de participação comunitária, e incorporando o serviço técnico de pessoal auxiliar.<sup>8</sup> A implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) teve alta relevância, pois tinha uma abordagem médico-social ao pensamento sanitário desenvolvimentista além de se desenhar dentro de diretrizes que mais tarde embasaram o SUS como: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade.<sup>9</sup>

A década de 80 foi marcada pela formulação do PREV-SAÚDE com o intuito de uma saúde hierarquizada, participativa, integrada, regionalizada e de uma alta cobertura, porém por motivos de forças contrárias este projeto foi abortado. Houve também a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que tinha como objetivo atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica, além de sugerir critérios de alocação de recursos e recomendar políticas de financiamento e assistência, analisando e avaliando a operacionalização por parte da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social. Posteriormente foi implementado o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que se concretizou por meio de convênios com a maioria dos estados brasileiros.<sup>5,11,9</sup>

## **1.2 Os acontecimentos precussores da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil**

Em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma de estratégias do “movimento pela democratização da Saúde em toda sua história”.<sup>3</sup> Foi também nesta mesma Conferência que se elaborou um projeto para a nova Lei do SUS<sup>6</sup>. Como parte

integrante da VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal que teve quatro grandes temas: 1) A saúde como Direito de todos e Dever do Estado, 2) Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, 3) Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde e 4) Financiamento do Setor de Saúde Bucal.<sup>3</sup>

O 1º Levantamento Epidemiológico da área da Saúde Bucal com abrangência nacional, realizado em 1986 em abrangendo 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras, foi realizado pelo Ministério da Saúde com o apoio do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA). A pesquisa teve como público alvo crianças, adolescentes, adultos e idosos, na zona urbana, e seu objetivo geral era conhecer os níveis de prevalência da cárie dentária, doença periodontal, acesso aos serviços e existência e necessidade de prótese total, bem como subsidiar a implantação de um programa nacional de saúde bucal no Brasil.<sup>12,13</sup>

O modelo público de assistência odontológica hegemônico que permaneceu até a Constituição de 1988, era restrito, pois a assistência dentária era ofertada apenas aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando a contratação de serviços profissionais privados.<sup>2</sup>

Segundo meta sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000, foi preconizado para a idade de 12 anos ter no máximo três dentes comprometidos, e considera que o CPO-D (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) de 0 a 3 (situação ideal), 3,1 a 5 (índice médio), 5,1 a 7 (alto) e igual ou superior a 7,1 (muito alto). Como resultados foram comprovados os altos índices de cárie entre as crianças brasileiras um dos maiores CPO-D do mundo à época em todas as idades analisadas, sendo de 6,7 para crianças de 12 anos, de 12,68 para faixa etária 15 a 19 anos, de 22,50 para faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,22 para faixa

etária de 50 a 59 anos. A região Nordeste apresentou situação desfavorável, com 27% das pessoas com um CPO-D máximo de três. Outro dado importante é que apenas 17 % dos jovens de 18 anos com renda de até dois salários mínimos possuíam todos os dentes e nenhuma indicação de extração, já 52% dos jovens da mesma faixa etária com renda de 5 e mais salários- mínimos possuíam todos os dentes. Em relação à doença periodontal ficou constatado que 71% das pessoas na faixa etária de 35 a 44 anos precisavam realizar higiene oral metódica. Quanto à necessidade de uso de prótese 72% da população urbana de 50 a 59 anos já havia extraído todos os dentes pelo menos em uma arcada dentária.<sup>13</sup>

O grande marco histórico na saúde brasileira foi a promulgação da oitava Constituição brasileira, a “Constituição Cidadã”, a mesma aprovou a criação do SUS e no seu artigo 196 define a "saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".<sup>14</sup>

Em 1993 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, os delegados e participantes expressaram de forma incisiva a insatisfação com o neoliberalismo brasileiro e cobraram a responsabilização e o compromisso social do governo principalmente na melhoria do quadro sanitário incluindo as doenças bucais. Dentre as diretrizes e estratégias políticas aprovadas para a saúde bucal estavam: a saúde Bucal como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em saúde bucal, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da saúde bucal no SUS seria dada por meio dos Conselhos de Saúde como forma de garantir o acesso universal, a equidade e a promoção da saúde.

Três anos após, aconteceu o II Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, este foi realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Associação Brasileira de

Odontologia (ABO) e Conselho Federal de Odontologia (CFO), Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Tinha como objetivo verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. E seu foco era cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, de escolas públicas e privadas. O resultado desta pesquisa serviria como subsídio para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS.<sup>3</sup>

Em 2000, o Ministério da Saúde deu início às primeiras discussões a respeito da realização do III Levantamento Epidemiológico. Vale salientar que já em 1981, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI) tinham como objetivo estabelecer um referencial comum para o planejamento das ações voltadas para melhoria do quadro epidemiológico da saúde bucal.<sup>15</sup>

Em 2003 foi realizado o III Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, que tinha como tema Saúde Bucal Brasil (SB Brasil): Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Este estudo colaborou para a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal principalmente do ponto de vista epidemiológico. Também contribuiu para subsidiar o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diversas esferas de governo. Foram envolvidas nesse processo o Conselho Federal de Odontologia, Conselhos Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, Faculdades de Odontologia, além do decisivo suporte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mesmo considerando um atraso de quatro anos e fazendo um comparativo com as metas propostas pela Organização Mundial (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000, os resultados mostraram que a situação do Brasil não era muito boa. Somente na idade de 12 anos o Brasil conseguiu atingir a meta da OMS para o ano 2000, e isso se deveu às crianças do sul e sudeste. Nas demais idades a população brasileira ficou aquém da meta proposta pela OMS, ressaltando que para a faixa etária de 18 anos a meta era

ter 80% da população nessa faixa etária com arcada dentária completa. O resultado brasileiro foi de apenas 55,09% desta faixa etária com arcada dentária completa. Merece destaque a faixa etária de 65 a 74 anos onde a meta estipulada pela OMS era que 50% dessa população tivesse 20 ou mais dentes presentes, o Brasil revelou uma realidade alarmante apenas 10,23% da população nesta faixa etária apresentava 20 ou mais. No que diz respeito ao acesso a serviços odontológicos, quanto ao tempo desde a última consulta, se 3 anos ou mais, temos os seguintes resultados; na faixa etária de 15 a 19 anos, 15 %; de 35 a 44 anos, 37%; de 65 a 74 anos, 66%.<sup>16</sup>

Um ano após esse diagnóstico situacional, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde visava ampliar a participação da população na análise e formulação da execução da Política Nacional de Saúde Bucal. Teve como tema: Saúde Bucal: Acesso e Qualidade, Superando a Exclusão Social.

Durante décadas a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil foi caracterizada por ações de baixa complexidade e na sua maioria curativas, mutiladoras e excludentes isso revela o perfil histórico herdado pelas influências do modelo assistencial desenvolvido nos Estados Unidos. As ações de saúde bucal durante todo esse tempo se restringiram em sua maioria ao interior das escolas, a saúde bucal ficava completamente alheia ao que acontecia na comunidade e a população jovem e adulta ficava marginalizada, dispendo muitas vezes aos serviços mutiladores de urgência, o que produziu um grande prejuízo à população brasileira tanto em termos de qualidade de vida como em necessidade de oferta de serviços de saúde bucais cada vez mais especializados.<sup>3</sup>

### 1.3 A Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Fazendo uma breve retrospectiva, o movimento da reforma sanitária, a partir de 1986, trouxe à luz das discussões novas propostas para as ações de saúde, dando início aos projetos de saúde comunitários. Segundo Mendes<sup>11</sup>, a descentralização dos serviços de saúde fortalecendo a municipalização já estava acontecendo, inicialmente com as AIS e posteriormente com as regulamentações da operacionalização do SUS com as Leis n 8080 e 8.142 ambas de 1990 e com as Normas Operacionais Básicas (NOBs), foram elas NOB INAMPS/91, NOB SUS/93 e NOB SUS/96. Segundo Heimann in LIMA<sup>17</sup>, nesse contexto, em 1994 iniciaram as primeiras equipes de saúde da família (ESF) no Brasil neste ano houve a adoção da estratégia da Saúde da família como um programa nacional de organização da atenção. Somente no ano 2000 as equipes de Saúde Bucal (ESB) foram inseridas na estratégia de saúde da Família por meio da Portaria GM/MS n 1.444 de 28 de dezembro. Esta portaria estabelecia o incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal no âmbito dos municípios. Posteriormente as diretrizes e normas para a implantação das ESB nos municípios e a definição do Plano de Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica foram regulamentadas pela Portaria GM/MS n 267, de 6 de março de 2001. A formulação desse Plano traz uma preocupação com a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira e a expectativa de ampliação do acesso à atenção em saúde bucal (promoção, proteção e recuperação da saúde).

A inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família ocorre por duas modalidades: Modalidade I, composta pelo cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB) tinha como incentivo financeiro R\$ 5.000,00 por equipe implantada e anualmente o valor de R\$ 13.000,0 para custeio; Modalidade II compreende um CD, um ASB e um técnico

em saúde bucal (TSB), onde o incentivo para implantação era de R\$ 5.000,00 e o de custeio anual R\$ 16.000,00. A proporção de equipe de saúde da família (ESF) para equipe de saúde bucal (ESB) financiada pelo Ministério da Saúde era de 2:1.

Após avaliação do quantitativo de pessoas que cada ESB estava sob responsabilidade sanitária, em média 6.900, e que isso era um fator limitante para o desenvolvimento das ações de saúde bucal se fossem respeitados os princípios do SUS e a filosofia da estratégia de Saúde da Família; o Ministério da Saúde em 2003 publica a Portaria n 673/GM onde passa a financiar na proporção de 1:1 ESF e ESB respectivamente com cobertura em média de 3.450 pessoas. Contudo, isso não garantiu que os gestores municipais implantassem as ESF e ESB nessas proporções que seriam mais exequíveis, o que ainda gera insatisfação por parte dos profissionais da saúde bucal, pois é comum encontrarmos uma disparidade nessas proporções entre ESF e ESB. Ainda nesta Portaria houve o reajuste dos incentivos de custeio anual da ESB Modalidade I para R\$ 15.600,00 e para R\$19.200,00 para ESB Modalidade II.

No ano de 2004 novos reajustes financeiros foram aprovados na Portaria n 74/GM de 20 de janeiro, onde cada ESB Modalidade I passou a receber R\$ 20.400,00 e ESB Modalidade II R\$ 26.400,00 para custeio anual. Quanto ao incentivo de implantação o reajuste foi para R\$6.000,00 para ambas as modalidades. A partir dessa portaria as ESB Modalidade II passaram a receber um equipamento odontológico completo para atuação do TSB.<sup>3</sup>

Em revisão da literatura sobre modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, Nickel<sup>18</sup> faz uma análise de uma retrospectiva histórica dos modelos assistenciais implantados no Brasil considerando a importância de cada um à época e que historicamente foram falhos quanto à universalidade e integralidade da atenção.

O Governo Federal por meio do Ministério da Saúde, em 2004, publica a esperada Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente.

Esta teve como pilares para sua elaboração as I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal. Esta Política tem como objetivo a reorientação do modelo de atenção em todos os níveis de atenção em consonância com os princípios do SUS de forma universal, integral abordando as “linhas do cuidado” que envolvem criança, adolescente, adulto e idoso.<sup>19</sup>

Nesse sentido, a equipe de saúde bucal deve desenvolver articulações intra e intersetoriais levando em consideração a participação da comunidade. As ações norteadoras a serem executadas nesta política compreendem um conjunto de atividades, desde a ampliação, qualificação e reorganização da Atenção Básica em saúde bucal por meio do aumento do número de ESB com objetivo de alcançar 9.000 ESB até o final de 2004 e 12.000 até 2005, implantação de uma política contemplando: 1) uma rede com serviços de referência para a atenção secundária e terciária bem como a contra- referência, 2) conclusão do SB Brasil, 3) formação dos trabalhadores em saúde bucal, 4) fortalecimento de parceria com o Ministério da Educação na formação de pessoal, 5) ações de prevenção como adicionar escova, creme dental e cartilha educativa para serem distribuídos na rede de ensino, 6) inclusão do cirurgião-dentista e ASB na equipe de profissionais de saúde, com atuação no Sistema Penitenciário, 7) fluoretação das águas de abastecimento em 100% dos municípios com água tratada, 8) implantação de Centros Especializados de odontologia - CEO (garantindo no mínimo, atendimento em cirurgia-oral menor, atendimento a pacientes com necessidades especiais, periodontia, endodontia e diagnóstico oral), 9) implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária-LRPD, 10) inclusão de insumos odontológicos no elenco da farmácia básica, sendo distribuídos diretamente aos municípios trimestralmente.<sup>16</sup>



É importante ressaltar a importância da publicação da Portaria GM nº 302 de 17 de fevereiro de 2009, esta amplia os horizontes da saúde bucal na atenção básica quando estabelece que profissionais de Saúde Bucal (equipe CD, ASB e TSB) que estejam previamente vinculados à estratégia de Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).<sup>21</sup>

Fazendo uma análise da evolução da implantação das equipes de saúde bucal no Brasil temos que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apresenta em março de 2001 os primeiros registros, onde neste mesmo período apenas 32 municípios possuíam equipes de saúde bucal e o Brasil contava com 84 ESB modalidade 1 e 40 equipes modalidade 2, perfazendo um total de 124 equipes de saúde bucal implantadas.<sup>20</sup>

O panorama brasileiro da Política de Saúde Bucal, em maio de 2011, apresenta a seguinte configuração: dos 5.565 municípios brasileiros podemos encontrar equipes de saúde bucal em 4.838 municípios, o que representa 86,9 % do total de municípios. São 18.945 equipes de saúde bucal implantadas na modalidade I e 1.769 na modalidade II, totalizando 20.714 ESB, perfazendo uma cobertura populacional de 37,3 %. Se fizermos uma análise comparativa com o número de equipes de Saúde da Família implantadas no mesmo período encontramos 31.960 ESF no território nacional o que evidencia ainda uma disparidade na proporção ESF para ESB, ficando aquém da proporção de 1:1.

A maior concentração das ESB Modalidade I encontra-se na região nordeste com 9.500 equipes, já as ESB Modalidade II aparecem com maior expressão na região sudeste com 774, o nordeste apresenta um número inferior, com 276 ESB. O estado do Ceará é o segundo em números de ESB modalidade I do nordeste contendo 1316, sendo o estado da Bahia o líder em números. Os 184 municípios do estado Ceará possuem equipes de saúde bucal implantadas perfazendo um total de 1441 ESB, considerando modalidade I e II.<sup>20</sup>

Sabendo que a fluoretação das águas de abastecimento público se dá mediante convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), neste estudo não será objetivo a análise deste componente da PNSB. Entre os anos de 2005 e dezembro de 2008, a FUNASA implantou 711 novos sistemas de fluoretação, abrangendo 503 municípios em 11 Estados, beneficiando 7,6 milhões de pessoas. A fluoretação das águas de abastecimento pode reduzir em até 60% a incidência de cárie na população. A regulamentação com a definição do teor de flúor adequado é definida na Lei 6.050/1974 e normas complementares. O SB Brasil revelou que o CPO-D nas crianças de 12 anos e adolescentes dos municípios que têm água fluoretada foi de 2,27 e 5,69 respectivamente, enquanto que nos municípios desprovidos deste benefício apresentaram CPO-D médio das crianças de 12 anos de 3,38 (49% maior) e dos adolescentes de 6,56% (15% maior).<sup>22,23</sup> Em pesquisa realizada por Antunes e Narvai<sup>24</sup>, onde os autores abordam sobre a efetivação das políticas públicas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades sociais, afirmam que evidências científicas indicam que a forma preventiva da fluoretação é relativamente mais intensa em populações com maiores desigualdades socioeconômicas. Os autores mostram também que dados do IBGE de 2000 revelam que a fluoretação das águas de abastecimento não se dá de forma equitativa, ficando as regiões Norte e Nordeste com os menores percentuais de cobertura por município, respectivamente, 7,3% e 15,9%, cabendo assim um maior desafio de universalização desta atividade para os gestores públicos.

Barros e Bertoldi<sup>25</sup> em estudo sobre acesso e utilização de serviços odontológicos entre diferentes grupos de renda, realizado sobre os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, observou que há uma baixa utilização de serviços odontológicos e grandes diferenciais entre os grupos de maior e menor renda. As maiores desigualdades na utilização dos serviços foram observadas nas faixas etárias

extremas, crianças e adultos de 50 anos ou mais e estes fazendo parte do grupo do estrato social com menor condição financeira consultaram um dentista de 4 a 5 vezes a menos que o grupo do estrato social de maior condição financeira.

Outra evidência científica é o trabalho de Rocha e Goes<sup>26</sup> onde fizeram uma comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, onde concluíram que, em relação ao acesso aos serviços de saúde, quanto maior a escolaridade, maior o acesso ou utilização dos serviços. Em relação ao tipo de serviço utilizado, mais de 64% procuraram dentistas particulares ou de convênios/ planos de saúde, enquanto que 34% procuraram dentistas do serviço público, sendo que apenas 6,8% destes tiveram acesso ao dentista do PSF, enquanto que mais de 27% procuraram dentistas dos centros de saúde, unidades básicas de saúde, faculdade de odontologia e hospital universitário.

Estudos abordando a avaliação do grau de implantação das ações de saúde bucal são escassos. Correia<sup>27</sup> desenvolveu um estudo em Parintins, Amazonas, onde analisou o grau de implantação das ações de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família e observou que foram classificadas como não implantadas, onde os principais fatores que resultaram na não implantação das ações foram: as deficiências na capacitação dos gestores e dos dentistas, nas relações de trabalho e na reorganização da demanda.

Nickel<sup>28</sup> desenvolveu um modelo teórico-lógico para avaliação da atenção em saúde bucal utilizando o critério de efetividade. Este modelo foi aplicado em 22 municípios do estado de Santa Catarina e os resultados apontaram deficiências nos sistema de informação municipais.

A realização de estudos enfocando o grau de desenvolvimento da PNSB em âmbito municipal parecem oportunos tanto pelo seu potencial de análise das condições de

saúde bucal em determinada população como podem identificar necessidades de adequação da própria política nacional.

A avaliação normativa geralmente realizada pelos gestores e executores da intervenção (avaliadores internos) tem como objetivo principal fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando estrutura, processo e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes.<sup>29</sup>

Tomando como referencial a definição de avaliação como o julgamento de valor de uma intervenção ou de suas etapas para subsidiar a tomada de decisão, optou-se neste estudo, pelo julgamento a partir de uma avaliação normativa, onde se aplica critérios e normas.<sup>31</sup>

A avaliação de políticas pode incluir análises sobre os programas relacionados com sua operacionalização. Nesse sentido, ao definir o sistema, ou seja, as ações de saúde bucal na Atenção Básica da PNSB, como nível da realidade a ser estudada, o estudo apresentado teve como finalidade analisar em que grau de desenvolvimento se encontravam as ações definidas na PNSB no município de Juazeiro do Norte no Ceará, tomando-se por referencia o ano de 2010.<sup>31</sup>

A cidade de Juazeiro do Norte situa-se na região sul do Ceará possui 248, 558 km<sup>2</sup> de extensão territorial. Sua população é de 249.831 habitantes o perfil da população juazeirense é de jovens (0-19 anos) representando 39% da população total. O município apresenta forte turismo com vocação religiosa, anualmente estima-se que o município acolha mais de 1 milhão de pessoas, incluindo aproximadamente 500 milromeiros.

A cidade de Juazeiro exerce forte influência sobre todo o sul do Ceará e dos estados de Pernambuco, Piauí, Paraíba e Rio grande do Norte.

O Programa de Saúde da Família foi implantado no município de Juazeiro do Norte em 1998. As primeiras equipes de Saúde Bucal do município foram implantadas em maio de 2001. Eram 10 ESB para uma população de 202.932 habitantes. A inserção dos profissionais de saúde bucal na saúde da família sofria resistência de muitos gestores municipais da saúde, o que dificultava a ampliação do número de ESB. Somente no ano de 2004 houve esse aumento, passando para 19 ESB. Em 2008, a gestão da saúde aderiu ao pacto pela saúde.<sup>32</sup> Atualmente a rede de saúde bucal na atenção básica possui 35 ESB, que beneficia 120 mil pessoas, o que representa uma cobertura populacional de 48,33%, considerando o parâmetro definido no ofício circular n 005/2010<sup>33</sup>. Para que o município tenha uma configuração equitativa dos serviços de saúde bucal na atenção básica seriam necessárias 72 equipes de saúde bucal.<sup>32</sup>

Este estudo tem grande relevância para a saúde bucal do município de Juazeiro do Norte bem como para a região do Cariri, onde o mesmo está inserido, por fornecer instrumentos para reorganização dessa área, por apresentar uma real avaliação de cada unidade de saúde devido à inexistência de pesquisas dessa natureza no município e nessa região.

## **2. JUSTIFICATIVA**

### **CONSIDERANDO:**

- A importância da Política Nacional de Saúde Bucal como norteadora das ações relacionadas à saúde bucal nos âmbitos federal, estadual e municipal;
- A importância da normatização das ações relacionadas à saúde bucal no âmbito municipal;
- A necessidade de institucionalizar a avaliação no cotidiano dos gestores da saúde a fim de otimizar as ações produzidas pelos serviços de saúde.

### **A PERTINÊNCIA DESTE ESTUDO SE DÁ, PELA:**

- Necessidade de realização da avaliação das ações em saúde bucal no âmbito municipal para subsidiar a tomada de decisões;
- Possibilidade de reflexão por parte dos gestores e profissionais da saúde bucal a fim de reorganizar e/ou avançar as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde;
- Carência de pesquisas avaliativas no país na área da gestão na Saúde Bucal;
- Possibilidade de contribuição com os serviços de saúde e com novas pesquisas focalizadas nas ações da atenção básica como responsabilidade da esfera municipal.

**Diante do exposto, formulamos a seguinte indagação:**

1. Qual o grau de implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica/Estratégia Saúde da Família no município de Juazeiro do Norte- Ceará?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar o grau de implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal no Município de Juazeiro do Norte-CE, no âmbito da atenção básica/Estratégia Saúde da Família.

#### **3.2 Específicos**

- Avaliar os recursos físicos, materiais e humanos segundo padronização da Política de Saúde Bucal para atenção básica;
- Avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal segundo padronização da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica;
- Determinar o grau de implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito da atenção básica.



## **4. MÉTODO**

### **4.1 Desenho do estudo**

Estudo avaliativo normativo para verificar o grau de implantação das ações da PNSB na atenção básica. Essa avaliação consistiu na apreciação da estrutura e do processo dessa política no âmbito municipal, a fim de emitir um julgamento de valor com objetivo de ajudar na tomada de decisões, nos serviços de atenção básica, tomando como base documentos técnicos do Ministério da Saúde.<sup>34</sup>

### **4.2 Modelo Lógico das ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica no âmbito municipal**

A elaboração do modelo lógico de uma intervenção explícita o detalhamento dos seus componentes e como estes são executados, além de apresentar as etapas necessárias para a transformação dos seus objetivos em metas. Nesse sentido, essa construção deve incluir o problema/objeto da avaliação, a população alvo, os fatores necessários para produzirem, de maneira isolada ou em associação, os efeitos esperados, dentre outros aspectos.<sup>35</sup>

Para a construção do modelo lógico das ações da PNSB na atenção básica no âmbito municipal foi necessária a especificação dos seus componentes a partir dos seguintes documentos:<sup>08,19,36,37</sup>

- a) Caderno de Saúde Bucal nº 17 (Ministério da Saúde);
- b) Diretrizes Nacionais da Política de Saúde Bucal (Ministério da Saúde);
- c) Manual de Estrutura Física do Ministério da Saúde;
- d) Política Nacional de Atenção Básica.

**Quadro 1-Modelo Lógico das ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica no âmbito municipal**

ÂMBITO	DIMENSÃO	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO PRAZO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
Atenção Básica	Gestão Municipal da Saúde Bucal (dimensão estrutura)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala para consultório odontológico com espaço para escovário</li> <li>-Área para reuniões</li> <li>- Equipe de saúde bucal (CD, ASB e/ou TSB)</li> <li>- área para compressor e bomba a vácuo</li> <li>- Autoclave ou estufa</li> <li>- Consultório odontológico completo (cadeira, equipo odontológico com caneta de alta rotação e micro-motor, refletor, mocho, unidade auxiliar)</li> <li>- Aparelho fotopolimerizador, amalgamador, compressor com válvula de segurança, aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, negatoscópio, cadeiras, armário vitrine, balde cilíndrico porta-detrítos com pedal, mesa de escritório</li> <li>- equipamentos de proteção individual ( gorro, máscara, luvas, óculos de proteção)</li> <li>-material odontológico para consumo -receituários, fichas para registros de atendimentos, prontuários com odontograma</li> <li>-Normatização municipal de ações de saúde bucal</li> <li>-protocolos clínicos para saúde bucal</li> </ul>	Cadastramento da Unidade Básica de Saúde no CNES	Unidades Básicas de Saúde cadastradas no CNES viabilizando a transferência de recursos entre União e municípios	<p>Diminuição de inconsistências na base de dados nacionais minimizando o bloqueio de transferência de recursos da união para os municípios</p> <p>Ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde bucal</p>	Melhora na qualidade da saúde bucal da população	Redução da incidência de cárie e outros problemas bucais na população
			Cadastramento de profissionais da área de saúde bucal no CNES				
			Cadastramento no CNES das atividades ofertadas nos serviços				
			Alimentação mensal dos bancos de dados nacionais, mantendo atualizado o CNES sob sua gestão	Equipes de saúde Bucal/estratégia de Saúde da Família em condições adequadas de trabalho			
			Provisionamento nas Unidades Básicas de Saúde de estrutura física adequada para o serviço ofertado				
			Provisionamento nas Unidades Básicas de Saúde de equipamentos e insumos odontológicos				
			Selecionar, contratar e remunerar os profissionais da área de saúde bucal				
			Planejamento para cobertura populacional municipal de 100% de equipes de saúde bucal/estratégia de Saúde da Família				
			Definição de uma média de 3000 pessoas por equipe de saúde bucal/estratégia de Saúde da Família				
			Capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde bucal	Fluxo de usuários entre os níveis de atenção definido/integralidade da atenção			
			Elaboração de normas e protocolos clínicos em saúde bucal				
			Elaboração de protocolos de referência e contra-referência entre os níveis de atenção				
			Planejamento das ações de saúde bucal levando em consideração as patologias mais prevalentes: cárie dentária, doença periodontal, câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária, edentulismo e má oclusão	Acompanhamento do planejamento ações de saúde bucal para subsidiar tomada de decisões			
			Oferta de serviços no nível secundário de atenção utilizando como referencial para definição de parâmetros a portaria GM 1101 ou parâmetros municipais estabelecidos				
Monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal realizadas no município							

**Modelo Lógico das ações da Política Nacional de Saúde Bucal na atenção básica no âmbito municipal (cont.)**

ÂMBITO	DIMENSÃO	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO PRAZO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
Atenção Básica	Processo de Trabalho das ESB na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (dimensão processo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sala para consultório odontológico com espaço para escovário</li> <li>-Área para reuniões</li> <li>- Equipe de saúde bucal (CD, ASB e/ou TSB)</li> <li>- área para compressor e bomba a vácuo</li> <li>- Autoclave ou estufa</li> <li>-Consultório odontológico completo (cadeira, equipo odontológico com caneta de alta rotação e micro-motor, refletor, mocho, unidade auxiliar)</li> <li>-Aparelho fotopolimerizador, amalgamador, compressor com válvula de segurança, aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, negatoscópio, cadeiras, armário vitrine, balde cilíndrico porta-detritos com pedal, mesa de escritório</li> <li>-equipamentos de proteção individual (gorro, máscara, luvas, óculos de proteção)</li> <li>-material odontológico para consumo</li> <li>-receituários, fichas para registros de atendimentos, prontuários com odontograma</li> <li>-Normatização municipal de ações de saúde bucal</li> <li>-protocolos clínicos para saúde bucal</li> </ul>	Cadastramento atualizado das famílias de forma sistemática	Conhecimento da área de abrangência da ESB com base epidemiológica e situacional	Reorientação do modelo assistencial	Melhora na qualidade da saúde bucal da população	Redução da incidência de cárie e outros problemas bucais na população
			Realização e atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade				
			Identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade				
			Análise situacional da área de abrangência				
			Acompanhamento mensal das famílias				
			Análise de informações e indicadores de saúde bucal da área de abrangência e do município	Planejamento das atividades com base na realidade local			
			Desenvolvimento das competências do cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal	Aumento da resolutividade da atenção básica			
			Registro diário nos mapas de atendimento				
			Desenvolvimento de ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência voltadas ao controle das patologias crônicas e/ou às populações mais vulneráveis do território				
			Planejamento das ações e organização das atividades programadas com a área de médico- enfermagem				
			Acolhimento e atendimento à demanda espontânea e os casos de urgência				
			Realização de atendimento domiciliar				
			Coordenação da média complexidade				
			Desenvolvimento de ações intersetoriais				
			Realização de ações educativas				
			Realização de ações de promoção à saúde				
Interlocução com Conselho de saúde							
Realização de ações de assistência							

### **4.3 Local do estudo**

O estudo foi realizado na cidade de Juazeiro do Norte, localizado no sul do estado do Ceará com uma área é de 249, 831 km<sup>2</sup>, a uma altitude média de 350 metros. A população do município é estimada em 242.139 habitantes.<sup>32</sup>

O Município de Juazeiro do Norte é habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/02, Portaria nº373 de 27 de fevereiro de 2002 e Portarias Complementares (PT 384, 385 e 397) de 2003, que ampliam as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI), Programação Pactuada Integrada (PPI) e Regulação. O município aderiu ao Pacto pela Saúde em 2006, e tem como porta de entrada da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família com 62 equipes.<sup>32</sup>

A rede de saúde bucal na atenção básica possui 35 ESB, o que representa uma cobertura populacional de 48,33%. O município conta com 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal tipo II e 01 CEO Regional tipo III. Juazeiro do Norte é uma cidade Pólo de Referência dentro do Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado.<sup>32</sup>

### **4.4 Unidade de Análise**

Como afirma Tobar<sup>38</sup>, a unidade de análise é onde o pesquisador aplica os instrumentos de coleta, onde se mede as variáveis e onde se realiza a análise dos dados.

Portanto, para este estudo, tendo como base um estudo censitário, foi considerada como unidade de análise as 35 equipes de saúde bucal.

## **4.5 Categorias de Análise**

### **4.5.1 Categorias de análise para determinação do Grau de Implantação**

A avaliação da estrutura e do processo das ações da PNSB na atenção básica levou em consideração os insumos e atividades descritos no Modelo Lógico da Política no âmbito municipal que foram elaborados a partir de documentos normatizadores do Ministério da Saúde como: Caderno de Saúde Bucal nº 17, Diretrizes Nacionais da Política de Saúde Bucal, Manual de Estrutura Física do Ministério da Saúde e Política Nacional de Atenção Básica. A partir desses documentos foram construídas as matrizes de análise para avaliação da implantação das ações desta política no município, considerando as dimensões estrutura e processo. (quadros 2 e 3).

**Quadro 2 - Matriz de análise para avaliação do grau de implantação das ações da PNSB na atenção básica no âmbito municipal (dimensão estrutura), 2011.**

<b>ITENS AVALIADOS</b>	<b>Fonte de verificação</b>
<b>Características da equipe de Saúde Bucal</b>	
Modalidade da equipe- Modalidade I ou Modalidade II	Observação / Entrevista
Composição da equipe- completa ou incompleta	Observação / Entrevista
Carga horária de trabalho do Cirurgião-dentista	Observação / Entrevista
Tempo de implantação da equipe	Observação / Entrevista
Localização da ESB	Observação / Entrevista
A ESB compõe quantas equipes de saúde da família	Observação / Entrevista
Área de abrangência definida para a equipe de saúde bucal	Observação / Entrevista
Mapa da área de abrangência na unidade	Observação / Entrevista
Informações de saúde bucal no mapa	Observação / Entrevista
<b>Instalações físicas</b>	
Equipamento odontológico instalado na própria unidade de saúde	Observação / Entrevista
Sala para consultório odontológico	Observação / Entrevista
Espaço para escovário	Observação / Entrevista
Área para compressor e bomba à vácuo	Observação / Entrevista
Sala para reuniões e ações educativas	Observação / Entrevista
Espaço de trabalho adequado	Observação / Entrevista
Conservação de pisos, paredes e tetos	Observação / Entrevista
Instalação elétrica e iluminação	Observação / Entrevista
Climatização	Observação / Entrevista
Instalação hidráulica	Observação / Entrevista
<b>Materiais e equipamentos</b>	
Aparelho fotopolimerizador	Observação / Entrevista
Amalgamador	Observação / Entrevista
Cadeira odontológica	Observação / Entrevista
Compressor	Observação / Entrevista
Unidade auxiliar	Observação / Entrevista
Dois mochos	Observação / Entrevista
Refletor	Observação / Entrevista
Caneta de alta rotação	Observação / Entrevista
Micro-motor	Observação / Entrevista
Autoclave/Estufa	Observação / Entrevista
Negatoscópio	Observação / Entrevista
Aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato	Observação / Entrevista
Armário vitrine	Observação / Entrevista
Mesa de escritório	Observação / Entrevista

<b>ITENS AVALIADOS</b>	<b>Fonte de verificação</b>
Duas cadeiras	Observação / Entrevista
Balde cilíndrico porta-detrítos com pedal	Observação / Entrevista
Instrumental para exame clínico	Observação / Entrevista
Instrumental para dentística	Observação / Entrevista
Instrumental periodontal básico	Observação / Entrevista
Instrumental cirúrgico básico	Observação / Entrevista
Instrumental para urgência	Observação / Entrevista
Instrumental para prótese (básico)	Observação / Entrevista
EPIs e material de biossegurança	Observação / Entrevista
Material odontológico de consumo ( selante , amálgama, resina fotopolimerizável, ionômero, fio de sutura, material para moldagem, agulhas, anestésico, gaze, rolos de algodão, flúor em gel)	Observação / Entrevista
Receituários	Observação / Entrevista
Prontuários com odontograma	Observação / Entrevista
Mapa para registro de atendimento diário	Observação / Entrevista
Protocolos clínicos de saúde bucal	Observação / Entrevista
<b>Referência para Média Complexidade</b>	
Tratamento endodôntico	Observação / Entrevista
Serviço de reabilitação (prótese)	Observação / Entrevista
Serviço de periodontia	Observação / Entrevista
Ortodontia preventiva	Observação / Entrevista
Serviço especializado em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial(ambulatorial)	Observação / Entrevista
Serviço especializado em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial(hospitalar)	Observação / Entrevista
Serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais	Observação / Entrevista
Serviço especializado de radiologia	Observação / Entrevista
Serviço especializado em diagnóstico das lesões e câncer bucal	Observação / Entrevista
<b>Educação Permanente Cirurgião-dentista</b>	
Treinamento Introdutório	Observação / Entrevista
Treinamento para desenvolvimento das ações de saúde bucal	Observação / Entrevista
Ações de saúde bucal em pacientes com necessidades especiais	Observação / Entrevista
Atenção à gestante e bebe	Observação / Entrevista
Diagnóstico (estomatologia clínica)	Observação / Entrevista
Biossegurança	Observação / Entrevista
Dentística ( com ênfase em cavidade atípica)	Observação / Entrevista



<b>ITENS AVALIADOS</b>	<b>Fonte de verificação</b>
Periodontia básica	Observação / Entrevista
Pulpotomia	Observação / Entrevista
Farmacoterapia	Observação / Entrevista
DST/AIDS	Observação / Entrevista
Prótese total e parcial	Observação / Entrevista
Especialização em Saúde da Família	Observação / Entrevista
<b>Educação Permanente Técnico de Saúde Bucal</b>	
Formação	Observação / Entrevista
Treinamento em biossegurança	Observação / Entrevista
Treinamento e técnicas auxiliares: material (manipulação)	Observação / Entrevista
Treinamento e técnicas auxiliares: instrumental (manipulação e reconhecimento)	Observação / Entrevista
Desenvolvimento das ações preventivas e promocionais	
Curso de educação permanente em DST/AIDS	Observação / Entrevista
<b>Educação Permanente Auxiliar de Saúde Bucal</b>	
Formação	Observação / Entrevista
Treinamento em biossegurança	Observação / Entrevista
Treinamento introdutório	Observação / Entrevista
Ações preventivas e promocionais	Observação / Entrevista
Curso de educação permanente em DST/AIDS	Observação / Entrevista

**Quadro 3 - Matriz de análise para avaliação do grau de implantação das ações da PNSB na atenção básica no âmbito municipal (dimensão processo), 2011.**

<b>AÇÕES AVALIADAS</b>	<b>Fonte de verificação</b>
Cadastrar usuários da área periodicamente	Observação / Entrevista
Registrar atividades diárias, livro de registro, sistema de informação, mapa diário, ficha D e prontuário	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de gestantes	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de menor de 03 anos	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de 03 a 06 anos	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de 06 a 14 anos	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de adolescentes	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de pacientes com necessidades especiais	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de adultos	Observação / Entrevista
Realizar atividades educacionais continuadas com grupo de idosos	Observação / Entrevista
<b>Tipo de Atividade Educativa</b>	
Abordagem individual (consulta odontológica)	Observação / Entrevista
Abordagem familiar (visita domiciliar)	Observação / Entrevista
Palestras (sala de espera, comunidade, escolas)	Observação / Entrevista
Meios de comunicação	Observação / Entrevista
Abordagem alternativa (teatro, dramatização)	Observação / Entrevista
<b>Interdisciplinaridade</b>	
Envolvimento multiprofissional da ESB com os de mais membros da ESF	Observação / Entrevista
Ação referente à Saúde Bucal desenvolvida em parceria com outros setores/ONG	Observação / Entrevista
<b>Conhecimento do perfil epidemiológico</b>	
Inquérito epidemiológico em escolares	Observação / Entrevista
Inquérito epidemiológico na população em geral	Observação / Entrevista
Levantamento de necessidades em instituições	Observação / Entrevista
Levantamento de necessidades da população adscrita	Observação / Entrevista
Estudo de demanda na unidade de saúde	Observação / Entrevista

<b>AÇÕES AVALIADAS</b>	<b>Fonte de verificação</b>
<b>Acesso da população ao atendimento odontológico</b>	
Inscrição e lista de espera sem classificação de necessidades	Observação / Entrevista
Inscrição e lista de espera com classificação de necessidades	Observação / Entrevista
Fichas na unidade de saúde	Observação / Entrevista
Demanda programada para instituições	Observação / Entrevista
Demanda programada para grupos prioritários	Observação / Entrevista
Atendimento de urgência	Observação / Entrevista
Só atende escolares	Observação / Entrevista
<b>Procedimentos coletivos</b>	
Escovação supervisionada	Observação / Entrevista
Evidenciação de placa	Observação / Entrevista
Fluorterapia intensiva	Observação / Entrevista
<b>Atividades realizadas pela ESB - Cirurgião-dentista</b>	
Consulta odontológica	Observação / Entrevista
Restauração de dentes decíduos ou permanentes	Observação / Entrevista
Raspagem e alisamento supragengival	Observação / Entrevista
Exodontia e remoção de resto radicular	Observação / Entrevista
Tratamento de alveolites e hemorragias	Observação / Entrevista
Moldagem para prótese total ou parcial	Observação / Entrevista
Visita domiciliar	Observação / Entrevista
Tratamento completado	Observação / Entrevista
Eventos de promoção à saúde	Observação / Entrevista
Atendimento de primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas	Observação / Entrevista
<b>Atividades realizadas pela ESB- Técnico de Saúde Bucal TSB</b>	
Visita domiciliar	Observação / Entrevista
Eventos de promoção em saúde	Observação / Entrevista
Atividades educativas	Observação / Entrevista
<b>Atividades realizadas pela ESB- Auxiliar de Saúde Bucal ASB</b>	
Visita domiciliar	Observação / Entrevista
Eventos de promoção em saúde	Observação / Entrevista
Atividades educativas	Observação / Entrevista

#### 4.5.1.1 Avaliação da dimensão estrutura

Na dimensão estrutura a pontuação dada foi mediante a classificação das variáveis em sete blocos e seus respectivos pesos respeitando a pontuação máxima em cada bloco: identificação da equipe de saúde bucal (não houve ponderação); recursos humanos; estrutura física; equipamentos, mobiliário e instrumental; insumos e materiais; existência de referência para atenção especializada e educação permanente como está descrito no quadro 4. Posteriormente calculou-se o percentual (ou média ponderada) de respostas positivas e definiu-se o GI da estrutura de cada unidade individualmente.

**Quadro 4. Variáveis e ponderação para determinação do grau de implantação da estrutura nas unidades de saúde.**

<b>BLOCO 1</b> Sem pontuação <b>Identificação da equipe de Saúde Bucal</b>	<b>BLOCO 4</b> Peso - 4 Pont.Máx. 88 <b>Mobiliário/Equipamentos Instrumental</b>	<b>BLOCO 5</b> Peso- 4 Pont.Máx.28 <b>Insumos e Materiais</b>	<b>BLOCO 7</b> Peso-3 Pont.Máx.54 <b>Educação Permanente</b>
Modalidade da ESB	Fotopolimerizador(1,0)	Equipamentos de proteção individual (1,0)	Treinamento introdutório CD(1,0)
Carga horária	Amalgamador (1,0)	Material de consumo (1,0)	Treinamento em ações AB CD(1,0)
Tempo de implantação	Cadeira odontológica (1,0)	Material educativo (1,0)	Treinamento para pacientes especiais CD(1,0)
Localização da unidade	Compressor (1,0)	Receituário (1,0)	Treinamento gestantes CD(1,0)
Modalidade da ESB	Unidade auxiliar (1,0)	Prontuários (1,0)	Treinamento diagnóstico CD(1,0)
<b>BLOCO 2</b> Peso- 4 Pont. Max. 24 <b>Recursos Humanos</b>	2 mochos(1,0)	Mapa para registros diários (1,0)	Treinamento biossegurança CD(1,0)
	Refletor (1,0)	Protocolos Clínicos de SB (1,0)	Treinamento dentística CD(1,0)
ESB Completa (1,0)	Caneta de alta (1,0)	<b>BLOCO 6</b> Peso -2 Pont.Máx.16 <b>Referência à Atenção Especializada</b>	Treinamento periodontia CD(1,0)
ESB compõe quantas ESF (1,0)	Micro motor (1,0)		Treinamento pulpotomia CD(1,0)
Área de abrangência definida para ESB (1,0)	Autoclave ou estufa (1,0)	Endodontia (1,0)	Treinamento farmacologia CD
População em pessoas da área de abrangência (1,0)	Negatoscópio(1,0)	Prótese (1,0)	Treinamento DST CD(1,0)
Existência de mapa da área de abrangência (1,0)	Aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato (1,0)	Periodontia(1,0)	Treinamento prótese CD(1,0)
Informações sobre SB no mapa (1,0)	Armário vitrine (1,0)	Ortodontia (1,0)	Especialização SF CD(1,0)
<b>BLOCO 3</b> Peso- 3 Pont. Max.30 <b>Estrutura Física</b>	Mesa de escritório (1,0)	Cirurgia	Formação ASB (1,0)
	Dois cadeiras (1,0)	Pacientes especiais	Treinamento biossegurança ASB(1,0)
Localização do equipamento odontológico (1,0)	Balde cilíndrico porta-detrítos com pedal (1,0)	Radiologia (1,0)	Treinamento introdutório ASB(1,0)
Sala específica para consultório odontológico (1,0)	Instrumental para exame clínico (1,0)	Câncer (1,0)	Ações preventivas ASB (1,0)
Espaço para escovário(1,0)	Instrumental para dentística (1,0)	Referência para endodontia (1,0)	Educação permanente DST - ASB (1,0)
Área para compressor (1,0)	Instrumental periodontal básico(1,0)	Referência prótese (1,0)	
Área para atividade educativa (1,0)	Instrumental cirúrgico básico (1,0)	Referência periodontia (1,0)	
Espaço adequado para consultório (1,0)	Instrumental para urgência (1,0)	Referência ortodontia (1,0)	
Conservação de pisos, paredes e tetos (1,0)	Instrumental para prótese (1,0)		
Instalação elétrica e iluminação (1,0)			
Climatização (1,0)			
Instalação hidráulica (1,0)			

#### 4.5.1.2 Avaliação da dimensão processo

Na dimensão processo as variáveis foram classificadas em quatro blocos: atividades educativas, organizacional, procedimentos coletivos e atividades realizadas pela ESB encontram-se no quadro 5 com os seus respectivos pesos respeitando suas pontuações máximas. Posteriormente calculou-se o percentual de respostas positivas e definiu-se o GI do processo de cada unidade individualmente.

**Quadro 5. Variáveis e ponderação para determinação do grau de implantação do processo nas unidades de saúde.**

<b>BLOCO 1 Peso 3 Pont.Máx.39 Atividades Educativas</b>	<b>BLOCO 3 Peso 2 Pont.Máx.6 Procedimentos Coletivos</b>
Para gestantes (1,0)	Escovação supervisionada (1,0)
Para menores de 3anos(1,0)	Evidenciação de placa (1,0)
Para crianças de 3 a 6 anos(1,0)	Fluorterapia(1,0)
Para a faixa etária de 6 a 14 anos (1,0)	
Para adolescentes (1,0)	
Para pacientes especiais (1,0)	
Adultos (1,0)	
Abordagem individual (1,0)	
Abordagem familiar (1,0)	
Palestra (1,0)	
Outros meios de comunicação (1,0)	
Abordagem alternativa (1,0)	
<b>BLOCO 2 Peso 4 Pont.Máx.42 Organizacional</b>	<b>BLOCO 4 Peso 3 Pont.Máx.39 Atividades Realizadas pela ESB</b>
Cadastro de usuários (1,0)	Consulta odontológica (1,0)
Registro (1,0)	Restauração de dente decíduo e permanente (1,0)
Envolvimento multiprofissional ESF (1,0)	Raspagem supra-gengival (1,0)
Ação em parceria com ONG (1,0)	Exodontia(1,0)
Inquérito epidemiológico escolares (0,1)	Tratamento de alveolite(1,0)
Inquérito epidemiológico da população geral (0,3)	Moldagem para prótese (1,0)
Levantamento necessidades em instituições (0,2)	Visita domiciliar (1,0)
Levantamento necessidade da pop. Adscrita(0,3)	Tratamento completo (1,0)
Estudo de demanda (0,1)	Evento de promoção em saúde (1,0)
Lista de espera sem classificação (0,05)	Atendimento de urgência (1,0)
Lista de espera com classificação (0,25)	Visita Domíliciar ASB (1,0)
Ficha na UBS (0,05)	Evento de promoção em saúde ASB (1,0)
Demanda programada de instituições (0,1)	Atividade educativa ASB (1,0)
Demanda programada grupo prioritário (0,25)	
Atendimento de urgência (0,25)	
Só escolares (0,05)	

## **4.6 Coleta de dados**

Os dados foram coletados a partir de entrevistas por meio de questionários estruturados (APÊNDICE 3) e observação direta. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador no período de abril a maio de 2011.

### **4.6.1 Técnica de coleta de dados**

Para a avaliação normativa aplicou-se um questionário estruturado, em 31 ESB do município, registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES, dez. 2010). Foi realizada uma observação direta pelo próprio pesquisador em visitas às unidades básicas de saúde para verificação de capacidade instalada, equipamentos, instrumental e material de consumo, disponíveis para a equipe de saúde bucal. Foram aplicados trinta e um questionários aos cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal e aos auxiliares em saúde bucal da atenção básica. Utilizou-se como critério de exclusão o cirurgião-dentista e o auxiliar de saúde bucal que não estivessem cadastrados em ESB no CNES e que no momento da entrevista estivessem ausentes. Também foi considerada excluída a unidade de saúde que, no momento da entrevista se encontrasse fechada ou em reforma. O questionário para avaliação da PNSB na atenção básica foi elaborado à luz da matriz de análise oriunda do modelo lógico desta política, bem como dos instrumentos normatizadores vigentes da Política Nacional de Saúde Bucal.<sup>09,19,36,37</sup> (APÊNDICE 3).

## **4.7 Interpretação e Análise dos dados**

### **4.7.1 Medição e avaliação do grau de implantação da Política de Saúde Bucal**

O GI das ações da política foi definido a partir das suas dimensões (estrutura e processo).

A análise dos dados para a avaliação normativa foi realizada em Excel. As dimensões analisadas foram o de Gestão Municipal da Saúde Bucal (espaço físico, equipamentos e mobiliários, recursos humanos, insumos, normatização da Política Nacional de Saúde Bucal e material de expediente) e Processo de Trabalho (atividades educativas, organizacional, procedimentos coletivos e atividades realizadas pela ESB) dos profissionais de Saúde Bucal na atenção básica.

### **4.7.2 Plano de Análise da avaliação da estrutura**

A avaliação da dimensão da Gestão Municipal da Saúde Bucal foi feita a partir da atribuição de pontos usados para as respostas positivas, conforme valores descritos no quadro 4. Os pesos atribuídos aos blocos foram dados em função da importância de cada bloco de variáveis na PNSB. O total de pontos possível para cada bloco está descrito no quadro 4. Após a atribuição dos pontos para cada bloco e o cálculo das devidas proporções atingidas por cada um deles, foi possível classificar o GI da estrutura de cada unidade de saúde, bem como do município.

#### 4.7.3 Plano de Análise da avaliação do processo

A avaliação da dimensão do Processo de Trabalho dos profissionais de Saúde Bucal na atenção básica foi feita a partir da atribuição de pontos usados para as respostas positivas, conforme valores descritos no quadro 5. Os pesos atribuídos aos blocos foram dados em função da importância de cada bloco de variáveis na PNSB. O total de pontos possível para cada bloco está descrito no quadro 5. Após a atribuição dos pontos para cada bloco e o cálculo das devidas proporções atingidas por cada um deles, foi possível classificar o GI do processo de cada unidade de saúde, bem como do município.

#### 4.7.4 Plano de análise do Grau de implantação

O cálculo do GI da estrutura para cada unidade de saúde foi:

<p><b>Componente estrutura</b></p> $\text{N}^\circ \text{ de RPP} \times 100 / \text{pontuação máxima ponderada de todos os blocos desta dimensão}$
---

Onde: RPP= respostas positivas ponderadas.

Para o município foi:

<p><b>Componente estrutura</b></p> $\sum \text{ de RPP de todas unidades} \times 100 / (\sum \text{ das pontuações máximas ponderadas de todos os blocos desta dimensão} \times 31)$
--



Para o cálculo do GI do processo para cada unidade de saúde foi:

**Componente processo**

$N^{\circ}$  de RPP x 100/pontuação máxima ponderada de todos os blocos desta dimensão

Onde: RPP= respostas positivas ponderadas

Para o município foi:

**Componente processo**

$\sum$  das RPP de todas unidades x 100/(  $\sum$  das pontuações máximas ponderadas de todos os blocos desta dimensão x 31)

O indicador composto Grau de Implantação das ações da PNSB na atenção básica no município foi obtido a partir do cálculo.

**Grau de implantação geral do município**

$\sum$  das RPP das dimensões estrutura e processos das unidades x 31x 100/(  $\sum$  das pontuações máximas ponderadas das dimensões estrutura e processo)

A Política de Saúde Bucal, considerando as ações na atenção básica no âmbito municipal, foi considerada:

- “implantada” quando o percentual de questões respondidas afirmativamente foi maior ou igual a 80 %;
- “implantação regular” quando o percentual de questões respondidas afirmativamente foi maior ou igual a 60% e menor que 80%;
- “implantação insuficiente” quando o percentual de questões respondidas afirmativamente foi igual ou maior que 40 e menor que 60%;
- "não implantado" quando o percentual de questões respondidas afirmativamente foi menor que 40%.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira em reunião de 16 de março de 2011, conforme ANEXO 1.

## **6. RESULTADOS**

Das 35 equipes de saúde bucal inicialmente previstas para o estudo, ao final foram estudadas 31 equipes. Em duas unidades os profissionais encontravam-se de licença para tratamento de saúde, uma encontrava-se em reforma, impossibilitando o profissional de atender à população e a outra não se conseguiu contato com o profissional depois de várias tentativas por parte do pesquisador.

### **6.1 Avaliação do Grau de Implantação**

#### **6.1.1 Avaliação da dimensão estrutura**

O GI da dimensão estrutura atingiu 57,2% classificado então como insuficiente para o desenvolvimento da Política de Saúde Bucal no município de Juazeiro do Norte. Em relação a cada unidade individualmente, apenas 02 ESB (6,4%) estavam com o grau implantado.

### **6.1.1.2 Avaliação por blocos de variáveis**

**Bloco 1- Identificação da equipe de Saúde bucal** - 100% das equipes são modalidade I. Quanto à carga horária relatada pelos profissionais, de 40 horas semanais, apenas um profissional relatou trabalhar 36 horas semanais. Das 31 equipes entrevistadas, 77,4% estão em funcionamento há quatro anos ou mais, porém apenas 6,4% foram classificadas como implantadas e 19,3% a implantação é regular. A maioria das ESB está localizada na zona urbana. Apenas 16,1% das equipes estão na zona rural e uma possui área de abrangência englobando área urbana e rural.

**Bloco 2 - Recursos Humanos** - Grande parte das unidades apresentavam ESB completas, apenas 6,4% das ESB referiram faltar um agente comunitário de saúde; 32,2% das ESB estão ligadas a duas ESF, e uma ESB dá assistência a três ESF. 48,4% conheciam o número de pessoas que estavam sob sua responsabilidade sanitária, 74,2% das equipes possuíam o mapa da área, mas, menos de 20% expõem informações sobre saúde bucal no mapa.

**Bloco 3 - Estrutura Física** - 100% dos equipamentos odontológicos estão instalados na própria unidade de saúde. Quase todas (96,8%) dispõem de sala específica para consultório odontológico, porém, encontrou-se "escovário" somente em 6,4%; 67,7% têm espaço adequado em termos de dimensões físicas; 77,4% das unidades possuem espaço específico para compressor e bomba a vácuo; as instalações hidráulicas se apresentam satisfatórias (80,64%) e 74,2% apresentam espaço/área para reuniões e ações educativas.

Nos consultórios odontológicos pouco menos da metade (45,2%) apresentam pisos, paredes e tetos em boas condições de conservação e 67,7% possuem ar-condicionado.

**Bloco 4 - Mobiliário** - 64,5% das unidades possuem armário vitrine, 80,6% tem mesa de escritório. Em relação às duas cadeiras para apoio às consultas e orientações 38,7% possuem.

**Equipamentos** - Todas as unidades de saúde possuem a cadeira odontológica e menos de 7% possuem dois mochos. Em relação ao balde porta-detrito cilíndrico com pedal 32,2% das unidades possuem.

Só uma unidade não possui compressor odontológico, 87,1% tem unidade auxiliar. Todas as unidades possuem caneta de alta rotação, 87,1% apresentaram micro-motor funcionando, 96,8% têm refletor. O aparelho fotopolimerizador em bom estado de funcionamento encontrava-se em 83,9% das unidades de saúde, 93,5% relataram ter amalgamador em bom estado de funcionamento. Estufa ou autoclave encontrou-se em todas as unidades funcionando. Quanto ao negatoscópio, apenas duas unidades de saúde possuem e o aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, nenhuma unidade possui este equipamento.

**Instrumental** - Em relação à quantidade recomendada pelo Ministério da Saúde para exame clínico, 64,5% das unidades de saúde possuíam o número adequado; 45,2% para dentística; 19,3% para periodontia; 32,2% para cirurgia; 25,8% para urgência e nenhuma unidade possuía instrumental para prótese. No momento da entrevista houve desconhecimento por parte de muitos dos profissionais em relação a esse quantitativo de instrumental recomendado pelo Ministério da Saúde e quando tomaram conhecimento classificaram essa variável como dificultadora para execução das ações.

**Bloco 5 - Insumos e Materiais** - Em relação aos equipamentos de proteção individual e material de biossegurança, 87,1% unidades afirmaram possuir esses itens regularmente. Para o material de consumo odontológico o encontrado foi que apenas 35,5% das unidades dispunham desse item regularmente, o que contribui para diminuição da

realização das atividades dos profissionais. Quanto ao material educativo, apenas uma unidade afirmou possuir e esta foi classificada como implantação regular. Para os materiais impressos como receituários, prontuários, mapa para registros diários e protocolos clínicos os achados nas unidades de saúde foram 64,5%, 45,1%, 64,5% e 29,0% respectivamente. Para os profissionais entrevistados é apontado como uma das dificuldades para execução das atividades laborais.

**Bloco 6 - Referência para a Atenção Especializada-** Em relação à referência especializada há uma boa retaguarda (90%) para a demanda da Atenção Básica, para as especialidades de endodontia, prótese, periodontia, ortodontia, cirurgia, pacientes especiais, radiologia e diagnóstico das lesões e câncer bucal. A maioria das equipes de saúde bucal possui conhecimento dessas referências.

**Bloco 7 - Educação Permanente-** Dos 31 cirurgiões-dentistas entrevistados, 32,2% afirmaram possuir especialização em Saúde da Família, 64,5% fizeram o curso introdutório em Saúde da Família. Dos 31 auxiliares em saúde bucal entrevistados, 29 % fizeram o treinamento introdutório em Saúde da Família. Os profissionais entrevistados relataram a deficiência e a ausência de uma política municipal de educação permanente, há falta de incentivo por parte da gestão.

### **6.1.2 Avaliação da dimensão processo**

O GI da dimensão processo atingiu 60,2% classificado então como implantação regular para o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais das ESB no município de Juazeiro do Norte. Em relação a cada unidade individualmente, apenas 02 ESB (6,4%) foram classificadas como grau implantado.

### **6.1.2.1 Avaliação por blocos de variáveis**

**Bloco 1 - Atividades Educativas** - Dentre as atividades educacionais continuadas executadas pela ESB aos grupos populacionais obtivemos os seguintes resultados: 58,1% das equipes realizam atividades com gestantes; menos de 25% desenvolve alguma atividade para crianças menores de 3 anos; na faixa etária de 3 a 6 anos 58,1% das equipes afirmaram realizar atividade educativa; 80,6% das equipes desenvolvem atividades com crianças de 6 a 14 anos de idade; para a população de adolescentes esse percentual é de 74,2%; em relação ao desenvolvimento de atividades educativas voltadas para pacientes especiais (deficientes físicos, mentais, hipertensos, diabéticos, renais crônicos) apenas 12,9% afirmaram realizar esse tipo de atividade. 54,8% desenvolvem atividade com a população adulta e 48,4%, com idosos.

Quando os profissionais foram questionados sobre quais os tipos de atividades educativas a equipe realizava nesses grupos, encontramos as seguintes proporções; 93,5% das equipes realizam a abordagem individual (consulta odontológica); 90,3% realizam palestras (salas de espera, comunidade, escolas); 29% realiza a abordagem familiar por meio da visita domiciliar; 9,8% utiliza abordagens alternativas como teatro e dramatizações e apenas 6,4% aborda outros meios de comunicação como rádio, vídeos, música. Vale salientar que não foi objetivo desse estudo traçar uma relação direta entre o tipo de atividade educativa e o grupo populacional,

**Bloco 2 - Organizacional**- Esse bloco se refere ao processo de trabalho da equipe quanto às ações de planejamento local, de conhecimento da área de abrangência, da apropriação dos dados da realidade local. 48,4% das equipes realizam o cadastramento de usuários periodicamente. Quanto ao registro completo das informações das atividades realizadas diariamente 93,5% afirmaram realizar. 87,1% afirmaram existir envolvimento

multiprofissional dos membros da ESB com os demais membros da ESF. Apenas 12,1% das equipes desenvolve alguma ação de saúde bucal em parceria com outros setores/ONG.

Quanto ao conhecimento do perfil epidemiológico relativo à saúde bucal da área de abrangência, em apenas uma equipe (3,2%) foi realizado o levantamento de necessidades na população adstrita. 16,1% afirmaram realizar estudo de demanda da unidade. 12,9% das equipes realizam levantamento de necessidades em instituições. Apenas uma equipe (3,2%) afirmou ter realizado inquérito epidemiológico na população em geral. Vale ressaltar que para essa variável 22 ESB (70,9%) não utilizaram nenhuma forma.

Ao analisar a forma que a equipe utiliza para o acesso da população ao atendimento odontológico, observa-se que 93,5% afirmaram utilizar a entrega de ficha na unidade de saúde e que fazem atendimento de urgência. Cerca de 29,0% afirmaram estabelecer uma lista de espera sem classificação de necessidades, enquanto 12,9% estabelecem uma lista de espera com classificação de necessidades. 22,6% organizam uma demanda programada por instituições e 41,9%, por grupos prioritários.

**Bloco 3 - Procedimentos Coletivos-** 90,32% das equipes realizam a escovação supervisionada. Quanto à fluoroterapia, 87,09% realizam e apenas 3,22% (uma equipe) realiza evidenciação de placa.

**Bloco 4 - Atividades realizadas pela ESB-**100% das equipes realizam a consulta odontológica. Quanto à execução de restauração de dentes decíduos e permanentes 93,5% realizam. 90,32% realizam raspagem supra gengival. 100% realizam exodontias. 93,54% realizam tratamento de alveolite. Nenhuma equipe realiza moldagem para prótese. Apenas 41,93% dos cirurgiões-dentistas realizam visita domiciliar para atendimento. 80,64% afirmaram realizar tratamento completo. 87,09% dos CD realizam eventos de promoção em saúde e realizam os primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas. Apenas

38,70% dos ASB realizam vistas domiciliares; 90,32% delas atuam em eventos de promoção em saúde e atividades educativas.

**Tabela 1 - Grau de Implantação de estrutura e processo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde da Atenção Básica no município de Juazeiro do Norte-CE, 2011.**

USF/ESB	Estrutura	Processo
1-	58,7% insuficiente	68,5% regular
2-	55,4% insuficiente	40,7% insuficiente
3-	50,8% insuficiente	66,7% regular
4-	53,3% insuficiente	48,1% insuficiente
5-	72,1% regular	84,2% implantado
6-	50,0% insuficiente	72,2% regular
7-	44,6% insuficiente	53,7% insuficiente
8-	59,6% insuficiente	40,7% insuficiente
9-	64,2% regular	66,7% regular
10-	48,7% insuficiente	55,5% insuficiente
11-	42,9% insuficiente	57,4% insuficiente
12-	53,3% insuficiente	43,5% insuficiente
13-	66,5% regular	75,9% regular
14-	47,5% insuficiente	72,2% regular
15-	47,5% insuficiente	48,1% insuficiente
16-	42,9% insuficiente	62,0% regular
17-	58,5% insuficiente	60,2% regular
18-	50,0% insuficiente	72,2% regular
19-	82,5% implantado	83,3% implantado
20-	62,9% regular	75,9% regular
21-	35,8% não implantado	25,0% não implantado
22-	67,9% regular	45,4% insuficiente
23-	80,8% implantado	70,4% regular
24-	53,4% insuficiente	75,9% regular
25-	48,7% insuficiente	50,0% insuficiente
26-	69,2% regular	59,2% insuficiente
27-	50,8% insuficiente	66,7% regular
28-	65,4% regular	40,7% insuficiente
29-	79,2% regular	68,5% regular
30-	56,4% insuficiente	58,3% insuficiente
31-	57,1% insuficiente	59,2% insuficiente
<b>Total de ESF/ESB: 31</b>	<b>Grau de implantação 57,2%</b>	<b>Grau de implantação 60,2%</b>

**Grau de implantação total do município: 58,17% insuficiente**

**Classificação do GI:**   = 80% a 100 % implantado,   = 60% a < 80% implantação regular,   = < 40% não implantado



## 7. DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde em seus documentos oficiais afirma que a inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família possibilitou a criação de um novo modelo de atenção à saúde bucal, baseado em vínculos territoriais, a partir de uma equipe multiprofissional que tenha a co-gestão dos serviços e a corresponsabilidade sanitária com os usuários e a família.<sup>39</sup>

Werneck comenta a respeito da inserção dos cirurgiões-dentistas no PSF que se deu de forma imatura, pois não houve uma discussão prévia sobre o processo de trabalho e potencialidades/dificuldades do trabalho em equipe na atenção básica, o que poderia comprometer a qualidade da assistência e conseqüentemente não contribuir para melhoria das condições de saúde bucal da população.<sup>40</sup>

A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família significou um grande passo na conquista da universalidade do acesso desse serviço de saúde no Brasil. A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente em 2004, pelo governo federal, propôs a superação das desigualdades geradas por modelos assistenciais pautados numa lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento centrada no indivíduo. Esta Política possui como componentes ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Dentre suas metas estão a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, ampliação do acesso, fortalecendo a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família e a atenção secundária através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).<sup>39</sup>

No presente estudo, o grau de implantação das ações da Política de Saúde Bucal na atenção básica no município de Juazeiro do Norte apresentado foi classificado como

insuficiente, decompondo por dimensão, o grau de implantação da estrutura foi classificado como insuficiente e o grau de implantação do processo como regular.

A escassez de estudos avaliativos na área de saúde bucal na biblioteca eletrônica SCIELO, que abordam a avaliação normativa do grau de implantação, dificultou a comparação dos achados, fazendo com que esse trabalho assumisse o caráter exploratório.

Dentre os aspectos do componente estrutura, os resultados revelaram que todas as ESB são da modalidade I, o que mostra uma fragilidade para a consolidação das ações da atenção básica, pois há déficit nas atividades preventivas, educativas e curativas que poderiam ser executadas pelo TSB quando da modalidade II. Porém, em todo estado do Ceará havia, em 2001/2002, 11 ESB na modalidade II e segundo o Ministério da Saúde, havia pouca disponibilidade desta categoria profissional no mercado de trabalho, aliado ao baixo interesse dos gestores municipais no investimento desta modalidade. O que não se aplica, no momento atual, devido à existência do profissional no mercado de trabalho no estado do Ceará e especificamente, no município de Juazeiro do Norte.<sup>41,42</sup>

Ressalta-se o alto percentual de ESB completas na cidade estudada, fator importante para execução das ações preconizadas pela política de saúde bucal, contrastando com o baixo grau de implantação da Política. Talvez pela falta de condições necessárias para desempenhá-las, entendendo-a como garantia de estrutura, da forma como preconiza o Ministério da Saúde, além de outros fatores relacionados à gestão de recursos humanos e à própria gestão municipal. Outro fator que poderia estar relacionado ao baixo grau de implantação seria a carga horária. Embora os profissionais tenham relatado o cumprimento de 40 horas semanais de contrato, não foi objeto de estudo a análise da produção individual nem a supervisão da presença, a fim de confirmar esse cumprimento, mas “*o estabelecimento desta carga horária por parte do Ministério da saúde fundamenta-se na idéia de que esta é uma*

*condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre a equipe e a população, e para melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial (2004, p.18).*<sup>43</sup>

Apesar de três quartos das ESB de Juazeiro estar em funcionamento há quatro anos, esperava-se que a estrutura e o processo de trabalho dessas unidades se encontrassem consolidados, porém não foi o observado, só um pouco mais de 5% foram classificadas como implantadas. Na Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, é considerado como padrão elementar de qualidade para a gestão municipal dispor de equipamentos e instrumentais odontológicos; como padrão em desenvolvimento dispor de insumos de SB em quantidade suficiente e regular e como padrão de qualidade consolidado que a ESB desenvolva ações de prevenção para pacientes com necessidades especiais.<sup>44,45</sup>

Em relação à proporção de ESB para ESF, maior que 1:1 é um fator limitante para expansão e qualificação das ações de saúde bucal na atenção básica, como referiram Lourenço *et al*<sup>46</sup> em um estudo sobre inserção de ESB no Estado de Minas Gerais. Esses autores verificaram que com a precária relação entre ESB e ESF, geralmente, 1:2, a demanda da população pela atividade curativa é muito alta, não permitindo ao cirurgião-dentista desenvolver a filosofia da estratégia de Saúde da Família.

Outra possível consequência da desproporção ESB: ESF seria o desconhecimento da população dos territórios sob sua responsabilidade sanitária, pois menos da metade referiram conhecer, contrastando com o resultado apresentado pelo Ministério da Saúde em 2001, 84,2% das ESB do Brasil conheciam a sua área de abrangência.<sup>43</sup> Dos raros cirurgiões-dentistas das ESB que souberam informar e sabiam expor as informações sobre saúde bucal no mapa, possuíam, em média, mais de 3000 pessoas, o que ultrapassa a média de 3.000 pessoas por ESB recomendada pelo Ministério da Saúde<sup>37</sup>. De acordo com o Ministério da

Saúde esta é uma ferramenta de visualização e identificação das principais situações de saúde na área de abrangência das unidades (2004, p.90).<sup>43</sup>

Os pontos positivos encontrados no presente estudo e que contribuíram para elevar o grau de implantação da estrutura foram: o consultório odontológico montado em sala exclusiva e climatizado contendo equipamentos em bom estado de conservação. O mesmo não se pode dizer do material de consumo odontológico disponível regularmente, o que contribui para diminuição da realização das atividades dos profissionais. Um bom planejamento, por parte da gestão, em relação à manutenção preventiva e reparadora de equipamentos odontológicos evita desperdício de recurso público, horas de trabalho perdidas por parte da ESB e desassistência à saúde da população. Este resultado se repetiu em um distrito de Natal, RN, no qual algumas ESB consideraram a falta de material como fator negativo para o desempenho de suas atividades na Estratégia Saúde da Família.<sup>47</sup>

Em se tratando de desperdício de recursos, Ferreira & Loureiro<sup>49</sup> em estudo de avaliação de custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal no SUS, conclui que o material odontológico representa um sexto dos custos e que “[...] *falhas de abastecimento de suprimentos, fato comum em muitos serviços odontológicos do SUS, podem comprometer a eficiência dos Recursos Humanos, representando alto custo na ineficiência do serviço*” (2008, p.2079).

Como ponto negativo, identificou-se a ausência de escovário na grande maioria das unidades de saúde, fragilizando as ações de promoção e de prevenção, tal como Rocha *et al*<sup>47</sup> em estudo no Nordeste, onde apenas 3,45% das ESB dispunham de escovódromo com espelhos. Cita-se como outra ineficiência para prevenção de problemas bucais, a falta do aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato, inexistente em todas as unidades. Ademais,

verificou-se uma falha quanto à quantidade necessária de instrumental odontológico nas unidades de saúde, estando adequado somente o de exame clínico.<sup>36</sup>

Ainda no tocante à estrutura verificou-se que o município está aquém do que recomenda a ANVISA<sup>48</sup>, em relação à conservação de pisos, paredes e tetos dos consultórios. Esses itens merecem atenção pela dificuldade na limpeza dessas áreas, e, conseqüentemente, para o inadequado controle de infecção. Somando-se a isso, faltam baldes com tampa e pedal para a dispensa do material utilizado, contribuindo para a disseminação de patógenos. Em contraposição a essa deficiência, encontrou-se, na maioria das unidades, equipamentos de proteção individual e material de biossegurança regularmente, o que reduz o risco de transmissão para o profissional.

A falta de dois mochos em mais da metade dos consultórios odontológicos compromete o trabalho a quatro mãos, o que agilizaria o atendimento, permitindo ampliar o número de procedimentos executados.

Quanto à falta de material educativo, Moura *et al*<sup>50</sup> afirmam que “*era de se esperar que a disponibilidade de material educativo fosse referida por um número maior de ESB, uma vez que a estratégia de saúde da família tem como uma de suas principais linhas de ação a promoção da saúde e prevenção de agravos*” (2010,p.79) e neste estudo verificou-se a existência de área para atividades educativas na maioria das unidades de saúde da família.

Para os materiais impressos chama atenção a falta de prontuários para mais da metade dos pacientes e de protocolos clínicos. Esses últimos são considerados importantes instrumentos de gestão clínica, porque se baseiam nas melhores evidências científicas, na eficiência e efetividade das intervenções, produzindo melhoria da qualidade da atenção à saúde e dos processos gerenciais dos programas assistenciais.<sup>51</sup>

Quanto à educação permanente, o estudo mostrou que dois terços dos cirurgiões-dentistas não tinham o curso de especialização em Saúde da Família e a maioria dos auxiliares de saúde bucal nem sequer fez o treinamento introdutório em Saúde da Família, que deveria ser realizado anterior ou imediatamente após a implantação da ESB.<sup>43</sup> Em estudo com equipes de saúde bucal no Estado de Minas Gerais, metade dos cirurgiões-dentistas afirmaram ter participado de pelo menos um curso da Estratégia de Saúde da Família e a outra metade nunca participou.<sup>46</sup> O município de Juazeiro do Norte por ser de grande porte poderá desenvolver política de educação permanente individualmente ou em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde a fim de qualificar os profissionais da sua própria rede de saúde.<sup>37,52</sup>

Mais de 90% das ESB possuem referência aos serviços de média complexidade nos Centros de Especialidades Odontológicas. Em comparação ao estudo de Rocha e Araújo<sup>47</sup> esse percentual é considerado excelente. No entanto se faz necessário um estudo aprofundado a respeito dessa rede de serviços de saúde odontológica no SUS merecendo uma análise em relação aos quantitativos de consultas ofertadas por especialidades *versus* população municipal.

Dentre os componentes avaliados no processo, várias fragilidades foram encontradas. Em relação às atividades educativas observou-se que as ESB do município de Juazeiro do Norte desenvolvem essas atividades em diferentes etapas do ciclo de vida desde gestantes até os idosos, contudo, a abordagem é individual, nas consultas. A abordagem familiar, que é o foco da Estratégia Saúde da Família, quase não é utilizada. De acordo com Santos<sup>53</sup>, com a globalização, o conceito de educação vem sofrendo mudanças bem como a forma prestar assistência e atenção à saúde. As ações educativas preferencialmente devem ser realizadas nos mais diversos espaços físicos da área de abrangência da ESB, o “*estabelecimento de uma relação horizontal entre o sujeito que educa e o sujeito que se propõe educar*” é fundamental.

Capistrano Filho<sup>54</sup> ressalta a importância do planejamento da carga horária de trabalho do cirurgião-dentista, pois dentro do que preconiza o Ministério da Saúde, 40 horas semanais, *“é possível reservar um horário específico para este participar das atualizações da equipe, como capacitar os TSB, ASB, ACS e auxiliares de enfermagem. Sendo assim, o CD deve ser um participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município como um todo, fazendo visitas aos domicílios, sempre que isso for necessário para conhecer profundamente a população e suas condições de vida.”*.

De acordo com Carvalho et al<sup>55</sup> o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela ESB e ESF consistirá no momento inicial do trabalho da equipe. O cadastramento das famílias, o levantamento das necessidades e o conhecimento do perfil epidemiológico são etapas inerentes a esse processo. A identificação e o reconhecimento dos espaços sociais, dentre eles creches, escolas, asilos, associações, indústrias como locais estratégicos para desenvolvimento das ações educativas e promocionais junto à população adstrita.

Nesse contexto os achados a respeito do planejamento das ações das ESB no município de Juazeiro do Norte apresentaram dados positivos em relação ao cadastro dos usuários periodicamente e ao registro das informações das atividades de saúde bucal realizadas diariamente, ações estas realizadas pelos ACS e pela ESB. Encontrou-se um bom envolvimento multiprofissional dos membros da ESB com os demais membros da ESF, mas quase não se verificou parceria com outros setores da sociedade ou ONG. Aerts et al<sup>56</sup> destaca a importância *“ [...] de envolvimento do cirurgião-dentista com atividades comunitárias, sugere-se as seguintes: buscar parceria com ativistas comunitários para a formação de redes e alianças; apoiar a criação de hortas e pomares como meio de encorajar ações cooperativas e o consumo de alimentos saudáveis; associar-se com grupos*

*comunitários ativos na promoção da saúde das mães e crianças, como, por exemplo, a pastoral da saúde; proporcionar a participação da população no planejamento e tomada de decisões em relação à saúde bucal da comunidade; desenvolver ações intersetoriais com outras instituições públicas ou privadas (ONGs, Sesi, Sesc, Universidades)”(2004, p.137).*

Um dos aspectos negativos encontrados nesse estudo foi em relação à forma de apropriação do perfil epidemiológico da população adstrita, apenas uma equipe afirmou ter realizado levantamento de necessidades nesta população. É inerente ao processo de trabalho das ESB o conhecimento da situação de saúde da população do território que está sob sua responsabilidade sanitária, a fim de planejar e implementar atividades de acordo com as necessidades locais, priorizando os problemas de saúde mais frequentes.<sup>36</sup>

Além disso, observou-se a distribuição de fichas na unidade de saúde como forma de acesso ao atendimento odontológico. A organização da demanda é um dos nós críticos dos serviços de saúde do SUS. Carvalho et al<sup>55</sup> enfatiza que, *“os indivíduos do território buscam a assistência de forma espontânea ou organizada e sob diferentes condições: doentes, sadias ou com urgência de atendimento. O acolhimento busca atender o indivíduo em suas necessidades, independentemente do diagnóstico, do nível de complexidade da demanda, ou da percepção do profissional ao qual se apresenta”* (2004, p.179).

Em relação aos procedimentos coletivos os resultados encontrados foram positivos, apesar da falta do escovário. Nesse estudo não foi observado a distinção de quem realiza a atividade, se o CD ou pessoal auxiliar. Algumas ações devem ser compartilhadas com o pessoal auxiliar, o TSB e o ASB, sob supervisão do CD, que podem atuar em diversas atividades como: terapêutica com flúor, escovação bucal supervisionada, evidenciação de placa, entre outras.<sup>55</sup>



Quanto às atividades curativas, a grande maioria é realizada pela ESB, incluindo atendimento de urgência odontológica. Quanto à moldagem para prótese, nenhuma ESB realiza essa atividade, porém vários são os achados que justificam essa ausência. Apenas três cirurgiões-dentistas afirmaram ter tido alguma capacitação em prótese, em nenhuma unidade de saúde existe instrumental básico de moldagem para prótese e por último todas as ESB afirmaram ter referência especializada para esse tipo de serviço.

Em relação às visitas domiciliares, esse é um procedimento muito falho, deixando os idosos e os acamados sem a necessária avaliação e tratamento conforme a necessidade. Considerando que “[...] a Assistência Domiciliar na atenção básica é uma modalidade da Atenção Domiciliar [...] e tem como público alvo um segmento da população com perdas funcionais e dependência para realização de atividades da vida diária, as atividades precisam ser planejadas de forma que atendam às necessidades do usuário-família”.<sup>8</sup> (2006, p.24).

Percebe-se neste estudo que há muito que aprimorar em relação à apropriação da filosofia de trabalho que propõe a Estratégia Saúde da Família no Brasil, seja por parte dos gestores ou dos trabalhadores do SUS. Não podemos atribuir as falhas do sistema de saúde à somente uma das partes envolvidas, é preciso urgente repensar e articular formas de gestão e de formação profissional para conseguirmos a qualidade e a resolutividade que a Atenção Básica brasileira tanto precisa.

Algumas limitações desse estudo se devem à escassez de pesquisas na área de saúde bucal envolvendo aspectos gerenciais *versus* processo de trabalho das ESB, o que dificulta as comparações entre os achados; aos parâmetros normatizados utilizados, especificamente o manual de estrutura física elaborado pelo Ministério da Saúde, que apresenta um grau de exigência muito diferente da realidade de muitos municípios brasileiros. E, ainda, a construção do modelo lógico, baseado apenas nos documentos ministeriais, pode

não ser o mais adequado para retratar a PNSB, por não ter tido parecer e consenso dos especialistas da saúde bucal brasileira, bem como a matriz dos indicadores que, por motivo da escassez do tempo do mestrado profissionalizante, foi definida apenas pelo pesquisador.

## 8. CONCLUSÃO

Com esse estudo conclui-se que as ações da PNSB na atenção básica no município de Juazeiro do Norte- CE encontra-se em um GI insuficiente merecendo destaque para a estrutura que apresentou GI insuficiente.

Vários aspectos são identificados como limitação para o alcance do GI como "implantado" na dimensão de estrutura, tais como: disponibilidade de instrumental e material inadequados à realização das ações previstas, falta de planejamento por parte da gestão em relação ao abastecimento das unidades de saúde com materiais de consumo odontológico e insumos, bem como baixa capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe. Ademais, falta de espaço para escovários nas unidades.

Como pontos positivos podemos ressaltar a referência para a média complexidade, confirmada por todos os profissionais entrevistados, a existência de área para atividade educativa, embora ainda não seja uma atividade consolidada no processo de trabalho das ESB e o alto percentual de ESB completas.

O GI na dimensão do processo foi classificado como implantação regular e a principal falha encontrada recaiu na forma de abordagem das atividades educativas. Individualizado, o que fere as diretrizes da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família. A filosofia da entrega da ficha na unidade de saúde para atendimento ainda é dominante, o que

marca ainda um modelo conservador e curativista. Outro ponto que merece destaque é o baixo percentual de visitas domiciliares realizadas pelo CD e pelo ASB.

## **9. RECOMENDAÇÕES**

Devido às dificuldades encontradas, sugere-se uma readequação por parte da gestão da saúde bucal, do planejamento, incluindo melhoria no setor de abastecimento e distribuição de material e insumos, readequação da estrutura física, principalmente em relação ao escovário nas unidades, oferta de equipamentos e instrumental em quantidade adequada. Formulação de Política de Educação Permanente, com qualificação em serviço, para profissionais de nível superior e nível médio das ESB.

Outra recomendação que este estudo oportuniza é a prática de ações de monitoramento e avaliação no sistema municipal de saúde. A avaliação é um componente importante da gestão em saúde. Seus resultados podem subsidiar processos decisórios, identificar problemas, reorientar ações e serviços, avaliando novas práticas e rotina dos profissionais, podendo até mensurar o impacto das ações implementadas na saúde bucal da população assistida. Sugere-se também, que outros estudos avaliativos sejam desenvolvidos, visando os outros níveis de complexidade, como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), dessa vez apresentando aos especialistas, para uma elaboração conjunta, em reuniões de consenso, o modelo lógico e a matriz de indicadores, a fim de que esse seja o modelo a ser utilizado em outros contextos.

Como contribuição à Política de Saúde Bucal no município de Juazeiro do Norte, foi elaborada uma matriz de monitoramento dos componentes da atenção básica para ser

aplicada pelos gestores municipais como parte do processo avaliativo, apresentada no quadro

7.

**Quadro 6. Matriz de monitoramento dos componentes das ações da Política de Saúde Bucal na Atenção Básica no âmbito municipal.**

	Componentes da Política de Saúde Bucal	Fonte de evidência	Linha de base	Meta/ano	Situação atual/data	Comentários/Responsável
<b>ESTRUTURA</b>	<b>BLOCO 1 - Identificação da ESB</b>					
	ESB modalidade I	CNES	01 CD + 01 ASB+ 04 a 06 ACS			
	ESB modalidade II	CNES	01 CD + 01 ASB + + 01 TSB + 04 a 06 ACS			
	Carga horária	CMSB	40 h semanais			
	<b>BLOCO 2- Recursos Humanos</b>					
	ESB completa	CNES	Modalidade I ou II			
	Proporção ESB/ ESF	CNES/CMSB	1ESB:1ESF			
	Área de abrangência da ESB definida	CMSB/SIAB	Máximo 06 ACS e raio de distância das residências para USF de no máximo 6Km			
	População em pessoas da área de abrangência	CMSB/SIAB	3000 pessoas em média			
	<b>BLOCO 3- Estrutura Física</b>					
	Localização do equipamento odontológico	CMSB/USF	Na própria unidade de saúde			
	Área para compressor	CMSB/USF	No lado de fora da unidade de saúde			
	Área para atividade educativa	CMSB/USF	Na própria unidade de saúde			
	Espaço adequado para consultório	USF	RDC 50 ANVISA			
	Conservação de pisos, paredes e tetos	USF	RDC 50 ANVISA			
	Instalação elétrica e iluminação	USF	RDC 50 ANVISA			
	Climatização	USF	RDC 50 ANVISA			
	Instalação hidráulica	USF	RDC 50 ANVISA			
	Conservação de pisos, paredes e tetos	USF	RDC 50 ANVISA			
	<b>BLOCO 4 Mobiliário/Equipamentos Instrumental</b>					
	Fotopolimerizador	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	Amalgamador	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	Cadeira odontológica	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	Compressor	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	Unidade auxiliar	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	2 mochos	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	Refletor	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	Caneta de alta	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			
	Micro motor	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS			

**Matriz de monitoramento dos componentes das ações da Política de Saúde Bucal na Atenção Básica no âmbito municipal.(cont.)**

	<b>Componentes da Política de Saúde Bucal</b>	<b>Fonte de evidência</b>	<b>Linha de base</b>	<b>Meta/ano</b>	<b>Situação atual/data</b>	<b>Comentários/Responsável</b>	
<b>ESTRUTURA</b>	Autoclave ou estufa	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Negatoscópio	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Armário vitrine	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Mesa de escritório	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Duas cadeiras	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Balde cilíndrico porta-detritos com pedal	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Instrumental para exame clínico	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Instrumental para dentística	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Instrumental periodontal básico	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Instrumental cirúrgico básico	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Instrumental para urgência	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	Instrumental para prótese	CMSB/USF	Manual de estrutura física MS				
	<b>BLOCO 5 Insumos e Materiais</b>						
		Equipamentos de proteção individual	CMSB/USF	Nº de ESB			
		Material de consumo	CMSB/USF	Nº de ESB			
		Material educativo	CMSB/USF	Nº de ESB			
		Receituário	CMSB/USF	Nº de ESB			
		Prontuários	CMSB/USF	Nº de ESB			
		Mapa para registros diários	CMSB/USF	Nº de ESB			
		Protocolos Clínicos de SB	CMSB/USF	Nº de ESB			
	<b>BLOCO 6 Referência à Atenção Especializada</b>						
		Endodontia	CMSB/USF/CREMU	PT MS Nº1101/ levantamento de necessidades do município			
		Prótese	CMSB/USF/CREMU				
		Periodontia	CMSB/USF/CREMU				
		Ortodontia	CMSB/USF/CREMU				
		Cirurgia	CMSB/USF/CREMU				
	Pacientes especiais	CMSB/USF/CREMU					
	Radiologia	CMSB/USF/CREMU					
	Câncer	CMSB/USF/CREMU					
	Referência para endodontia	CMSB/USF/CREMU					
	Referência prótese	CMSB/USF/CREMU					
	Referência periodontia	CMSB/USF/CREMU					
	Referência ortodontia	CMSB/USF/CREMU					

**Matriz de monitoramento dos componentes das ações da Política de Saúde Bucal na Atenção Básica no âmbito municipal (cont.)**

	<b>Componentes da Política de Saúde Bucal</b>	<b>Fonte de evidência</b>	<b>Linha de base</b>	<b>Meta/ano</b>	<b>Situação atual/data</b>	<b>Comentários/Responsável</b>
<b>ESTRUTURA</b>	<b>BLOCO 7 Educação Permanente</b>					
	Treinamento introdutório CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento em ações AB CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento para pacientes especiais CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento gestantes CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento diagnóstico CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento biossegurança CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento dentística CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento periodontia CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento pulpotomia CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento farmacologia CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento DST CD	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento prótese CD	CMSB	Nº de ESB			
	Especialização SF CD	CMSB	Nº de ESB			
	Formação ASB	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento biossegurança ASB	CMSB	Nº de ESB			
	Treinamento introdutório ASB	CMSB	Nº de ESB			
	Ações preventivas ASB	CMSB	Nº de ESB			
Educação permanente DST - ASB	CMSB	Nº de ESB				
	<b>Componentes da Política de Saúde Bucal</b>	<b>Fonte de evidência</b>	<b>Linha de base</b>	<b>Meta/ano</b>	<b>Situação atual/data</b>	<b>Comentários/Responsável</b>
<b>PROCESSO</b>	<b>BLOCO 1 Atividades Educativas</b>					
	Para gestantes	CMSB/USF	Caderno 17 MS/Diretriz municipal			
	Para menores de 3anos	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Para crianças de 3 a 6 anos	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Para a faixa etária de 6 a 14 anos	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Para adolescentes	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Para pacientes especiais	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Adultos	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Abordagem individual	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Abordagem familiar	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Palestra	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Outros meios de comunicação	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Abordagem alternativa	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	<b>BLOCO 2 Organizacional</b>					
	Cadastro de usuários	SIAB/CMSB	Área de abrangência defina para ESB			
	Registro das atividades	SIAB/CMSB	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Envolvimento multiprofissional ESF	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
	Ação em parceria com ONG	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal			
Inquérito epidemiológico escolares	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
Inquérito epidemiológico da população geral	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				

**Matriz de monitoramento dos componentes das ações da Política de Saúde Bucal na Atenção Básica no âmbito municipal (cont.)**

	<b>Componentes da Política de Saúde Bucal</b>	<b>Fonte de evidência</b>	<b>Linha de base</b>	<b>Meta/ano</b>	<b>Situação atual/data</b>	<b>Comentários/Responsável</b>	
<b>PROCESSO</b>	Levantamento necessidades em instituições	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Levantamento necessidade da pop. adscrita	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Estudo de demanda	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Lista de espera com classificação	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Demanda programada de instituições	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Demanda programada grupo prioritário	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Atendimento de urgência	CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	<b>BLOCO 3 Procedimentos Coletivos</b>						
	Escovação supervisionada	SIAB/CMSB	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Evidenciação de placa	CMSB	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Fluorterapia	SIAB/CMSB	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	<b>BLOCO 4 Atividades Realizadas pela ESB</b>						
	Consulta odontológica	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Restauração de dente decíduo e permanente	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Raspagem supra-gengival	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Exodontia	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Tratamento de alveolite	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Moldagem para prótese	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Visita domiciliar	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Tratamento completo	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Evento de promoção em saúde	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Atendimento de urgência	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Visita Domiciliar ASB	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Evento de promoção em saúde ASB	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				
	Atividade educativa ASB	SIAB/CMSB/USF	Caderno 17 MS/ Diretriz municipal				

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva RHA, Peres AS. Odontologia: Um breve histórico. *Odontologia. Clín. Científica*, Recife, 6 (1): 7-11, jan./mar.,2007. [acesso em jul 2010] Disponível em [www.crope.org.br](http://www.crope.org.br).
2. Rosenthal E. *A odontologia no Brasil no século XX*. São Paulo; Santos; 2001.
3. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, orgs. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11. 2006.67p. [acesso em jun 2010] Disponível em [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf)
4. Lima NT, Fonseca CMO, Hocman GA. Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: Lima, NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, orgs. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 27-58.
5. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde- Princípios, In: Campos FE, Júnior MO, Tonon LM, orgs. *Planejamento e Gestão em Saúde (Cadernos de Saúde-1)*. Belo Horizonte: coopmed;1998. p. 21-25.
6. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*. 2006; p.141-147.
7. Carvalho CL, Loureiro CAS. A inserção da odontologia na saúde escolar. *Caderno de odontologia*. Belo Horizonte, v.1, n.1; nov.1997.p.43-57.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n.17. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, orgs. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 59-81.
10. Pinto VG. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. 1ª Ed. São Paulo: Santos, 1989.



11. Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS: TOMO II-Salvador, BA: Casa da Qualidade editora. 2001; 176p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.137p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. [acesso em 04 nov 2010]. Disponível em: <HTTP://200.214.130.35/dab/cnsb/vigilância.php>.
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal - Subsecretaria de edições técnicas, 2006.448p.
15. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C In: Rode SM, Nunes SG. Atualização clínica em odontologia. Saúde Bucal Coletiva: quadros social, epidemiológico e político. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003; resultados principais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
17. Heimann, LS, Mendonça MH. A trajetória da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: lima, N. T. et al. Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS.1 reimpressão Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005. p.481-500.
18. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Fev.2008; 24 (2): 241-246.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 302 de 17 de fevereiro de 2009. Diário Oficial da União-Seção 1, n.81, de 30 de abril de 2009.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [acesso em agosto 2011]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php).

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância Sanitária/Fluoretação.[ acesso em agosto de 2010] Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/cnsb/vigilancia.php>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Saúde da Família. V.II. (Painel de Indicadores do SUS, 4). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
24. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev, Saúde Pública*, 2010; 44 (2): 360-5.
25. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (4): 709-717, 2002.
26. Rocha RACP, Goes S A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24(12): 2871-2880, dez., 2008.
27. Correia RP. Análise do grau de implantação das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do Município de Parintins do Estado do Amazonas. Dissertação. Manaus. Universidade Federal do Amazonas. Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ. Universidade Federal do Pará, 2009.106p. Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.
28. Nickel DA. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal. Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação. Florianópolis, 2008. Mestrado em saúde Pública.
29. Figueiró A C; Frias P G; Navarro L M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. Capítulo 1. In Isabella S, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG orgs. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro. MedBook. 2010. 196p.
30. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ/Hartz ZA, 1997.p.29-48
31. Vieira da Silva LM. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a avaliação em saúde. *Avaliação em Saúde. Dos modelos Teóricos à Prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador/ Rio de Janeiro: Universidade Federal da Bahia/ FIOCRUZ. Hartz ZA; Vieira da Silva LM, 2010.p.15-35.

32. Plano Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte, 2009.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal-Ofício Circular nº 005/2010-SAUB/DAB/SAS/MS. Brasília, 09 de agosto de 2010.
34. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA: Journal of the American Medical Association, 260: 1743-8. 1988.
35. Medina MG et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZM, Silva LMV orgs. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.72p.
37. Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília-DF.2007;68p.
38. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Fiocruz. 2001; 172p.
39. Brasil. Ministério da Saúde. [acesso em 30 jun de 2011]. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php)
40. Werneck MAF et al. Algumas reflexões sobre cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte. Mimeografado. 2003.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
42. Brasil. Conselho Federal de Odontologia-CFO. [acesso em 30 jun de 2011]. Disponível em <http://cfo.org.br/>.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002. Brasília-DF: Ed MS; 2004, 140p.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto-Avaliação nº3: Unidade Saúde da Família. 3ª edição. Brasília-DF. 78p. 2009.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto-Avaliação nº5: Unidade Saúde da Família-Parte II. 3ª edição. Brasília-DF. 2009; 110p.
46. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl.1): 1367-1377.
47. Rocha E C A; Araújo M A D A. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte, RN. *RAP-Rio de Janeiro*. Mar./abr.2009; 43(2): 481-517.
48. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
49. Ferreira CA; Loureiro CA. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. set 2008; 24(9): 2071-2080.
50. Moura BLA et al. Atenção primária á saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde.*Rev.Bras.Saúde Matern.Infant.Recife.nov.2010;10(Supl.1):S69-S81.*
51. Portela MC, Lima SML, Ferreira VMB, Escosteguy CC, Brito C, Vasconcellos MTL. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 Feb [cited 2011 July 23] ; 24(2): 253-266. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000200004&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200004&lng=en). doi: 10.1590/S0102-311X2008000200004

52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 3.066, 23 de Dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. [acesso em 03 jul 2011]. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3066\\_23\\_12\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3066_23_12_08.pdf).
  
53. Santos A M. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. Revista APS. Jul./dez.2006; v.9, p.190-200.
  
54. Capistrano Filho D. Inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul. Documento. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. [acesso em 03 jul 2011]. Disponível em: [http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p\\_70&sName=Equipe%20de%20Sa%FAde%20Bucal](http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_70&sName=Equipe%20de%20Sa%FAde%20Bucal).
  
55. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A Dinâmica da Equipe da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. Boletim da Saúde. Porto Alegre. 2004; Volume 18. Número 1. Jan./Jun.176-184.
  
56. Aerts D, Abegg C, Cesa K.O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 131-138.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista de Campo-TCLE

O Sr.(a) esta sendo convidado a participar da pesquisa “POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL-AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE -CE ”, tendo como instituição de origem o Instituto de Medicina Integral Prof.Fernando Figueira - IMIP,cujo objetivo é avaliar as ações de saúde bucal e os serviços responsáveis por esta assistência no município de Juazeiro do Norte no período de fevereiro de 2011 a junho de 2011. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário padronizado e/ou um roteiro de entrevista que tem como objetivo avaliar os serviços prestados em ações de saúde bucal no município de Juazeiro do Norte. Por se tratar de uma entrevista estruturada, não há risco diretos na sua participação e os benefícios que o Sr.(a) deverá esperar, mesmo que não individualmente ou diretamente são: a avaliação dos serviços prestados em saúde bucal e colaboração para melhoria dessas ações na busca pela saúde integral dos pacientes .As informações obtidas através desta pesquisa serão altamente confidenciais, pois os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, assegurando assim o sigilo sobre sua participação. Vale salientar que caso não aceite continuar nesta pesquisa, o Sr.(a) poderá a qualquer momento retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao seu tratamento e atendimento, muito menos na sua relação com os pesquisadores deste projeto. O Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o meu endereço, podendo a qualquer momento tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

---

Local e data

- ( ) 1 via - participante da pesquisa  
( ) 2 - via pesquisador

---

Juliana Ribeiro Francelino Sampaio  
Pesquisador responsável

Rua Dr. Irineu Pinheiro, 438, Bairro: Pimenta Crato-CE  
CEP: 63.105-170  
Endereço do pesquisador

Fone/Celular (88) 9989 89 88 / (88) 8822 6174

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

**APÊNDICE 2 - Instrumento para Avaliar o Grau de Implantação da  
Política de Saúde Bucal na Atenção Básica, no Município de Juazeiro do  
Norte, em 2011.**

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

1.1 Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

1.2 Endereço da USF: \_\_\_\_\_

**DIMENSÃO ESTRUTURA**

1.3 Qual a modalidade de habilitação desta ESB?

MODALIDADE I - (CD+ASB)       MODALIDADE II - (CD+ASB+TSB)

1.4 A equipe de saúde bucal (ESB) está completa?  sim  não

*Considerar completa a equipe com no mínimo 01 cirurgião-dentista (CD) , 01 auxiliar de saúde bucal (ASB) e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde (ACS) ou 01 cirurgião-dentista (CD) , 01 auxiliar de saúde bucal (ASB), 01 técnico de saúde bucal(TSB) e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde (ACS)*

1.5 Qual a carga horária de trabalho do Cirurgião-dentista?

\_\_\_\_\_

**2. IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

2.1 Há quanto tempo a ESB está implantada?

um ano       dois anos       três anos       acima de três anos

2.2 A Unidade está localizada:  zona urbana  zona rural  mista

2.3 Esta ESB está ligada a quantas equipes de Saúde da Família (ESF)?

uma       duas       três ou mais

2.4 Existe área de abrangência definida para a equipe?  sim  não

2.5. Qual a população da área de abrangência, em pessoas, cadastrada e acompanhada por esta ESB? ----- ou  não sabe informar

2.6 Existe mapa da área de abrangência da ESB na unidade de saúde? (observar existência)  sim  não



**2.7 Caso afirmativo, existe no mapa informações sobre a situação de saúde bucal?**

sim  não

### **3. ESTRUTURA FÍSICA**

**3.1 O equipamento odontológico está instalado na própria unidade de Saúde da Família?**

sim  não

**3.2 Existe sala específica para o consultório Odontológico?**

sim  não

**3.3 Existe espaço para escovário?**

sim  não

**3.4 Existe área para compressor e bomba à vácuo?**

sim  não

**3.5 Existe área para reuniões e ações educativas na unidade?**

sim  não

**3.6 Considerando a instalação física, a ESB possui na sala do consultório condições adequadas para o desenvolvimento das ações de saúde bucal?**

- |  |   |
|--|---|
| a) Espaço de trabalho adequado           | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| b) Conservação de pisos, paredes e tetos | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| c) Instalação elétrica e iluminação      | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| d) Climatização                          | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| e) Instalação hidráulica                 | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |

**3.7 A ESB dispõe em sua Unidade dos seguintes equipamentos e mobiliários**

**Marcar uma das três opções conforme. 1. Sim; 2. Não; 3. Sem condições de uso**

- a. aparelho fotopolimerizador ( )
- b. amalgamador (obrigatório) ( )
- c. cadeira odontológica ( )
- d. compressor ( )
- e. unidade auxiliar ( )
- f. dois mochos ( )
- g. refletor ( )
- h. caneta de alta rotação (obrigatório) ( )
- i. micro-motor (obrigatório) ( )
- j. autoclave / Estufa (obrigatório) ( )
- l. negatoscópio ( )

- m. aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato ( )
- n. armário vitrine ( )
- o. mesa de escritório ( )
- p. duas cadeiras ( )
- q. balde cilíndrico porta-detritos com pedal ( )

### **3.8 A ESB dispõe do seguinte instrumental para atendimento da população:**

- a. Instrumental para exame clínico ( ) sim ( ) não
- b. Instrumental para dentística ( ) sim ( ) não
- c. Instrumental periodontal básico ( ) sim ( ) não
- d. Instrumental cirurgico básico ( ) sim ( ) não
- e. Instrumental para urgência (básica) ( ) sim ( ) não
- f. Instrumental para prótese( básico) ( ) sim ( ) não

Considerar resposta positiva se tiver todos os instrumentais mencionados em quantidade suficiente (3 Alveolótomos, 10 Alavancas inox adulto, 5 Alavancas inox infantil, 2 Alavancas Seldim adulto, 2 Aplicadores para cimento, 10 aplicadores para hidróxido de cálcio, 10 bandejas de aço, 10 Brunidores, 2 cabos de bisturi, 10 cabos para espelho, 15 caixas inoxidáveis com tampa, 5 Condensadores Holleback 01 e 02, 5 Condensadores Eames, 5 Condensadores Clev-dent, 2 Correntes para prender guardanapo, 2 Curetas alveolares, Cureta de periodontia Gracey( vários números), 5 escavadores de dentina nº5, 5 escavadores de dentina nº11,5, 2 escavadores para pulpotomia, 5 esculpidores Holleback 3s, 1 espátula de cera nº7, 10 espátulas de cimento nº24, 10 espelhos bucais, 1 espelho de mão e de parede, 2 extratores de tártaro 1/10, forceps infantis e adultos ( vários nºs), 2 frascos de Dappen, 2 gengivotomos de Kirkland, 2 gengivótomos de Orban, 1 lamparina, 1 limpador de brocas, 1 macro escova, 1 macro-modelo, 15 estojos de inox( tipo marmitta), 2 limas ósseas, 5 pinças clínicas, 5 pinças Halstead curva e reta, 10 pinças para algodão, 2 placas de vidro, 5 portas agulha, 2 portas amálgama, 3 portas matriz, 1 removedor de brocas, 10 seringas carpule, 5 sindemótomos, 10 sondas exploradora, 10 sondas periodontais milimetradas 3 tesouras cirúrgica reta e 3 tesouras cirúrgica curva, 2 tesoura íris, 2 tesoura standart) OBS: Instrumental sugerido no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde.

### 3.9 A ESB dispõe dos seguintes materiais e insumos na USF:

Para as questões seguintes marcar uma das três respostas: 1. Sim; 2. Não; 3. Insuficiente.

- a. EPIs e material de Biosegurança (luva, gorro, máscara, óculos de proteção) ( )
- b. Material odontológico de consumo (selante, amálgama, resina fotopolimerizável, ionômero, fio de sutura, material para moldagem, agulhas, anestésico, gaze, rolos de algodão, flúor em gel ) ( )
- c. material educativo para a população (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para a saúde bucal? ( )
- d. receituários ( )
- e. prontuários com odontograma ( )
- f. mapa para registros de atendimento diário ( )
- g. existência de protocolos clínicos para saúde bucal ( )

## 4. ACESSO À REFERÊNCIA ESPECIALIZADA

### 4.1 Referências disponíveis para pacientes que necessitem de tratamento especializado atendidos pela ESB:

- a) Tratamento endodôntico ( ) sim ( ) não
- b) Serviços de reabilitação (prótese) ( ) sim ( ) não
- c) Serviços de periodontia ( ) sim ( ) não
- d) Ortodontia preventiva ( ) sim ( ) não
- e) Serviços espec. cirurgia/traumatologia buço-maxilo-facial ( ) sim ( ) não
- f) Serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais ( ) sim ( ) não
- g) Serviço especializado de radiologia ( ) sim ( ) não
- h) Serviço espec. em diagnóstico das lesões e câncer bucal ( ) sim ( ) não

## 5. EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 5.1 CIRURGIÃO-DENTISTA

- a) Treinamento Introdotório ( ) sim ( ) não
- b) Treinamento para o desenvolvimento das ações de saúde bucal ( ) sim ( ) não
- c) Ações de saúde bucal em pacientes com necessidades especiais ( ) sim ( ) não
- d) Atenção à gestante e bebe ( ) sim ( ) não
- e) Diagnóstico (estomatologia clínica) ( ) sim ( ) não

- f) Biossegurança  sim  não
- g) Dentística( com ênfase em cavidade atípica)  sim  não
- h) Periodontia básica  sim  não
- i) Pulpotomia  sim  não
- j) Farmacoterapia  sim  não
- k) DST/AIDS  sim  não
- l) Prótese total e parcial  sim  não
- m) Especialização em Saúde da Família  sim  não

### **5.2 TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL**

- a) Formação  sim  não
- b) Treinamento em biossegurança  sim  não
- c) Treinamentos e técnicas auxiliares: material ( manipulação)  sim  não
- d) Treinamentos e técnicas auxiliares: instrumental (manipulação e reconhecimento)  sim  não
- e) Desenvolvimento das ações preventivas e promocionais  sim  não
- f) Curso de educação permanente em DST/AIDS  sim  não

### **5.3 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL**

- a) Formação  sim  não
- b) Treinamento em biossegurança  sim  não
- c) Treinamento introdutório  sim  não
- d) Ações preventivas e promocionais  sim  não
- e) Curso de educação permanente em DST/AIDS  sim  não

## **DIMENSÃO PROCESSO**

### **6. PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE**

**6.1 A ESB realiza cadastramento de usuários periodicamente**  sim  não

**6.2 A ESB registra suas atividades em sistemas de informação, livro de registro, mapa diário, ficha "D", prontuário?**  sim  não

**6.3. Em quais grupos populacionais a ESB realiza atividades educacionais continuadas:**

- a. Gestante  sim  não
- b. Menor de 3 anos  sim  não
- c. De 03 a 06 anos  sim  não

- d. De 06 a 14 anos  sim  não
- e. Adolescentes  sim  não
- f. Pacientes com necessidades especiais  sim  não
- g. Adultos  sim  não
- h. Idosos  sim  não

**6.4 Qual tipo de atividade educativa a equipe realiza nesses grupos:**

- a. abordagem individual (consulta odontológica)  sim  não
- b. abordagem familiar (visita domiciliar)  sim  não
- c. palestras (sala de espera, comunidade, escolas)  sim  não
- d. meios de comunicação (rádio, vídeo)  sim  não
- e. abordagem alternativa (teatro, dramatização)  sim  não

**6.4.1. Há envolvimento multiprofissional da ESB com os demais membros da ESF?**

sim  não

**6.4.2. Há alguma ação referente à saúde bucal desenvolvida em parceria com outros setores / ONG?**

sim  não

**6.5. As ferramentas, listadas abaixo, foram utilizadas pela ESB para conhecimento do perfil epidemiológico relativo à saúde bucal da população da área de abrangência?**

- a) Inquérito epidemiológico em escolares  sim  não
- b) Inquérito epidemiológico na população em geral  sim  não
- c) Levantamento de necessidade em instituições  sim  não
- d) Levantamento de necessidade da população adstrita  sim  não
- e) Estudo de demanda na unidade de saúde  sim  não

**6.6 Qual a forma que a equipe utiliza para o acesso da população ao atendimento odontológico?**

- a) Inscrição e lista de espera sem classificação de necessidades  sim  não
- b) Inscrição e lista de espera com classificação de necessidades  sim  não
- c) Fichas na unidade de saúde  sim  não
- d) Demanda programada para instituições  sim  não
- e) Demanda programada para grupos prioritários  sim  não
- f) Atendimento de urgência  sim  não
- g) Só atende escolares  sim  não

**6.7 A ESB realiza os seguintes procedimentos coletivos:**

- a. escovação supervisionada  sim  não
- b. evidenciação de placa  sim  não
- c. fluoroterapia intensiva  sim  não

**6.8 Quais atividades são realizadas pela ESB?:****6.8.1 Cirurgião-dentista-CD**

- a. Consulta odontológica  sim  não
- b. Restauração de dentes decíduos ou permanentes  sim  não
- c. Raspagem e alisamento supra gengival  sim  não
- d. Exodontia e remoção de resto radicular  sim  não
- e. Tratamento de alveolites, de hemorragias  sim  não
- f. Moldagem para prótese total ou parcial  sim  não
- g) Visita domiciliar  sim  não
- h) Tratamento completado  sim  não
- i) Eventos de promoção à saúde  sim  não
- j) Realiza atendimentos de primeiros cuidados nas urgências odontológicas não agendadas?  sim  não

**6.8.2 Técnico de Saúde Bucal-TSB**

- a) Visita domiciliar  sim  não
- b) Eventos de promoção em saúde  sim  não
- c) Atividades educativas  sim  não

**6.8.3 Auxiliar de Saúde Bucal**

- a) Visita domiciliar  sim  não
- b) Eventos de promoção em saúde  sim  não
- c) Atividades educativas  sim  não

**ANEXO**

## ANEXO 1 - Declaração do Comitê de Ética do IMIP


Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil  
Instituição Civil Filantrópica



### DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº **2251 - 11** intitulado “**Avaliação do grau de implantação da política de saúde bucal no município de Juazeiro do Norte - CE.**” apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Juliana Ribeiro Francelino Sampaio** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião de 16 de março de 2011.

Recife, 17 de março de 2011

  
**Dr. José Eulálio Cabral Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa em Seres Humanos do  
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira