



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**



FRANCISCO IVAN RODRIGUES MENDES JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS PELOS CIRURGIÕES-
DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O CUMPRIMENTO DOS
INDICADORES EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ**

FORTALEZA

2014

FRANCISCO IVAN RODRIGUES MENDES JÚNIOR

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS PELOS CIRURGIÕES-
DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O CUMPRIMENTO DOS INDICADORES
EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Mary Anne Medeiros
Bandeira, Doutora.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M49a Mendes Júnior, Francisco Ivan Rodrigues.
Avaliação das necessidades identificadas pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará / Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior. – 2014.
71 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Profa. Dra. Mary Anne Medeiros Bandeira.
1. Saúde Bucal. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Avaliação em Saúde. I. Título.

FRANCISCO IVAN RODRIGUES MENDES JÚNIOR

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS PELOS CIRURGIÕES-
DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O CUMPRIMENTO DOS INDICADORES
EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Aprovado em 05/05/2014

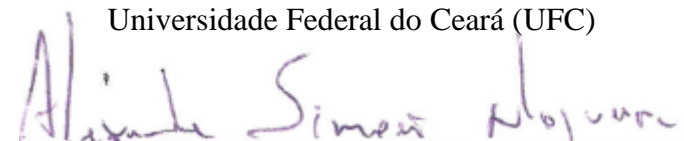
BANCA EXAMINADORA



Profa. Mary Anne Medeiros Bandeira, Doutora (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Edson Holanda Teixeira
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Alexandre Simões Nogueira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A minha esposa Gina Elayne Silva Montezuma e aos meus pais, Ivan e Graça, pessoas que expressam o amor que Deus tem por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo infinito amor e presença constante em minha vida, e me faz compreender que “tudo posso naquele que me fortalece”.

Aos meus pais, formadores de meus princípios e exemplo incansável de luta e superação dos anseios pautados na fé e no engrandecimento do ser humano.

A professora Mary Anne Medeiros Bandeira por seus ensinamentos e confiança a mim dedicados.

Ao colega José Carlos pelo apoio e disposição de sua equipe na obtenção dos dados desta pesquisa.

Aos colegas supervisores de saúde bucal das regionais de saúde: Lorena, Luiza, Régia Vlândia, Aderson Martins, Fernando Amorim e Margarida Saraiva.

Um agradecimento especial à Janaina e Amanda pelo esforço e apoio na busca ativa dos questionários da pesquisa.

A toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde, em especial as coordenações de saúde bucal e da atenção primária, pela forma acolhedora e eficiente que sempre me tiveram.

MENDES JR., F.I.R, Avaliação das necessidades identificadas pelos Cirurgiões-Dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em Saúde Bucal no município de Fortaleza, Ceará, 2014. Dissertação Mestrado Profissional em Saúde da Família – Universidade Federal do Ceará, CE, 71 p.

RESUMO

O presente estudo teve natureza exploratória, descritiva, com abordagem quali-quantitativa, no qual buscou avaliar as necessidades identificadas pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em saúde bucal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) – Atenção Básica (AB) no município de Fortaleza, Ceará. Foi utilizado um questionário contendo 37 perguntas, sendo 23 questões fechadas e 14 questões semiestruturadas. Os resultados obtidos foram derivados dos questionários aplicados aos 137 (cento e trinta e sete) Cirurgiões-Dentistas (CD) da Atenção Básica (AB) do município de Fortaleza encontrados nas 06 (seis) regionais de saúde durante os encontros de educação permanente promovidos pela gestão municipal. Esse quantitativo de CD correspondeu a 70,25% de um universo de 195 (cento e noventa e cinco) CD cadastrados nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) até outubro de 2013. A desmotivação, a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos e a insegurança do profissional no manejo clínico relacionado à prótese dentária, ao atendimento das urgências odontológicas e para o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, foram os principais problemas identificados que interferem para o cumprimento da maioria destes indicadores. Diante das constatações supracitadas, observou-se necessidade de investimentos no processo de educação permanente, na participação dos profissionais nos processos de planejamento e organização dos serviços, nas melhorias nas condições de trabalho, regularidade nas entregas dos insumos odontológicos, aquisição de instrumentais e melhorias nas relações de trabalho, sobretudo na humanização, promovendo a valorização e o reconhecimento do profissional nele inserido, para que se possa gerar a maior satisfação dos mesmos.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Programa Saúde da Família; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

This study had an exploratory and descriptive nature, with qualitative and quantitative approach, which sought to assess the needs identified by dentists of primary care to the fulfillment of indicators in oral health from the Program of Improvement of Access and Quality – Basic Attention of Fortaleza City, Ceará State. It was used a questionnaire containing 37 queries, with 23 closed questions and 14 semi-structured questions. The results were derived from questionnaires administered to 137 (one hundred and thirty seven) dentists from the Primary Care in Fortaleza, found in six (06) Health Regions during meetings of permanent education sponsored by municipal management. This quantitative of dentists corresponded to 70,25% of a population of 195 (one hundred and ninety-five) dentists registered in Oral Health Teams until October, 2013. The lack of motivation, the discontinuity in providing dentistry supplies, the insecurity in the clinical management of the professional related to dental prosthesis, dental urgencies and diagnosis of oral mucosal changes of users were the main problems identified which interfere at the fulfillment of most of these indicators. Given the above findings, it was observed the need to invest in permanent education process, involvement of professionals in the process of planning and organization of the services, improvements in working conditions, regular deliveries of dentistry supplies, acquisition of instrumental and improvements in relations work, especially in humanization, promoting the appreciation and recognition of professional inserted therein, so that we can generate their greatest satisfaction.

Keywords: Oral Health; Family Health Program; Evaluation in Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de ESF e ESB mod. I e II no Brasil, Ceará e Fortaleza implantadas até outubro de 2013	15
Tabela 2 – Perfil dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo características pessoais, Fortaleza, Ceará, 2014.....	34
Tabela 3 – Perfil dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo formação acadêmica, Fortaleza, Ceará, 2014.....	35
Tabela 4 – Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo formação acadêmica, nas diversas áreas e Saúde da Família/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública, Fortaleza, Ceará, 2014.....	35
Tabela 5 – Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca ação coletiva de escovação dental supervisionada, Fortaleza, Ceará, 2014.....	36
Tabela 6 – Classificação do grau de importância para execução da ação coletiva de escovação dental supervisionada nos espaços sociais e principais dificuldades, Fortaleza, Ceará, 2014.....	37
Tabela 7 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção sobre primeira consulta programática, procedimentos clínicos em saúde bucal e razão entre tratamento concluído e primeira consulta odontológica programática.....	39
Tabela 8 - Classificação do grau de dificuldade na execução de procedimentos clínicos em saúde bucal e na conclusão dos tratamentos odontológicos, Fortaleza, Ceará, 2014.....	41
Tabela 9 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca do procedimento de instalação de próteses dentárias na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.	42
Tabela 10 - Classificação do grau de dificuldade na instalação de próteses dentárias na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.....	43
Tabela 11 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca do atendimento odontológico à gestante, Fortaleza, Ceará, 2014.....	44
Tabela 12 - Classificação do grau de dificuldade no atendimento odontológico à gestante, Fortaleza, Ceará, 2014.....	45

Tabela 13 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca do procedimento de atendimento de urgência odontológica na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.	46
Tabela 14 - Classificação do grau de dificuldade no atendimento e manejo das urgências odontológicas na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.	47
Tabela 15 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca do procedimento de diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, Fortaleza, Ceará, 2014.	48
Tabela 16 - Classificação do grau de dificuldade no diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, Fortaleza, Ceará, 2014.	48
Tabela 17 - Produção dos procedimentos de ação coletiva de escovação dental supervisionada, 1ª consulta odontológica programática e instalação de próteses dentárias informados pela gestão municipal de saúde do município de Fortaleza, CE, nos anos de 2011, 2012 e 2013.	49
Tabela 18 - Registro das respostas dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município quanto à forma de registro dos procedimentos, Fortaleza, Ceará, 2014.	50
Tabela 19 - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos indicadores selecionados por Área Estratégica natureza do uso.....	16
Quadro 2 – Indicadores PMAQ–Saúde Bucal.....	16
Quadro 3 – Resultado dos indicadores de desempenho acerca PMAQ-AB no município de Fortaleza, Ceará, no período de 2011 a 2013.....	16
Quadro 4 – Evolução da expansão da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza no período de dezembro de 2005 a outubro de 2013.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EP	Educação Permanente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INPS	Instituto Nacional de Segurança Social
MOD	Modalidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SER	Secretarias Executivas Regionais
SIA	Sistemas de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial – Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SPSS	Software Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1	Conceito de Saúde	20
3.2	História da Saúde Pública no Brasil	20
3.3	Histórico dos Modelos de Saúde Bucal no Brasil	24
3.4	A Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza, Ceará.....	26
3.5	Avaliação em Saúde	28
4	MATERIAL E MÉTODOS	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6	CONCLUSÕES	55
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA	66
	APÊNDICE B – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71

1 INTRODUÇÃO

Com a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, em especial após a criação do Sistema Único de Saúde, muitos desafios foram manifestados. Isso pode ser percebido tanto na necessidade de demonstrar resolutividade na assistência clínica, como na execução de políticas intersetoriais que possam influenciar positivamente no desenvolvimento dos principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal (MOYSES, 2008).

Para isso muitas iniciativas têm sido apresentadas na perspectiva de uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral e que venham a promover saúde bucal (MOYSES, 2008).

No entanto, a assistência à saúde geralmente é centrada na execução de procedimentos ambulatoriais, sendo pouco consideradas as determinações do processo saúde-adoecimento e em seus determinantes sociais, focando, sobretudo as dimensões biológicas (MALTA *et al.*, 2004).

Há uma complexidade no processo saúde-adoecimento que precisa ser considerada. Existem eventos ou vivências multidimensionais, que não são bem demarcados e têm significados que variam de acordo com o contexto vivido pelas pessoas individual ou coletivamente (REIS; MARCELO, 2006).

Com isso, o modelo assistencial em saúde atualmente exercido provoca elevados custos financeiros às instituições públicas e privadas, pois utiliza, como ferramentas principais, os recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos (tecnologias duras). Há necessidade de se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, sobretudo acerca da natureza do processo de trabalho, de sua micropolítica e importância na compreensão da organização da assistência à saúde (MALTA, *et al.*, 2004).

Uma estratégia importante a ser destacada na tentativa de reorientação deste modelo assistencial a partir da atenção básica e que estivesse em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), foi a criação pelo Ministério da Saúde do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (BRASIL, 1994).

O PSF inicialmente foi concebido por equipes compostas por médicos e enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que, neste primeiro momento a Saúde Bucal não foi inserida no Programa, apesar da existência de um movimento da categoria para essa efetivação (ZANETTI, 2001).

Foi então que após um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) junto com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em

1998 no qual se identificou que cerca de 29,6 milhões de brasileiros (19%) nunca tinham ido ao dentista, somado ao esforço da categoria, o Ministério da Saúde (MS), através da portaria MS nº 1.444 de 29 de dezembro de 2000, implantou a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), em caráter facultativo, nos municípios (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Estas equipes seriam compostas por pelo menos um Cirurgião-Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD) – nomenclatura adotada à época – e atuariam inicialmente apoiando as equipes já constituídas do PSF, na proporção de uma ESB para cada duas Equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2000).

A partir da Portaria GM/MS 673, de 3 de junho de 2003, estabeleceu-se que podiam ser implantadas tantas Equipes de Saúde Bucal quantas forem as Equipes da Estratégia Saúde da Família em funcionamento nos municípios (BRASIL, 2003).

Carcereri (2005) destacou que esta inclusão poderia representar a ruptura do isolamento profissional do Cirurgião-Dentista (CD) na ESF e a possibilidade de construção de um novo caminho para a produção de novas relações e práticas com a equipe.

No entanto, Souza & Roncalli (2007), esclarecem que o aumento no acesso a serviços odontológicos não se traduz, necessariamente, em reversão do modelo de atenção à saúde bucal caracterizado por ser pouco resolutivo, mutilador e, portanto, centrado na doença. Ressaltam que as mudanças do modelo assistencial dependem, dentre vários fatores, do contexto político, da organização dos serviços, dos processos de capacitação e do envolvimento da equipe.

Em 2004 houve o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal através do Programa Brasil Sorridente, onde, a partir daquela data, os municípios e Estados poderiam cadastrar Centros de Especialidades Odontológicas numa perspectiva de darem retaguarda assistencial na média complexidade às Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

No entanto, mesmo com a inserção de novas categorias no Sistema Único de Saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família, parece existirem certas dificuldades no desenvolvimento das ações e atribuições destes profissionais nas áreas adscritas. Para Moretti-Pires (2009), parece haver um descompasso no processo de formação profissional para atuação em equipes de Saúde da Família, destacando que a universidade se mantém como espaço tradicionalista e descontextualizado das políticas públicas de saúde.

Até a inserção das ESB nas equipes da ESF, poucos eram as experiências desses profissionais em práticas compartilhadas com outras áreas (TEIXEIRA, 2003).

Segundo Baldani *et. al* (2005), as Equipes de Saúde Bucal (ESB) encontram dificuldades para a realização das competências necessárias descritas na Estratégia Saúde da Família, tais como: visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência.

Dados obtidos no site do Ministério da Saúde apontam a evolução significativa das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil, Ceará e em Fortaleza até outubro de 2013, conforme se observa na tabela 1.

Tabela 1 - Número de ESF e ESB mod. I e II no Brasil, Ceará e Fortaleza implantadas até outubro de 2013.

REGIÃO	ESF	ESB mod. I	ESB mod. II
Brasil	34.494	20.823	2.114
Ceará	1.959	1.379	120
Fortaleza	267	195	0

Fonte: BRASIL, 2013a.

Considerando a rápida expansão destas equipes no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde vêm adotando uma gestão pública que busque o monitoramento e avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2012a).

Para muitos autores, a utilização da avaliação deve se constituir numa ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Neste sentido, muitas ações têm sido desenvolvidas no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com a intencionalidade de reconhecer a qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira. Para isso, o Ministério da Saúde implantou em 2011, por meio da Portaria nº 1.654 GM/MS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / PMAQ-AB. Foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso (BRASIL, 2012a):

- Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das Equipes da Atenção Básica, conforme o seu desempenho;
- Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às Equipes no processo de avaliação externa.

Os indicadores selecionados, conforme descritos nos Quadro 1 e 2, se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis) (BRASIL, 2012a).

Quadro 1 – Síntese dos indicadores selecionados por Área Estratégica natureza do uso.

Área estratégica	Desempenho	Monitoramento	Total
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: BRASIL, 2012a.

Em relação à Política de Atenção à Saúde Bucal foram criados sete indicadores, sendo quatro de desempenho e três de monitoramento, conforme descrição a seguir.

Quadro 2 - Indicadores PMAQ – Saúde Bucal.

Indicadores de Desempenho:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; ➤ Cobertura de primeira consulta odontológica programática; ➤ Proporção de instalações de próteses dentárias; ➤ Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas.
Indicadores de Monitoramento:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cobertura de atendimento odontológico à gestante; ➤ Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; ➤ Taxa de incidência de alterações na mucosa oral.

Fonte: BRASIL, 2012a.

Os resultados dos indicadores do PMAQ-AB obtidos no município de Fortaleza, Ceará dos anos 2011 a 2013 foram os descritos no quadro 3.

Quadro 3 – Resultado dos indicadores de desempenho acerca PMAQ-AB no município de Fortaleza, Ceará, no período de 2011 a 2013.

INDICADORES	2011	2012	2013
1.Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	5,07	63,06	14,72
Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada x 100	68.489	956.456	224.087
População cadastrada no mesmo local e período	1.351.316	1.516.734	1.521.374

“continua”			
INDICADORES	2011	2012	2013
2.Cobertura de primeira consulta odontológica programática	0,14	2,16	1,47
Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas, em determinado local e período x 100	1.941	32.755	22.391
População cadastrada no mesmo local e período	1.351.316	1.516.734	1.521.374
3.Média de instalações de próteses dentárias	-	0,05	0,07
Nº de instalações de próteses dentárias realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período	0,0	248	344
População cadastrada no mesmo local e período x 0,03	4.053,948	4.550,202	4.564,122
4.Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0,52	0,50	0,51
Nº de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período	1.013	16.325	11.564
Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal no mesmo local e período	1.941	32.755	22.391
5.Cobertura de atendimento odontológico à gestante	6,72	94,62	69,01
Nº de gestantes atendidas em primeira consulta pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período	481	5.912	3.673
Nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período	7.153	6.248	5.322
6.Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	0,002	0,031	0,024
Nº de atendimentos de urgência realizados pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período	3.685	47.078	37.613
População cadastrada no mesmo local e período	1.351.316	1.516.734	1.521.374
7.Taxa de incidência de alterações na mucosa oral	0,24	2,07	1,28
Nº de diagnósticos de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pela equipe saúde bucal, em determinado local e período x 1000	324	3.143	1.952
População cadastrada no mesmo local e período	1.351.316	1.516.734	1.521.374

Fonte: Elaborado pelo autor baseando-se em dados obtidos no site <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>, em fev. de 2014.

O indicador da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada refere-se a cobertura média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período.

Este indicador estima a proporção de pessoas que poderiam ser beneficiadas pelas ações de escovação dental com orientação de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

Felisberto *et al.*(2008), destacam da necessidade de que todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde sejam estimulados a adquirir as competências necessárias para identificação das necessidades de monitoramento e avaliação nos seus

respectivos espaços de trabalho, assim como sejam considerados aspectos ligados aos valores, crenças e éticas.

Diante destes indicadores de desempenho e monitoramento, apontadas por meio deste programa, questiona-se: Quais os motivos para tantas discrepâncias numéricas apresentadas nos anos de 2011, 2012 e 2013? Quais seriam as barreiras para o seu cumprimento? Qual a percepção dos profissionais quanto a isso?

Neste sentido, esta pesquisa visou avaliar as necessidades identificadas pelos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica para o cumprimento dos indicadores em Saúde Bucal do PMAQ-AB no município de Fortaleza, Ceará.

Espera-se que os resultados obtidos possam provocar reflexões dos sujeitos envolvidos e da gestão em saúde apontando possíveis ajustes que tragam melhorias aos processos da qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar as principais necessidades identificadas pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em saúde bucal do PMAQ-AB no município de Fortaleza, Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o perfil dos cirurgiões-dentistas da atenção básica no município de Fortaleza, Ceará.
- Identificar as principais dificuldades encontradas pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em Saúde Bucal do PMAQ-AB no município de Fortaleza, Ceará.
- Identificar as principais iniciativas que os cirurgiões-dentistas consideram como necessárias para o cumprimento dos indicadores em Saúde Bucal do PMAQ-AB no município de Fortaleza, Ceará.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Conceito de Saúde

O conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1986), é o estado completo de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidades.

Desde tempos remotos, a análise da saúde e enfermidade isolada podem levar à prática profissional em saúde equivocada, sofisticada, cara, inacessível, opressora e sem compromisso social (PEREIRA, *et al.* 2003).

Porém, desde 1978 com a Declaração de Alma Ata realizada no Cazaquistão, na antiga União Soviética que a sociedade busca discutir assuntos que venham a esclarecer esses problemas de saúde. O último encontro com esta finalidade foi realizado em Helsínque, na Finlândia, no período de 10 a 14 de junho de 2013.

Mesmo com todo esse movimento, o tema qualidade de vida é tratado sob diferentes pontos de vista. No âmbito da saúde, quando é visto no sentido amplo, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem como seu foco mais relevante a promoção da saúde. Embora existam tentativas de querer quantificar indicadores que possam enfocar seu significado, na verdade a definição de qualidade de vida é eminentemente qualitativa (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Na promoção de saúde o instrumento social utilizado é a educação. Não só a educação formal, mas também a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e o estímulo à criatividade (PEREIRA; *et al.*, 2003).

Para Ingleart e Tedesco (1995), com relação específica a odontologia, os cirurgiões-dentistas precisam compreender a importância dos sistemas sociais para a promoção da saúde bucal. Precisam transformar sua perspectiva, de uma visão de tratar dentes para uma visão de tratar pessoas.

3.2 História da Saúde Pública no Brasil

O nascimento da saúde pública no Brasil se iniciou no período colonial quando os problemas de saúde e higiene da população ficavam sob responsabilidade das iniciativas filantrópicas que tinham importância econômica e social, e de instituições ligadas à igreja católica, como as Santas Casas de Misericórdia. Aqueles que não eram beneficiados com

esses serviços buscavam socorro dos médicos existentes, ou então de cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, médicos falsos e curiosos (COSTA, 1986).

Neste período predominavam as doenças pestilências (varíola, febre amarela, malária, tuberculose) e havia uma precária organização dos serviços de saúde, pois a sociedade colonial não se armou com medidas capazes de enfrentar o perigo da epidemia e da mortalidade (MACHADO, *et al.*, 1978).

Em virtude da necessidade de controlar estas enfermidades, o sanitarista Oswaldo Cruz, desenvolveu em 1904 campanhas sanitaristas influenciadas pela ideia da política médica desenvolvida na Alemanha e com a medicina urbana desenvolvida na França (ANDRADE, 2001).

Na década de 50 há o processo de industrialização acelerada. Em 1953, no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, onde dificuldades técnicas e operacionais, tais como os recursos financeiros irrisórios que lhes eram destinados, impediam que este ministério atuasse com eficácia sobre a péssima situação da saúde coletiva do Brasil de então (VIANA, 2002).

A assistência médica era prestada principalmente nos centros urbanos por médicos em prática privada. Configura-se então o modelo médico-assistencial privatista que vigorará hegemônico de meados dos anos 60 até meados dos anos 80 (ANDRADE, 2001).

Em 1964, o golpe de estado, liderado por forças armadas, dá início um período de vinte anos de ditadura militar. O estado autoritário forçou o licenciamento substituindo-as por organismos e sistemas sob seu controle estrito com substituição dos IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões) pelo INPS (Instituto Nacional de Segurança Social) em 1966, subordinado ao ministério do trabalho. O Estado se tornou o único coordenador dos serviços de assistência médica (VIANA, 2002).

O último governo militar (1979-1985) se viu obrigado a acelerar a democratização no país. A abertura política possibilitou a organização dos profissionais de saúde e dos movimentos populares, desenvolvendo-se os movimentos sanitaristas (BERTOLLI FILHO, 1996).

Este movimento amplia suas propostas, evoluindo para um projeto de sistema de saúde, com a criação de um novo sistema sob o princípio central de “saúde: direito de todos e dever do Estado”, envolvendo a universalidade, integração, equidade, descentralização, com efetiva participação do estado. Surge então a proposta da reforma Sanitária (AROUCA, 1991).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, em Brasília, promovida pelo Ministério da Saúde, contou com a participação de vários setores da sociedade organizada. Seu relatório serviu de orientação para os institutos dedicados ao desenvolvimento da Carta de 1988 (AROUCA, 1991).

Estes movimentos culminaram por garantir na Constituição de 1988 a saúde como direito social universal a ser garantido pelo Estado. Assim, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o que representou um marco importante na evolução institucional do Brasil e determinou praticamente uma quase total "reengenharia institucional" na saúde (ANDRADE, 2001).

Em termos práticos, uma das estratégias mais importantes implementadas pelo Ministério da Saúde para implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde foi a criação do Programa Saúde da Família em 1994. Esse programa tem como meta principal a reorientação do modelo assistencial da atenção básica (BRASIL, 1997).

Inicialmente este programa passou a ser desenvolvido por equipes compostas por um médico, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1994).

Em janeiro de 2001 houve a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) sob o olhar crítico de muitos sanitaristas que sentiam o despreparo dos cirurgiões-dentistas para trabalharem neste novo modelo de trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde, a inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes do PSF, deveria ocorrer através de duas modalidades, a saber:

- Modalidade I - que compreende um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);
- Modalidade II – que compreende um dentista, um Cirurgião-Dentista (CD), um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e um Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes definem a reorientação da atenção em saúde bucal em todos os níveis e para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Segundo este documento, as ações das equipes de saúde bucal na ESF são: ações de promoção e proteção de saúde, ações de recuperação, ações de reabilitação, prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento e inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Cardoso *et al.*(2002) destacam que para se cumprir as atribuições estabelecidas nos documentos, todos integrantes das equipes de saúde deveriam passar por processo de

capacitação, a fim de legitimar a saúde bucal como um dos componentes da saúde em busca da qualidade de vida.

Para Roncalli (2011), a Política de Saúde Bucal no Brasil está em fase de expansão e já há indicações favoráveis quanto a seu efeito de redução de iniquidades em saúde bucal, em especial, nos principais indicadores epidemiológicos.

Antunes & Narvai (2010) explicam que mesmo com o avanço das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, muito ainda precisa ser feito, sobretudo, na implantação de políticas públicas avaliativas.

3.3 Histórico dos Modelos de Saúde Bucal no Brasil

A história da odontologia no Brasil é bastante remota. No século XVI se restringia quase exclusivamente a extrações dentárias. As técnicas eram bastante rudimentares, o instrumental não era adequado e as condições higiênicas ainda mais precárias (ROSENTHAL, 1995).

Rosenthal (1995) ao fazer um histórico da odontologia no Brasil, descreveu que em 1600, havia no Rio de Janeiro "mestres" de vários ofícios, incluindo mestres cirurgiões e barbeiros. Para exercer esta atividade, os profissionais dependiam de uma licença especial dada pelo "cirurgião-mor" da Corte Portuguesa. Somente em 09 de novembro de 1629 houve através da Carta Régia, os exames aos cirurgiões e barbeiros.

Em 1839, foi criada por Chaplin A. Harris, em Baltimore, EUA, a primeira escola de odontologia do mundo: o Colégio de Cirurgia Dentária (ROSENTHAL, 1995).

No Brasil, a primeira faculdade de odontologia foi criada em 1884 por Visconde de Sabóia (1835-1909), natural de Sobral, Ceará (ROSENTHAL, 1995).

Já no século XX, existiram diversas "odontologias" com propostas diferentes de intervenção, muitas vezes baseada no modelo praticado na medicina, e sem um cronograma em relação ao início ou no final deste ou daquele modelo de atenção (WERNECK, 1994).

Para Narvai (1994) a odontologia no Brasil historicamente se baseou em práticas de saúde muitas vezes limitada a precários serviços escolares e abomináveis rotinas de extrações de dentes podres da população pobre.

Para Chaves (1986) a odontologia sanitária é uma especialidade que constitui exceção à regra das especialidades odontológicas que são de complexidade crescente e generalidade decrescente - para odontologia sanitária – odontologia sanitária é mais geral que a odontologia, é de generalidade crescente e complexidade decrescente. Já a odontologia preventiva ao chegar ao Brasil no início dos anos sessenta, foi motivo de muitas críticas por parte do setor universitário e, principalmente, dos clínicos cirurgiões-dentistas do setor público e privado.

No final dos anos 70 a odontologia começa a passar por um processo de responsabilização social, momento este chamado de odontologia social. Cientificista, monopolista, elitista, mutiladora e iatrogênica, estas eram algumas qualificações atribuídas à odontologia oficial (BOTAZZO, 1991).

Com a incorporação de algumas novidades tecnológicas (pessoal auxiliar com perfil mais amplo e equipamentos menos sofisticados) surgiu o que se denominou odontologia simplificada (BOTAZZO, 1991).

Polemizando com as diferentes concepções de odontologias (sanitária, preventiva, social, simplificada, integral, entre outras), Botazzo *et al.* (1988) relatam que existem ações no campo da odontologia que vão além da assistência individual, situando-se num campo extra-clínica, no qual são englobadas por práticas de saúde não mais no campo da assistência odontológica, mas no campo da Saúde Bucal Coletiva.

Para Garrafa (1983) a saúde bucal coletiva busca alcançar suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, aspectos estes fundamentais no campo da saúde.

Para Franco & Merhy (2003), o trabalho em equipe não garante, por si só, a mudança do modelo assistencial. Também se fazem necessárias, tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização.

Em resumo, analisando a evolução das práticas odontológicas, caracterizando as principais correntes e os momentos históricos em que surgiram, podemos observar que durante a maior parte do século passado, a odontologia manteve-se como um sub-setor do setor saúde, reproduzindo nos serviços públicos o modelo predominante da prática liberal da profissão (SANTOS; ASSIS, 2006).

Segundo Santos & Assis (2006), a prática da saúde bucal além de ser cheia de conflitos e contradições, convive com dois modelos assistenciais existentes: o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção.

3.4 A Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza, Ceará

O município de Fortaleza é a capital do Estado do Ceará e de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), conta com uma população residente de 2.452.185 pessoas (IBGE, 2010).

Em consequência do elevado crescimento demográfico e da extensa ocupação de seu território, o município de Fortaleza é dividido administrativamente, para melhor organização dos serviços, em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) e uma sétima localizada no centro da Cidade de Fortaleza, com estrutura administrativa diferente das demais. O município apresenta uma organização administrativa descentralizada, que reproduz as macro-políticas definidas pelas secretarias (FORTALEZA, 2007).

Na saúde existem 06 Secretarias Executivas Regionais que funcionam como instâncias descentralizadas executoras das políticas públicas de saúde da secretaria municipal de saúde (FORTALEZA, 2007).

No ano de 2006, a Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao concurso estadual de base local, promovido e coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, ofertando vagas para enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos, totalizando 1.380 novos profissionais na rede municipal, com o intuito de formar 460 equipes de Saúde da Família. Além disso, realizou-se seleção pública para contratação de 2.627 agentes comunitários de saúde, tendo como um dos critérios, a moradia na micro área de implementação da ESF (FORTALEZA, 2006).

Com uma cobertura populacional de 36,84%, o município de Fortaleza tinha até outubro de 2013, 267 Equipes de Saúde da Família e 195 Equipes de Saúde Bucal implantadas, conforme se observa no Quadro 4.

Quadro 4 - Evolução da expansão da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza no período de dezembro de 2005 a outubro de 2013.

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipes de Saúde da Família		Equipes de Saúde Bucal	
			Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I	Modalidade II
2005	12	2.256.233	641	16,34	77	11,77	27	0
2006	12	2.374.944	737	17,84	234	33,99	196	0
2007	12	2.416.920	638	15,18	246	35,11	196	0
2008	12	2.416.920	859	20,44	214	30,55	155	0
2009	12	2.473.614	1.170	27,2	225	31,88	167	0
2010	12	2.505.552	2.464	56,55	258	35,53	186	0
2011	12	2.452.185	2.537	59,49	256	36,02	219	0
2012	12	2.476.589	2.442	56,7	237	33,02	219	0
2013	12	2.500.194	2.245	51,63	267	36,84	195	0

Fonte: BRASIL, 2013a.

No município de Fortaleza, as discussões acerca da implantação da ESF como estratégia de organização da atenção básica iniciaram-se em maio de 1997, a partir da formação de uma comissão formalizada por decreto de nº 10.104, composta por um médico, três enfermeiros, um assistente social, um administrador e um coordenador, definindo os critérios e as diretrizes para sua implantação. A proposta visava à mudança do modelo assistencial, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população (FORTALEZA, 1997).

Em relação à saúde bucal, Fortaleza somente aderiu ao Programa Federal de inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em dezembro de 2005.

Em agosto de 2006, com a realização do concurso público (Edital 13.344, 09/06/2006, Diário Oficial do Município de Fortaleza), foram convocados 850 novos profissionais, entre eles, 300 médicos, 300 enfermeiros e 250 dentistas para formarem as novas equipes de saúde da família, ampliando a cobertura de 11,77% para 33,99%. (FORTALEZA, 2006).

De acordo com Machado (2010), apesar da ampliação da cobertura das ESF e ESB no município de Fortaleza, pouco se sabe sobre as atividades realizadas por estes profissionais na área de promoção, proteção e recuperação da saúde e que fatores os levam a desenvolver ou não estas atividades.

No entanto, dados do Ministério da Saúde (2012b) acerca de um relatório de pesquisa de satisfação dos usuários dos SUS realizada em dois períodos distintos: de 30 de junho a 29 de julho de 2011 e de 08 de novembro de 2011 a 09 de janeiro de 2012 quanto aos

aspectos de acesso e qualidade no município de Fortaleza/ CE, revelaram informações importantes a serem consideradas, tais como: 48,64% dos respondentes no município de Fortaleza avaliaram o atendimento da equipe de enfermagem como “bom” ou “muito bom”, 34,69% como “regular” e 16,66% avaliaram como “muito ruim”. Já em relação ao atendimento médico, 56,31% dos respondentes avaliaram o atendimento do médico como “bom” e “muito bom”, 20,14% como “regular” e 10,92% como “ruim” ou “muito ruim”. Quanto aos resultados acerca do atendimento do dentista, 69,62% dos usuários avaliaram o atendimento como “muito bom” e “bom”, 11,93% como regular e 18,99% como “ruim” ou “muito ruim”.

Diante dos dados apresentados neste relatório, pôde-se concluir que no município de Fortaleza, 66,21% dos entrevistados recomendariam a Unidade Básica de Saúde, Posto ou Centro de Saúde para um amigo ou familiar onde foi atendido, e que dentre os atendimentos ofertados pelos profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, os usuários apresentaram o atendimento dos dentistas como o maior percentual de satisfação na condição “muito bom” e “bom”, entretanto, também foram os atendimentos dos dentistas que receberam a pior avaliação, ou seja, “ruim” ou “muito ruim”.

Há de se considerar o universo de 33,79% de entrevistados que não indicariam de jeito nenhum o serviço de saúde onde foram atendidos para um amigo ou familiar, pressupondo ter havido algum problema, seja de estrutura ou mesmo de processo de trabalho, para que eles tenham chegado a esta conclusão. Daí a necessidade de se estabelecerem pesquisas que possam corrigir ou amenizar essas possíveis falhas no sistema de saúde do município de Fortaleza.

3.5 Avaliação em Saúde

O Ministério da Saúde têm proposto vários instrumentos de acompanhamento e avaliação da atenção básica, tais como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e mais recente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012a).

Para Novaes (2000), as avaliações em saúde devem ter como ponto principal a produção de um conhecimento que possibilite agregar valor aos processos avaliados. Com isso essa ideia de valor vai além do julgamento sobre o mérito do conhecimento como tal, mas pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado sobre o conteúdo das conclusões.

Já para Conill (2004), o julgamento de valor de algo a ser avaliado deve-se levar em conta a existência de diferentes olhares sobre uma mesma realidade.

Para Fontenele (2010), nenhum sistema de avaliação de desempenho será eficaz, seja qual for o propósito, a não ser que as pessoas que estão sendo avaliadas saibam o que se espera delas e conheçam os critérios pelos quais estão sendo julgadas.

Para Pabon (1985) avaliação pode ser considerada como a sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da diferença.

Contandriopoulos *et al.* (1997) definem que avaliação pode ser considerada um julgamento sobre uma intervenção ou sobre o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Minayo (2006) conceitua como um processo essencialmente humano e realizado cotidianamente por qualquer pessoa. Basta julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou alguma coisa utilizando-se de alguma técnica ou estratégia investigativa.

Segundo Hartz e Ferrino (2011), a avaliação é a melhor alternativa de se obter informações sobre a efetividade de um sistema de saúde, pois é uma prática essencial de racionalização das atividades e das decisões em matéria de alocação de recursos.

Donabedian (1988) procurou sistematizar diversas propostas de abordagem na tríade: estrutura-processo-resultados. Estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais, processo a tudo associado a relação profissional /usuário e os resultados aos produtos das ações.

Diversos autores, baseados nas propostas de Donabedian, têm proposto grupos de indicadores avaliativos de caráter quantitativo, sendo a maioria contendo indicadores de eficácia, eficiência e efetividade. Para Draibe (2001), esses indicadores dão conta de agregar processos e resultados por meio da combinação de dados gerados a partir destas duas dimensões, podendo ser chamados, genericamente, de indicadores de desempenho.

Segundo Colussi e Calvo (2012), após estudo de revisão de literatura acerca avaliação da atenção odontológica em serviços de saúde no Brasil, foram identificados como principais problemas dos serviços de saúde bucal:

- Precarização das relações de trabalho;
- Baixa qualificação dos profissionais de saúde bucal na área de saúde coletiva;
- Dificuldade dos profissionais de trabalharem em equipe;
- Dificuldade de mudança do processo de trabalho;

- Baixo comprometimento dos profissionais, impedindo a criação de vínculo;
- Inadequação do sistema de referência e contra-referência;
- Não realização ou não utilização de diagnósticos epidemiológicos como instrumentos de trabalho dos profissionais;
- Avaliações muito restritas aos setores administrativos dos municípios;
- Problemas de infra-estrutura;
- Baixa qualidade de registros de produção odontológica.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo teve natureza exploratório-descritiva, com abordagem quali-quantitativa, realizado no período de outubro de 2013 a março de 2014. Contou com uma análise documental prévia para caracterização do cenário, seguido da aplicação de um questionário semi-estruturado que pudesse captar as necessidades do grupo de Cirurgiões-Dentistas (CD) frente a sua atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) para o cumprimento dos indicadores em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará.

Para que isso fosse efetivado, contou-se com a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - UFC (Parecer nº 443.474) em que foram seguidas as normas da Resolução CNS 196/96.

De acordo com Tomasi e Yamamoto (1999), a pesquisa descritiva assume um caráter de pesquisa de opinião quando procura saber atitudes, pontos de vista e preferências que as pessoas têm a respeito de algum assunto, com o objetivo de tomar decisões, descobrir tendências, reconhecer interesses e outros comportamentos.

Para Michel (2005), torna-se necessário superar possíveis dicotomias existentes entre pesquisas qualitativas e quantitativas. Para o autor, é possível fazer uma análise qualitativa de dados quantitativos ou utilizar dados obtidos por técnicas qualitativas para se proceder a uma análise quantitativa.

A coleta de dados secundários deu-se através da obtenção de informações acerca do cadastro dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), da população geral do município de Fortaleza, Ceará, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no departamento de informática do SUS - DATASUS.

Para coleta de dados primários, foi utilizado um questionário contendo três partes: perfil dos cirurgiões-dentistas na atenção básica; indicadores de desempenho; e, indicadores de monitoramento. O questionário era composto por 37 perguntas, sendo 23 questões fechadas e 14 questões abertas (APÊNDICE A).

Inicialmente, foi aplicado um pré-teste com seis CD que tinham atuado como Coordenadores Regionais de Saúde Bucal, no município de Fortaleza, no ano de 2012. Nesta ocasião, cada CD pôde solicitar ao pesquisador os esclarecimentos necessários acerca de possíveis dúvidas na resolução do questionário, assim como sugerir possíveis modificações no instrumento a ser utilizado. Desta forma, foi possível realizar os ajustes necessários para uma melhor compreensão das questões contidas neste instrumento.

O objetivo deste pré-teste foi o de avaliar o roteiro elaborado e aspectos relativos à condução dos questionários. Após os ajustes pertinentes, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita (FLETCHER & FLETCHER, 2006).

A população pesquisada correspondeu aos 195 (cento e noventa e cinco) Cirurgiões Dentistas (CD) que atuaram nas ESB implantadas pela gestão municipal de saúde de Fortaleza, Ceará, até o mês de outubro do ano de 2013.

Após prévia articulação junto à coordenação municipal de saúde bucal, foram identificados todos os profissionais a serem pesquisados e programada a aplicação dos questionários nos encontros de Educação Permanente (EP) promovidos pela gestão municipal. Em relação aos CD que não participaram do processo de EP, foram feitas buscas ativas por meio dos coordenadores de saúde bucal das 06 (seis) regionais de saúde.

Diante dos profissionais, foram feitas as considerações acerca da importância da pesquisa a ser realizada, bem como seus principais objetivos. Logo após, o questionário foi aplicado aos pesquisados que se dispuseram a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

O termo contou com os objetivos do questionário, a previsão do sigilo dos dados obtidos, os contatos (endereço e telefone) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e do pesquisador principal, e a livre decisão de participação do sujeito, desautorizando qualquer forma de pressão ou coação para essa colaboração.

Para digitação do banco de dados utilizou-se o software Microsoft Excel e para consolidação dos dados o software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) para análise estatística de dados, de tal forma que se permitiu visualizar os resultados de forma simples e autoexplicativa, possibilitando assim, associar pesquisas de opinião, atitudes, pontos de vista e preferências que os pesquisados e autores com expertises na área têm a respeito dos temas em questão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a serem apresentados são derivados dos questionários aplicados aos 137 (cento e trinta e sete) Cirurgiões-Dentistas (CD) da Atenção Básica (AB) do município de Fortaleza inseridos nas 06 (seis) regionais de saúde. Esse quantitativo de CD correspondeu a 70,25% de um universo de 195 (cento e noventa e cinco) CD cadastrados nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) até outubro de 2013.

Do total dos pesquisados, a porcentagem de CD participantes por regional foi a seguinte: Regional I (13,9%), Regional II (14,6%), Regional III (15,3%), Regional IV (19,7%), Regional V (15,3%), Regional VI (19,7%). Dois dos entrevistados (1,5%) não responderam em qual regional de saúde estavam vinculados.

Foram feitos comentários e discussões que argumentam os resultados mais significativos, levando-se em consideração os critérios do autor, a relação com os objetivos do trabalho e o contraste com a revisão da literatura.

Conforme se descreve na tabela 2, a primeira parte do questionário abordou o perfil dos CD da AB em Fortaleza, Ceará.

Cerca de 76% (104) dos pesquisados corresponderam ao sexo feminino. Além disso, 65% (n= 89) dos CD estavam com idade acima de 35 anos e, 58,4% (n= 80) dos profissionais apresentaram mais de 06 anos de tempo de serviço na ESF. Isso nos remeteu a ideia de que esses profissionais seriam de certa forma, experientes no serviço.

Em torno de 75% (n= 57) dos entrevistados respondentes relataram também atuarem em consultórios particulares. Diante desse quadro, vale acrescentar que:

se observa a existência de profissionais com vínculos públicos parciais, como os que exercem a profissão em serviços públicos e possuem consultórios privados como autônomos. Ainda há os que possuem consultório, não possuem vínculo empregatício com os serviços públicos, mas são credenciados pelo SUS. Outros são assalariados de empresas privadas de serviços odontológicos, empresas que oferecem serviços de odontologia aos seus funcionários, sindicatos e também há os que se organizam em grupos de cooperativas (MORITA; HADDAD; ARAÚJO; 2010, p. 68).

Tabela 2 - Perfil dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo características pessoais, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	104	75,9
Masculino	31	22,6
Não informou	2	1,5
Idade		
Entre 25 e 35 anos	48	35,0
Acima de 35 anos	89	65,0
Regional		
SER 1	19	13,9
SER 2	20	14,6
SER 3	21	15,3
SER 4	27	19,7
SER 5	21	15,3
SER 6	27	19,7
Não informou	2	1,5
Tempo de serviço		
< 1 ano	2	1,5
1 a 3 anos	40	29,2
3 a 6 anos	13	9,5
> 6 anos	80	58,4
Não informou	2	1,5
Outro tipo de ocupação		
Sim	76	55,5
Não	60	43,8
Não informou	1	0,7
Tipo de ocupação (n=76)		
Consultório Particular	57	75,0
Outro	19	25,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na questão em estudo, percebe-se que há uma conciliação do exercício profissional público e outro tipo de ocupação para 55,5% dos CD.

Considerando que a Estratégia Saúde da Família exige que os profissionais cumpram uma carga-horária de 40 horas semanais e que não existem consultórios odontológicos suficientes para todos os profissionais, a gestão municipal instituiu o funcionamento dos Centros de Saúde da Família (CSF) em três turnos (manhã, tarde e noite) e estabeleceu uma programação por turnos com os profissionais.

Em relação à formação acadêmica dos CD, se evidencia na tabela 3 que 71,5% (98) dos entrevistados informaram terem se formado em instituição de ensino superior (IES) pública e 28,5 % (39) dos CD se formaram em IES privada.

Tabela 3 - Perfil dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo formação acadêmica, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Tipo de IES que se formou		
Pública	98	71,5
Privada ou Filantrópica	39	28,5
IES que se formou		
UFC	83	60,6
UNIFOR	34	24,8
Outras públicas	11	8,0
Outras privadas	3	2,2
Não informou	6	4,4
Já realizou pós-graduação	128	93,4
Aperfeiçoamento	77	56,2
Especialização	121	88,3
Mestrado	18	13,1
Doutorado	2	1,5
Pós-graduação em andamento	33	24,1
Aperfeiçoamento	4	2,9
Especialização	16	11,7
Mestrado	8	5,8
Doutorado	5	3,6

Fonte: Elaborada pelo autor.

Outro dado importante a ser considerado é que 93,4% (128) dos CD pesquisados informaram já terem realizado pós-graduação, seja na condição de aperfeiçoamento (56,2%), especialização (88,2%), mestrado (13,1%) ou doutorado (1,5%). Acrescenta-se a esses dados, a informação de que 33 (24,1%) destes CD se encontram em pós-graduação, seja em aperfeiçoamento (2,9%), especialização (11,7%), mestrado (5,8%) ou doutorado (3,6%).

Na tabela 4, pode-se melhor compreender essas informações. Dos 137 CD pesquisados, 133 (97,1%) já realizaram ou realizam alguma pós-graduação. Destes, 59,8% (82) estão associados com pós-graduação nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva (gráfico 1).

Tabela 4 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo formação acadêmica nas diversas áreas e Saúde da Família/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	Diversas áreas		Saúde da Família/Saúde coletiva/Saúde pública	
	N	%	N	%
Realiza atualmente ou realizou pós-graduação	133	97,1	82	59,8
Aperfeiçoamento	77	56,2	10	7,3
Especialização	131	95,6	70	51,1
Mestrado	24	17,5	9	6,6
Doutorado	5	3,6	0	0,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

No entendimento de Raupp (2008), considerando a natureza complexa do fenômeno saúde-doença, os profissionais da odontologia precisam desenvolver seu trabalho em conjunto com outros profissionais, compondo uma equipe multidisciplinar. Entretanto, Raupp (2008) destaca que há fatores que não contribuem para que isso aconteça, tais como a busca contínua pela especialização e a incorporação crescente de tecnologias.

Para Freitas (2007:26):

o mercado de trabalho odontológico passa a sofrer modificações mais acentuadas a partir da década de 1980. Vários estudos sinalizam para a tendência do assalariamento, do trabalho no consultório com convênios e credenciamentos e a associação de ambas as formas.

Neste sentido, mesmo com 41,6% dos CD respondentes da AB estejam exercendo ocupações em consultórios particulares, parece ter havido o despertar do interesse dos CD para execução de cursos de pós-graduação nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva, possivelmente em virtude das necessidades sentidas por eles para o desenvolvimento do seu trabalho nas equipes da Estratégia Saúde da Família, como também, pela possibilidade de ascensão salarial do plano de cargos, carreiras e salários da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

A segunda parte do questionário correspondeu a avaliação das necessidades identificadas pelos CD para o cumprimento dos indicadores de desempenho em Saúde Bucal.

De acordo com a tabela 5, para o indicador de desempenho da ação coletiva de escovação dental supervisionada, com exceção de um CD, todos os outros consideraram este indicador como importante, e 94,9% (130) deles, responderam sentirem-se capacitados para esta ação.

Tabela 5 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca ação coletiva de escovação dental supervisionada, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Considera importante a ação coletiva de escovação dental supervisionada		
Sim	136	99,3
Não	1	0,8
Sente-se capacitado para ação		
Sim	130	94,9
Não	5	3,6
Não respondeu	2	1,5

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na tabela 6, de acordo com as respostas dos pesquisados, identifica-se a classificação do grau de importância dos espaços sociais e principais dificuldades para execução do indicador ação coletiva de escovação dental supervisionada. Para 76,5% (104) dos CD responderam serem as creches e escolas o principal espaço para realização desta ação. Já 66,9% (89) dos CD elegeram em segundo lugar os domicílios para realização destas atividades, enquanto que 52,2% (71) dos entrevistados responderam serem as Unidades Básicas de Saúde o local preferido. Enquanto que 50,7% (68) deles, responderam serem outros espaços importantes para o desenvolvimento destas ações, tais como: espaços de convivência para idosos, espaços para reabilitação de adolescentes e outros.

Para Waat (2007), “A promoção de saúde bucal deve ser garantida por meio da implementação de estratégias múltiplas em ambientes diferentes como domicílios, escolas, creches, centros comunitários, locais de trabalho”.

Tabela 6 - Classificação do grau de importância dos espaços sociais e principais dificuldades para execução da ação coletiva de escovação dental supervisionada, Fortaleza, Ceará, 2014.

GRAU DE IMPORTÂNCIA	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Espaços sociais para realização da ação								
Creches e Escolas	104	76,5	14	10,3	8	5,9	10	7,4
UBS	15	11,0	71	52,2	38	27,9	12	8,8
Domicílios	20	15,0	6	4,5	18	13,5	89	66,9
Outros espaços	5	3,7	41	30,6	68	50,7	20	14,9
Principais dificuldades para execução da ação								
Espaços sem estruturas físicas	43	31,9	49	36,3	27	20,0	16	11,9
Descontinuidade no fornecimento dos kits	65	48,1	43	31,9	17	12,6	10	7,4
Falta de Planejamento e Articulação intersetorial	10	7,4	32	23,7	72	53,3	21	15,6
Desmotivação pessoal	25	18,7	7	5,2	14	10,4	88	65,7

Fonte: Elaborada pelo autor.

Mesmo a ideia de promoção da saúde em escolas não ser nova (BEATTIE, 1996), os resultados provenientes da ação coletiva de escovação dental supervisionada demonstram ter efeitos mínimos e de curta duração, principalmente pela forma como é desenvolvida (NUTBEAM, 1997). Neste sentido, devem ser somados esforços e aglutinados recursos que permitem a melhoria das condições de saúde bucal da população. Cabe, ainda, questionar

acerca das estratégias de continuidade da ação e da formação de multiplicadores que possam agregar maior impacto na saúde da comunidade assistida.

Para que as práticas de educação em saúde sejam mais sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, faz-se necessário abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica (ALVES, 2005).

A educação em saúde bucal voltadas a escolares deve ser integrada à educação em saúde geral e a higiene bucal deve ser integrada à educação em saúde voltadas aos cuidados e a higiene de todo o corpo, trabalhando com a autoestima da criança (SHEIHAM, 1983). No caso de Fortaleza, conforme se observa na tabela 6, para 65,7% (88) dos CD, a desmotivação é a principal dificuldade para desenvolvimento desta atividade. Em segundo lugar, 53,3% (72) dos CD, destacaram a falta de planejamento e articulação intersetorial, seguidos pela descontinuidade no fornecimento de kits (48,1%) e espaços sem estruturas físicas (36,3%).

Ao se avaliar a percepção dos CD acerca do indicador de desempenho de primeira consulta odontológica programática, tem-se, conforme se observa na tabela 7, que 91,2% dos CD consideraram esse indicador como importante, enquanto que 5,8% (8) consideraram-no sem importância e quatro não responderam.

Para os que consideraram importante esse indicador, as principais justificativas foram:

“Retrata a questão do acesso ao serviço e a continuidade do tratamento odontológico” (Informante-chave 18);

“Porque assim podemos observar se a saúde bucal da população está melhorando ou não, bem como nos auxilia no planejamento do tratamento preventivo e curativo” (Informante-chave 87);

“Porque sinaliza o acesso do paciente (1ª vez), onde ele tem a oportunidade de concluir o tratamento através da motivação do profissional que pode ser descontinuada com a falta de material” (Informante-chave 49).

Já para os CD que responderam não ter importância esse indicador, seguem algumas justificativas relatadas:

“No momento, este indicador não está mostrando realmente a realidade, pois muitos alimentam este dado erroneamente, colocando como primeira consulta a ida do paciente ao consultório, sem odontograma e planejamento” (Informante-chave 47);

“Porque ela não condiz com a realidade do acesso” (Informante-chave 80);

“Não é fiel” (Informante-chave 101).

Tabela 7 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção sobre primeira consulta programática, procedimentos clínicos em saúde bucal e razão entre tratamento concluído e primeira consulta odontológica programática.

VARIÁVEIS	N	%
Considera importante o indicador de primeira consulta odontológica programática		
Sim	125	91,2
Não	8	5,8
Não informou	4	2,9
Sente-se capacitado para execução de procedimentos clínicos em saúde bucal		
Sim	133	97,1
Não	1	0,7
Não respondeu	3	2,2
Considera importante o indicador de razão entre tratamento concluído e primeira consulta odontológica programática		
Sim	128	93,4
Não	4	2,9
Não respondeu	5	3,6

Fonte: Elaborada pelo autor.

De acordo com Travasso & Martins (2004), acesso é uma característica da oferta de serviços, que pode ser definida em seu caráter geográfico, disponibilidade de horários, facilidade na marcação de consultas, ou ainda quantidade de unidades de saúde.

Na abordagem aos CD se eles se sentem capacitados para a execução dos procedimentos clínicos em saúde bucal, tivemos que 97,1% dos 137 CD responderam que sim, enquanto que 3 (três) preferiram não responder e 1 (um) respondeu não se sentir seguro para a realização de procedimentos clínicos em saúde bucal.

Ainda na tabela 7, se registraram dados acerca do indicador de razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Para 93,4% (128) dos CD, esse indicador é importante, enquanto quatro CD responderam não ser importante.

Seguem algumas das justificativas dos CD que consideraram esse indicador como importante:

“Porque permite avaliar a resolutividade dos serviços” (Informante-chave 2);

“Para quantificar o número de usuários que tem acesso e conseguem terminar o tratamento” (Informante-chave 12);

“Porque podemos avaliar se há necessidade ou não de ajustes no processo de trabalho” (Informante-chave 87).

Para os CD que não consideraram importante esse indicador, tivemos como justificativa:

“Não há ainda o tratamento iniciado e acabado, pois tem demanda livre, urgência e o próprio usuário não tem uma mentalidade responsável para encarar o tratamento” (Informante-chave 5);

“Não refletem a realidade. Não há conexão entre o problema e a prática. Não há ciência” (Informante-chave 8);

“É um indicador fora da realidade, pois há muitas falhas nas informações” (Informante-chave 118).

Apesar da grande maioria dos CD considerarem esse indicador importante, os relatos demonstraram que também o consideram complexo, em especial nos quesitos associados aos registros dos tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Ou seja, consideram a concepção do indicador importante, porém têm consideráveis dificuldades em sua construção.

Outra questão abordada junto aos CD foi o grau de dificuldade apresentada por eles na execução de procedimentos clínicos em saúde bucal e para conclusão de tratamentos odontológicos. Na tabela 8 se demonstra que para 48,5% (65) dos CD a maior dificuldade apresentada por eles para execução dos procedimentos clínicos é a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, seguidas por outras causas, tais como:

“ASB com treinamento deficiente” (Informante-chave 5);

“Falta de TSB nas equipes que poderiam ser utilizadas em ações delegáveis a estes profissionais” (Informante-chave 37);

“Deveria ter capacitação para que os dentistas pudessem solucionar situações específicas” (Informante-chave 51);

“Muitas faltas dos pacientes, bem como abandono do tratamento - problemas sócios econômicos e dificuldade de motivação” (Informante-chave 105);

“Poucos consultórios e baixa cobertura de equipe de saúde bucal no território” (Informante-chave 114).

Mesmo ser de responsabilidade das secretarias municipais de saúde garantirem infraestrutura necessária ao funcionamento dos Centros de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o desenvolvimento do conjunto de ações propostas, existem muitas soluções de continuidade nestes processos, o que, de certa forma, fragiliza a confiabilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família junto a comunidade adscrita (CECIM; FEUERWERKER, 2004).

Tabela 8 - Classificação do grau de dificuldade na execução de procedimentos clínicos em saúde bucal e na conclusão dos tratamentos odontológicos, Fortaleza, Ceará, 2014.

GRAU DE DIFICULDADE	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldades na execução de procedimentos clínicos								
Alta demanda	41	31,1	20	15,2	59	44,7	12	9,1
Descontinuidade no fornecimento de insumos	33	24,6	65	48,5	31	23,1	5	3,7
Deficiência estrutural	47	35,1	47	35,1	30	22,4	10	7,5
Outros (n=84)	14	16,7	2	2,4	8	9,5	60	71,4
Dificuldades na conclusão dos tratamentos odontológicos								
Alta demanda	45	34,9	37	28,7	40	31,0	7	5,4
Deficiência estrutural	57	43,5	44	33,6	26	19,8	4	3,1
Abandono por parte do paciente/usuário	20	15,3	46	35,1	58	44,3	7	5,3
Outros (n=71)	10	14,1	3	4,2	4	5,6	54	76,1

Fonte: Elaborada pelo autor.

Como terceira maior dificuldade, 44,7% (59) dos CD, consideraram ser o elevado número de pacientes com necessidades para atividades clínicas. A deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouca manutenção) foi considerada a quarta maior dificuldade para execução das ações clínicas.

Em relação às dificuldades encontradas para conclusão dos tratamentos odontológicos programáticos, tivemos que 44,3% (58) dos CD responderam como principal causa, o abandono do tratamento por parte do paciente, enquanto que 43,5% (57) associaram essa dificuldade com a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouca manutenção). Outras dificuldades apontadas por alguns dos dentistas foram:

“Falta espaço na agenda para marcar retorno toda semana ou quinzenal” (Informante-chave 53);

“Falta de equipe de saúde bucal nos CSF. Áreas descobertas” (Informante-chave 93);

“A falta do paciente ao trabalho, pois muitas empresas e patrões não aceitam a declaração de comparecimento como justificativa de falta ao trabalho” (Informante-chave 24);

“O paciente do SUS não tem a mentalidade do paciente que paga um tratamento, são propensos a resolver só o que lhes incomoda” (Informante-chave 5);

“Dificuldade de recursos humanos e disponibilidade de horários na coordenação odontológica (divisão de horários com outros dentistas)” (Informante-chave 112).

Em último, dentre as alternativas apresentadas, tivemos que 34,9% (45) dos CD responderam ser o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda), também um fator que dificulta a conclusão dos tratamentos.

Ao se analisar o indicador de instalação de próteses dentárias na AB, obteve-se, conforme se observa na tabela 9, que 75,2% (103) dos CD responderam ser importante a instalação de próteses dentárias na AB, enquanto que 23,4% (32) responderam que não, conforme se constata nos relatos descritos abaixo:

“As próteses devem ser confeccionadas por especialistas na área” (Informante-chave 43);

“Enquanto a população apresentar outros graves problemas bucais, prótese é mais indicada para o CEO” (Informante-chave 49);

“Não sabemos como realizar a instalação. Esse é um procedimento especializado” (Informante-chave 80);

“Acredito que deve ser realizado pelo profissional especialista e não pelo generalista” (Informante-chave 114).

Tabela 9 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca do procedimento de instalação de próteses dentárias na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Acredita ser importante a instalação de prótese dentária na Atenção Básica		
Sim	103	75,2
Não	32	23,4
Não informou	2	1,5

Fonte: Elaborada pelo autor.

A instalação de próteses dentárias na AB não é assunto recente. Desde a sua incorporação como procedimento básico, tem gerado grande discussão. No que diz respeito ao benefício na qualidade de vida para os pacientes, não há divergência. Hamalainen *et al.* (2005) mencionam que “a perda dos dentes no idoso pode ser considerada um fator preditivo significativo para um maior nível de mortalidade, em virtude do comprometimento da qualidade da alimentação”. Contudo, a possibilidade de realização deste procedimento na AB não tem sido garantida por todos os profissionais.

Na tabela 10, se buscou identificar as principais dificuldades encontradas pelos CD para instalação de próteses dentárias na AB. Para 50,4% (64) dos CD a principal

dificuldade encontrada é a insegurança do profissional no manejo clínico. Já para 44,1% (56) dos CD apresentaram como segunda maior causa de dificuldade:

“Falta atualização/capacitação em prótese para os dentistas e auxiliares. Há formação deficiente em prótese na graduação” (Informante-chave 14);

“Falta de um bom laboratório de prótese” (Informante-chave 122);

“Laboratório demora a entregar o trabalho” (Informante-chave 58);

“Demora na fila do laboratório” (Informante-chave 105).

Tabela 10 - Classificação do grau de dificuldade na instalação de próteses dentárias na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.

GRAU DE DIFICULDADE	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldades na instalação de próteses dentárias								
Alta demanda	47	36,2	41	31,5	34	26,2	8	6,2
Deficiência estrutural	50	38,5	55	42,3	19	14,6	6	4,6
Insegurança do Cirurgião-Dentista no manejo	22	17,3	27	21,3	64	50,4	14	11,0
Outros (n=83)	17	20,5	4	4,8	6	7,2	56	67,5

Fonte: Elaborada pelo autor.

A deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumental) foi apresentada por 42,3% (55) dos CD como sendo a terceira principal dificuldade. A quarta maior dificuldade relatada por 36,2% (47) dos pesquisados foi o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas.

É importante mencionar que a reposição de dentes perdidos com a oferta de prótese na atenção básica, a melhora ao acesso aos serviços, o funcionamento das unidades de saúde em horários alternativos poderiam reduzir, de certa forma, algumas iniquidades sociais em saúde bucal (MIOTTO; BARCELOS; VELTEN, 2012).

A terceira parte do questionário correspondeu a avaliação das necessidades identificadas pelos CD da AB para o cumprimento dos indicadores de monitoramento em Saúde Bucal no município de Fortaleza, Ceará.

De acordo com a tabela 11, para o indicador de desempenho acerca primeira consulta odontológica à gestante, 89,1% (122) dos CD consideraram esse indicador como importante, no entanto, 8% (11) relataram não ser importante, conforme se observa nos relatos descritos abaixo:

“Acho que esse é um público bastante restrito quando comparado a demanda total da população” (Informante-chave 15);

“Entendo que este indicador serve para comparar o número de gestantes cadastradas e acompanhadas pela PSF e odontológicos, mas acredito que esse indicador possa gerar distorções.” (Informante-chave 42).

“Teoricamente todos deveria ter o acesso garantido” (Informante-chave 101);

“A maioria só comparece a 1ª consulta e não retorna para dar continuidade ao tratamento” (Informante-chave 110);

“O importante é atender”(Informante-chave 118).

Tivemos ainda quatro CD que não responderam esta pergunta.

Tabela 11 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca do procedimento de atendimento odontológico à gestante, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Considera importante o atendimento odontológico à gestante		
Sim	122	89,1
Não	11	8,0
Não informou	4	2,9
Considera capacitado para o atendimento à gestante		
Sim	118	86,1
Não	14	10,2
Não informou	5	3,6

Fonte: Elaborada pelo autor.

Chiaratto e colaboradores (2003) consideram que o período gestacional é a fase em que as mulheres se mostram mais receptivas a informações relacionadas aos seus cuidados e com o futuro bebê. Apesar de ainda existirem muitas crenças populares relacionadas a problemas dentários e gravidez, os cirurgiões-dentistas têm procurado focar a importância da prevenção durante o período gestacional, buscando principalmente a motivação das futuras mães para mudanças de atitudes com vistas à promoção de saúde bucal (SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1998).

Quando questionados se consideravam capacitados para o atendimento à gestante, 86,1% (n= 118) responderam que sim, enquanto 10,2% (n= 14) responderam que não. Cinco não responderam a pergunta.

Ao se questionar o grau de dificuldade encontrada pelos CD para o atendimento odontológico programático à gestante, obteve-se, conforme se observa na tabela 12, que a principal dificuldade para 39,5% (49) está relacionada com a cultura popular de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico. Em segundo lugar, 39,3% dos CD responderam ser a insegurança no manejo clínico junto às gestantes. E por fim, para 33,9% (42) relataram

serem poucos os encaminhamentos das gestantes feitos pelos profissionais, em especial, médicos e enfermeiros para a saúde bucal. Assim como elencaram outros motivos, tais como:

“Falta de interesse da gestante” (Informante-chave 1);

“Falta de insumos e atendentes. Equipamentos danificados que impedem a conclusão do tratamento da gestante durante o período gestacional” (Informante-chave 14);

“Falta de informação à gestante da importância de ter uma saúde bucal boa” (Informante-chave 19);

“Stress da gestante, enjoo e dificuldade de caminhar até o ponto quando em estado avançado de gravidez” (Informante-chave 24);

“Falta de tempo para atender a demanda” (Informante-chave 39).

Tabela 12 - Classificação do grau de dificuldade no atendimento odontológico à gestante, Fortaleza, Ceará, 2014.

GRAU DE DIFICULDADE	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldades no atendimento odontológico à gestante								
Pouco encaminhamento	42	33,9	36	29,0	36	29,0	10	8,1
Cultura popular	49	39,5	49	39,5	25	20,2	1	0,8
Insegurança do Cirurgião-Dentista no manejo	21	17,2	31	25,4	48	39,3	22	18,0
Outros (n=76)	15	19,7	8	10,5	11	14,5	42	55,3

Fonte: Elaborada pelo autor.

Um dado importante a ser destacado é que 86,1% (n=118) dos CD responderam se considerarem capacitados para o atendimento à gestante, e 39,3% (n=48) dos CD responderam ser a insegurança no manejo clínico junto às gestantes a segunda principal dificuldade para esse atendimento. Quanto a este percentual de CD que não se considera capacitado para o atendimento odontológico à gestante, sugerem-se fragilidades em sua formação e nas relações interdisciplinares exercidas na ESF. Mais uma vez, parece ser oportuno a implementação de políticas públicas de educação permanente, em que possam gradativamente tornar os CD mais seguros na execução destes procedimentos clínicos tão importantes para a saúde da gestante e até mesmo do futuro bebê, ou vez que um quantitativo significativo destes profissionais se considerou capacitado e ao mesmo tempo inseguro para o atendimento à gestante.

A baixa percepção das próprias necessidades odontológicas e o medo de se submeter à situação de tratamento são fatores que interferem na decisão da gestante pela busca de atenção odontológica (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2004). Para Maeda, Imparato e

Bussadori (2005), a crença de que o tratamento odontológico conduzido na gestação poderia ser prejudicial à criança não é mantida só pelas gestantes, mas também por alguns profissionais de Odontologia que, por falta de conhecimento, não se sentem seguros para tratar desta clientela.

Para o indicador de monitoramento da média de atendimentos de urgência odontológica por habitante, perguntou-se inicialmente se os CD consideravam esse indicador como importante. Conforme se registra na tabela 13, para 89,8% (123) dos CD, a resposta foi sim, enquanto 8,0% (11) responderam não, conforme se constata nos relatos descritos abaixo:

“Atrapalha o objetivo do PSF, devendo ser de responsabilidade do serviço próprio de urgência e emergência” (Informante-chave 24);

“Não há tempo suficiente para o atendimento clínico” (Informante-chave 56);

“Há carência de serviços especializados de urgência” (Informante-chave 81);

“Não há organização do serviço para esse fim” (Informante-chave 80);

“As UPAS deveriam assumir esse serviço” (Informante-chave 96).

Tabela 13 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção acerca de procedimento de atendimento de urgência odontológica na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Considera importante o atendimento de urgências odontológicas na Atenção Básica		
Sim	123	89,8
Não	11	8,0
Não informou	3	2,2

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na tabela 14 estão os resultados da avaliação do grau de dificuldade apresentada pelos CD para o atendimento das urgências odontológicas. Em primeiro lugar, para 56,9% (70) dos CD, ficou a insegurança do profissional CD no manejo clínico, seguidos pelo elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) e deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumental).

Ainda na tabela 14 se observam quais as principais dificuldades encontradas pelos CD em seu manejo clínico para os atendimentos de urgências odontológicas. Para 41,5% (49) dos CD, a principal dificuldade apresentada é a abertura/acesso coronário. Em segundo lugar, com 38,5% (45) do total dos entrevistados, ficou o diagnóstico diferencial, seguidos da drenagem de abscesso e de outras causas, tais como:

“Falta de RX para diagnóstico diferencial” (Informante-chave 24);

“Falta de insumos e estrutura-física (equipamentos)” (Informante-chave 33);

“Falta de valorização por parte da gestão em relação a odontologia” (Informante-chave 77);

“Insegurança do profissional” (Informante-chave 89);

“Falta de interesse por parte do profissional” (Informante-chave 99).

Os dados apresentados nesta pesquisa corroboram com outros estudos científicos no qual indicam cientificamente que há necessidade de educação continuada para que o dentista realize o exame clínico com o objetivo de detecção de lesões potencialmente malignas ou malignas (WADE, *et al*, 2010; MESSADI, WILDER-SMITH, WOLINSKY, 2009; PETTI; SCULLY, 2007; DAVIS, *et al.*, 2010; RAMSEIER, *et al*, 2010; SILVERMAN; RANKIN, 2010; APPLEBAUM, *et. al*, 2009; LOPEZ, CAMACHO-ALONSO, MOLINA-MINANO, 2010; ERGUN, *et al*, 2009).

Tabela 14 - Classificação do grau de dificuldade no atendimento e manejo das urgências odontológicas na Atenção Básica, Fortaleza, Ceará, 2014.

GRAU DE DIFICULDADE	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldades no atendimento de urgência odontológica								
Alta demanda	54	42,2	45	35,2	22	17,2	7	5,5
Deficiência estrutural	53	40,5	52	39,7	22	16,8	4	3,1
Insegurança do Cirurgião-Dentista no manejo	14	11,4	26	21,1	70	56,9	13	10,6
Outros (n=64)	12	18,8	4	6,3	6	9,4	42	65,6
Dificuldades no manejo clínico de urgência endodônticas								
Diagnóstico diferencial	34	29,1	30	25,6	45	38,5	8	6,8
Abertura/acesso coronário	28	23,7	49	41,5	33	28,0	8	6,8
Drenagem de abscesso	42	35,3	37	31,1	36	30,3	4	3,4
Outros (n=67)	19	28,4	4	6,0	2	3,0	42	62,7

Fonte: Elaborada pelo autor.

A última abordagem feita aos CD foi em relação ao diagnóstico de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pelas equipes de saúde bucal. Conforme se observa na tabela 15, 92% (126) dos entrevistados consideraram como importante o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários. Fato este também considerado oportuno para que a gestão possa implementar políticas públicas que venham a promover o diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas na atenção básica.

Tabela 15 - Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município segundo percepção sobre o procedimento de diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, Fortaleza, Ceará, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
Considera importante o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários		
Sim	126	92,0
Não	1	0,7
Não informou	10	7,3

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na tabela 16 são registradas as principais dificuldades apresentadas pelos CD para o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários. Para 47,5% (58) dos entrevistados a principal dificuldade para execução desta atividade é a insegurança do CD no manejo clínico. Em segundo lugar ficou a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumentais), seguidos pelo elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) e de outras razões, tais como:

“Estes pacientes inicialmente procuram o médico que, geralmente, não nos encaminham tal paciente. Medicam erroneamente e retardam o diagnóstico. Dificuldade na referência para especialistas” (Informante-chave 5);

“Não conhecimento do diagnóstico de várias lesões” (Informante-chave 47);

“Não ter para onde encaminhar o paciente para um especialista realizar biopsia. Sem disponibilidade da estrutura secundária e terciária” (Informante-chave 96);

“Falta de interesse por parte do profissional” (Informante-chave 99);

“Falta de registro e referência para atenção secundária” (Informante-chave 114).

Tabela 16 - Classificação do grau de dificuldade no diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, Fortaleza, Ceará, 2014.

GRAU DE DIFICULDADE	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldades no diagnóstico de alteração da mucosa oral								
Alta demanda	31	25,2	37	30,1	47	38,2	8	6,5
Deficiência estrutural	26	21,7	57	47,5	33	27,5	4	3,3
Insegurança do Cirurgião-Dentista no manejo	58	47,5	24	19,7	33	27,0	7	5,7
Outros (n=61)	9	14,8	4	6,6	2	3,3	46	75,4

Fonte: Elaborada pelo autor.

Alguns autores acreditam que a mortalidade por câncer oral possa ser reduzida pelo esforço em identificar lesões precoces em segmentos de população com risco mais elevado e efetivo tratamento dessas lesões malignas (SANKARANARAYANAN *et al.*,

2005), torna-se necessário um rigoroso planejamento das ações, como o adequado treinamento dos CD envolvidos no programa, a clara definição de um sistema de referência efetivo, com capacidade para atender à demanda encaminhada, e a organização de um sistema de informação eficiente, que permita informações mais relevantes.

Para McDowel (2006), todos os pacientes devem ser examinados à presença de lesões potencialmente malignas e malignas, uma vez que o câncer oral pode ocorrer com ou sem a presença dos fatores de risco relacionados.

Para muitos autores, embora o diagnóstico destas lesões seja acessível ao exame clínico e onde, supostamente, as alterações iniciais neoplásicas seriam facilmente detectáveis, estudos acumulam evidências de que esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente e, como consequência, observa-se comumente a necessidade de tratamento mutilador (GOMEZ *et al*, 2010; WARNAKULASURIYA *et al*, 2010; WADE *et al*, 2010).

Para Pedrazzi, Dias e Mello (2008), apesar do aumento significativo do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), principalmente em relação à cobertura populacional e ampliação do acesso aos serviços odontológicos, ainda é possível identificar grande dificuldade na modificação do modelo assistencial hoje existente no país.

Outro resultado desta pesquisa que merece destaque e discussão é em relação ao local de registro dos procedimentos nos sistemas de informações vigentes apontados pelos CD.

Por exemplo, tivemos que para o indicador de desempenho ação coletiva de escovação dental supervisionada, apenas 26,3% (n= 36) dos entrevistados souberam informar o local correto para o registro, conforme se observa na tabela 17. Enquanto que para os indicadores de desempenho de primeira consulta odontológica programática e de instalação de prótese dentária, esses resultados foram de 40,9% (n= 56) e 21,9% (n= 30), respectivamente. Para os indicadores de monitoramentos de atendimento odontológico à gestante, atendimento de urgência odontológico na atenção básica e diagnóstico de alteração de mucosa oral, 40,1% (n= 55) dos CD sabiam o local correto para o registro das informações.

Tabela 17. Registro das respostas dos Cirurgiões-Dentistas da atenção básica do município quanto à forma de registro dos procedimentos, Fortaleza, Ceará, 2014.

PROCEDIMENTOS	Total de profissionais que menciona o local correto para o registro das informações		Total de profissionais que não menciona o local correto para o registro das informações	
	n	%	n	%
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	36	26,3	101	73,7

Continua...				
Primeira cons. odont. programática	56	40,9	81	59,1
Instalação de prótese dentária	30	21,9	107	78,1
Atendimento de urgência odontológico na atenção básica	55	40,1	82	59,9
Diagnóstico de alteração de mucosa oral	55	40,1	82	59,9

Fonte: Elaborada pelo autor.

Segundo dados do SIAB (2011, 2012 e 2013), observou-se uma discrepância significativa no desenvolvimento destas ações quando os três anos em estudo são comparados. As hipóteses mais prováveis para explicação destes dados podem estar associadas com o fornecimento de escovas de dentes e dentifrícios pela gestão pública municipal ou federal durante o ano, ou seja, quando esses insumos são disponibilizados, há uma tendência à melhoria deste indicador, e ao fato de que no ano de 2011 os profissionais ainda estariam se adaptando ao registro destes procedimentos. Outras informações constatadas após pesquisa junto ao site do DATASUS, em especial, aos Sistemas de Informação Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram os quantitativos diferentes dos procedimentos que são registrados, conforme se observa na tabela 18.

Tabela 18 - Produção dos procedimentos de ação coletiva de escovação dental supervisionada, 1ª consulta odontológica programática e instalação de próteses dentárias informados pela gestão municipal de saúde do município de Fortaleza, CE, nos anos de 2011, 2012 e 2013.

PROCEDIMENTOS REGISTRADOS (SIA E SIAB)	ANO					
	2011		2012		2013	
	SIAB	SIA	SIAB	SIA	SIAB	SIA
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	68.489	506.039	956.456	799.645	224.087	197.238
1ª cons. odontológica programática	1.941	41.521	32.755	39.915	22.391	26.147
Instalação de próteses dentárias	0,00	13	248	46	344	40

Fonte: Elaborada pelo autor em cima de dados obtidos nos sites <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>, e <http://www2.datasus.gov.br/SIA/index.php?area=04>, em fev. de 2014.

Considerando que os indicadores de desempenho e monitoramento do PMAQ-AB baseiam-se no SIAB e não no SIA, percebe-se que caso os procedimentos fossem preenchidos corretamente, como por exemplo, no ano de 2011, onde a produção informada no SIAB foi significativamente menor que a informada no SIA, esse indicador seria melhor avaliado, ou seja, sairia de 5,07% para 37,44%.

Já o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática refere-se à proporção da população cadastrada pela equipe de Atenção Básica com acesso a tratamento odontológico.

Este indicador reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao plano preventivo terapêutico odontológico desenvolvido pela equipe. A produção desses procedimentos, segundo dados do SIAB (2011, 2012 e 2013) variou significativamente nos três anos em questão.

Para o indicador da proporção de instalações de próteses dentárias, há de se medir o número de instalações de próteses dentárias implantadas em relação ao total estimado da população que necessita de tratamento reabilitador.

No ano de 2011 não foi registrada produção para esta atividade no SIAB, e no SIA houve uma produção de 13 próteses. Nos anos de 2012 e 2013, houve a instalação de 248 e 344 próteses dentárias, respectivamente, conforme se observa no SIAB, enquanto no SIA apresentaram uma produção de 46 e 40 próteses para os anos de 2012 e 2013, respectivamente.

O outro indicador inserido no PMAQ-AB é a razão entre tratamentos concluídos e as primeiras consultas odontológicas programáticas. Observou-se uma equivalência dos resultados obtidos no período em questão, variando, no entanto, no quantitativo dos procedimentos realizados. O ano de 2012 mesmo tendo sido o ano com maior produção de tratamentos concluídos (TC) e de primeiras consultas odontológicas programáticas pelos cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal foi o ano dentre os avaliados, que apresentou o menor indicador, de 0,5, em consequência de possíveis dificuldades na conclusão dos tratamentos em relação às primeiras consultas odontológicas ofertadas. Ou seja, foram ofertadas mais primeiras consultas do que os tratamentos concluídos.

Este indicador permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso e resolubilidade, ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados.

Considerando a fórmula de cálculo desse indicador, existem dois cenários:

- a) Resultado menor que 01 (um): indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados.
- b) Resultado maior que 01 (um): indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados.

Quantos aos indicadores de monitoramento, o indicador cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante busca medir a proporção de gestantes cadastradas pela equipe que tiveram acesso ao atendimento odontológico. Compreende o registro de primeira

consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes cadastradas, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem estar da gestante.

No ano de 2011 foram registrados no SIAB 481 atendimentos às gestantes (primeira consulta pelo CD) de um universo de 7.153, fato este que resultou no indicador de 6,72%. Já no ano de 2012 foram atendidas 5.912 gestantes de um universo de 6.248, atingindo com isso uma cobertura de primeira odontológica à gestante de 94,62%. No ano de 2013, esse percentual caiu para 69,01%, possivelmente em virtude da transição da gestão municipal.

Para o indicador de média de atendimentos de urgência odontológica por habitante, se busca calcular o número médio de atendimentos de urgência odontológica por habitante em determinado local e período.

Esse indicador auxilia no planejamento da equipe de saúde bucal, permitindo que ela avalie a demanda de urgência de sua área de abrangência e planeje melhor seu processo de trabalho para acolhimento adequado. Em longo prazo, pode auxiliar a equipe na prevenção de novos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular.

As produções referentes aos atendimentos de urgências odontológicas apresentadas no SIAB nos anos de 2011, 2012 e 2013 pela gestão municipal de saúde bucal tiveram grande variação numérica. No ano de 2011 foram realizados 449 procedimentos, enquanto que em 2012 esse número aumentou para 9.178. Já em 2013 houve um decréscimo para 4.375 procedimentos. Mais uma vez se suspeita que tenha havido falhas nos registros destes procedimentos.

Não há registro específico da saúde bucal no SIA que identifique o procedimento de urgência odontológica. Existe um procedimento genérico de atendimento de urgência em atenção básica.

Outro indicador de monitoramento de extrema importância é o da taxa de incidência de alterações da mucosa oral que corresponde à proporção de indivíduos com alterações de mucosa oral na população cadastrada.

Esse indicador expressa os casos novos de alterações da mucosa oral diagnosticados pela equipe de saúde bucal na população cadastrada, avaliando, em alguma medida, a integralidade do atendimento em saúde bucal na Atenção Básica, isto é, o quanto a equipe está mobilizada para a avaliação e diagnóstico precoce de alterações da mucosa oral.

Este indicador é calculado a partir do registro de diagnósticos de alterações da mucosa oral encontradas em exames bucais de rotina ou campanhas, visando, principalmente, a prevenção do câncer de boca.

Observa-se que no ano de 2011 houve uma produção de 324 diagnósticos de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pelas equipes de saúde bucal. Foi o ano que menos apresentou produção dentre os anos avaliados, possivelmente em virtude de ser o primeiro ano de registro. Porém no ano de 2012 houve um acréscimo de mais de nove vezes, ou seja, saltou de 324 para 3.143. No ano de 2013, houve decréscimo nesta produção em aproximadamente 37%. Caiu de 3.143 para 1.952 diagnósticos de alteração da mucosa oral. Supõe-se que também esteja associado à mudança da gestão municipal.

Conforme se observa na tabela 19, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam que para o ano de 2014, tenham em Fortaleza aproximadamente 80 novos casos de câncer na cavidade oral para o gênero masculino e 60 para o feminino (BRASIL, 2014).

Tabela 19 – Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.

Localização primária de neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta
Cavidade Oral	310	6,97	80	6,71	220	4,70	60	4,39

Fonte: INCA (2014).

Considerando que os Sistemas de Informações constituem mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão das informações necessárias para o planejamento, organização, operação e avaliação dos serviços de saúde em determinadas áreas e momentos, parece ser fundamental que a gestão municipal de saúde bucal capacite os CD nesta temática, de tal forma que possam aprimorar seus processos de trabalho (BRASIL, 2009).

Para que as informações possam contribuir com o desenvolvimento dos modelos de atenção, torna-se necessário sua divulgação entre todos os profissionais e disponibilizados à população (MOTA; CARVALHO, 1999). Isso pode estar inserido dentro da proposta de EP de cada categoria profissional ligada à ESF ou, até mesmo, em reuniões dos Conselhos Locais de Saúde. Tais momentos são identificados como espaços de troca entre os participantes e poderiam contribuir, sobremaneira, para a discussão e identificação de estratégias de superação para os problemas em saúde pública.

Almeida & Ferreira (2008) expõem que as informações acerca da regularidade e a frequência dos procedimentos preventivos em saúde são escassas. Parece não haver regularidade no processo de informação em saúde. A partir disso, podemos mencionar que um

dos principais obstáculos à implementação de processos avaliativos em saúde bucal é a baixa qualidade dos sistemas de informações disponíveis (SCOCHI, 1994).

Após análise dos dados obtidos dos questionários respondidos pelos CD, identificaram-se algumas dificuldades na condução clínica de seus pacientes, assim como no desenvolvimento dos seus processos de trabalhos. Com isso, acredita-se seja importante que a gestão municipal de saúde bucal e os profissionais envolvidos, baseados nos dados ora apresentados, possam estabelecer estratégias gerenciais que vislumbrem além da melhoria dos indicadores em saúde bucal, um sistema público de saúde que possa efetivamente promover qualidade de vida, sobretudo aos mais necessitados.

6 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesta pesquisa nos apresentam algumas informações importantes para o aprimoramento do processo de avaliação junto às Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza, Ceará.

Dos 137 CD pesquisados, 133 (97,1%) já realizaram ou realizam alguma pós-graduação, sendo que destes, 59,8% (82) estão associados com pós-graduação nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva.

Na avaliação referente ao indicador de ação coletiva de escovação dental supervisionada, obtivemos que 94,9% (130) dos CD sentem-se capacitados para a ação coletiva de escovação dental supervisionada, 76,5% (104) dos CD responderam serem as creches e escolas o principal espaço para realização da ação coletiva de escovação dental supervisionada, e para 65,7% (88) dos CD, a desmotivação é a principal dificuldade para desenvolvimento ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Para o indicador de primeira consulta odontológica programática buscou-se identificar possíveis dificuldades execução dos procedimentos clínicos em saúde bucal. 97,1% (133) dos CD responderam que se sentem capacitados para a execução dos procedimentos clínicos em saúde bucal, no entanto, 48,5% (65) dos CD assinalaram como a maior dificuldade para execução dos procedimentos clínicos a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos.

Na abordagem do indicador que trata da instalação de próteses dentárias na atenção básica, obteve-se uma importante informação, em que 75,2% (103) dos CD responderam ser importante a instalação de próteses dentárias na AB, enquanto que 23,4% (32) responderam que não. Essa foi a menor adesão encontrada entre os CD pesquisados. Fator este merecedor de uma análise mais aprofundada. Quanto a principal dificuldade encontrada pelos CD, 50,4% (64), para instalação de próteses dentárias na AB, responderam ser a insegurança do profissional no manejo clínico. A deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumental) foi apresentada por 42,3% (55) dos CD como sendo a terceira principal dificuldade.

A análise acerca do indicador de razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas mostrou 44,3% (58) dos CD responderam como principal dificuldade para conclusão dos tratamentos odontológicos programáticos ser o abandono do tratamento por parte do paciente, enquanto que 43,5% (57) associaram essa

dificuldade com a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouca manutenção).

Para o indicador de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante, mostrou-se que 86,1% (118) dos CD se consideravam capacitados para o atendimento à gestante, enquanto 10,2% (14) responderam que não. Para 39,5% (49) dos CD o grau de dificuldade encontrada para o atendimento odontológico programático à gestante está relacionada com a cultura popular de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico. Em segundo lugar, para 39,3% (48), os CD responderam ser a insegurança no manejo clínico junto às gestantes. E por fim, para 33,9% (42) relataram serem poucos os encaminhamentos das gestantes feitos pelos profissionais, em especial, médicos e enfermeiros para a saúde bucal.

Na abordagem do atendimento às urgências odontológicas na atenção básica, 56,9% (70) dos CD responderam que a insegurança do profissional CD no manejo clínico é a maior dificuldade encontrada, seguidos pelo elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) e deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumental). 41,5% (49) dos CD responderam que a principal dificuldade para o manejo clínico nos atendimentos de urgências odontológicas ser a abertura/acesso coronário. Em segundo lugar, com 38,5% (45) do total dos entrevistados, ficou o diagnóstico diferencial, seguidos da drenagem de abscesso e de outras causas.

Por fim ao se questionar das dificuldades associadas com o diagnóstico de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pelas equipes de saúde bucal, tivemos que 47,5% (58) dos entrevistados responderam que a principal dificuldade para o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários é a insegurança do CD no manejo clínico. Ficando em segundo lugar a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumental), seguidos pelo elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) e de outras razões.

Considerando as informações supracitadas, sugerem-se investimentos no processo de educação permanente dos cirurgiões dentistas e pessoal auxiliar da atenção básica, em especial, através de oficinas de trabalho relacionadas aos cuidados clínicos em saúde bucal das gestantes, das urgências odontológicas, das confecções de próteses dentárias, do diagnóstico de alteração da mucosa oral, sistemas de informação na atenção básica e discussões de protocolos de ações coletivas em saúde bucal. Participação dos profissionais nas atividades de planejamento e organização dos serviços e não apenas a execução do trabalho.

Além disso, tornam-se necessárias melhorias nas condições do ambiente laboral, regularidade nas entregas dos insumos odontológicos, aquisição de instrumentais com qualidade e melhorias nas relações de trabalho, sobretudo na humanização, promovendo a valorização e o reconhecimento do profissional nele inserido, para que se possa gerar a maior satisfação dos mesmos.

Desta forma, acredita-se que os objetivos desta pesquisa foram alcançados. Para o objetivo principal, foram avaliadas as necessidades identificadas pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em saúde bucal do PMAQ-AB no município de Fortaleza, Ceará, assim como avaliado o perfil destes profissionais e identificadas as dificuldades encontradas pelos mesmos para o cumprimento destes indicadores, assim como foram identificadas as iniciativas que eles consideravam como necessárias para o cumprimento destes indicadores no município de Fortaleza, Ceará.

REFERÊNCIAS

- ABDO EN, GARROCHO AA, BARBOSA AA, OLIVEIRA EL, FRANCA-FILHO L, NEGRI SL, *et al.* Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brazil. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal** 2007; 12:E469-73.
- ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S., Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica** 2004; 20 (3):786-96.
- ALMEIDA G.C.M.; FERREIRA M.A.F., Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24: 2131-40.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA L., Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24:1727-42.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)** 2005; 9(16):36-48.
- ANDRADE, L. O. M. de. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Ed. Hucitec; Sobral: **Edição Uva**, 2001.
- ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública** 2010; 44 (2):360-5.
- APPLEBAUM, E., RUHLEN, T.N., KRONENBERG, F.R., HAYES, C., PETERS, E.S. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. **J Am Dent Assoc** 2009; 140:461-7.
- AROUCA, Sérgio. Crise brasileira e reforma sanitária. **Divulgação em Saúde em debate**, n. 17, p.20-1,1991.
- BALDANI, M.H.; FADEL C.B.; POSSAMAI T.; QUEIROZ M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21:1026-35.
- BARROS A.J.D.; BERTOLDI A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Cien Saude Colet** 2002; 7(4):709-717).
- BEATTIE, A. The health promotion school: from ide ato action. *In: Scriven A, Orme J. Health promotion; professional perspectives.* Hampshire: MacMillan The Open University; 1996. P. 129-143.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **Historia da Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996.
- BOTAZZO, C. **A graduação odontológica na perspectiva da saúde coletiva.** Bauru, 1991.

BOTAZZO, C; NARVAI, P. C; MANFREDINE, M. A. & FRAZÃO, P. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo, Mimeo, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 1997.

_____. Portaria nº. 1444, de 18 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2000; 29 dez.

_____. Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2003 jun 4.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ouvidoria geral do SUS. **Relatório de pesquisa de satisfação dos usuários dos SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade no município de Fortaleza/ CE**. 2012b. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/docs/sistemas/pmaq/certificacao/230440.pdf>. Acesso em: Fev/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. 2013a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. MS/SAS/DAB/CGSB. **Cidades que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Estado/CE**. 2013b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/cidades_atendidas.php. Acesso em Fev/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. 2014**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>, em fev. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. DATASUS. **Sistema de Informação Ambulatorial - SIA. 2014.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIA/index.php?area=04>, em fev. de 2014.

CARCERERI, D.L. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/ SUS, no Estado de Santa Catarina [tese].** Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

CARDOSO, A.C.C.; SANTOS JÚNIOR R.Q.; SOUZA L.E.P.; BARBOSA M.B.C.B. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública** 2002; 26(1/2):94-98.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: **Rev Saúde Coletiva.** 2004; 14(1):41-65.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social.** 3. Ed.. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986. 448p.

CHIARATTO, R.A.; BRANDÃO, I.M.G.; SOUZA, R.A.A.R. *et al.* A importância do cirurgião-dentista como agente promotor do aleitamento materno. **Amamentação Online – Grupo de Apoio ao Aleitamento.** [Artigo on line]2003 [capturado em 03 mar 2013] Disponível em: <http://www.aleitamento.com>

COLUSSI, C.F; CALVO, M.C.M. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Saúde & Transformação Social,** Florianópolis, v.3, n.1, p.92-100, 2012.

CONILL, E.M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido aos pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública.** 2004; 20 (5): 1417-23.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. Título do capítulo. In: Hartz ZMA, organizador. **Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p.27-49.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Caderno da CEDES,** Campinas, N.4, p. 5-27, 1986.

DAVIS, J.M., RAMSEIER, C.A., MATTHEOS, N., SCHOONHEIM-KLEIN, M., COMPTON, S., AL-HAZMI, N., *et al.* Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals a paradigm shift. **Int Dent J** 2010; 60:60-72.

DONABEDIAN A. The definition of quality: a conceptual exploration. Donabedian A, Arbon A. Explorations in quality assessment and monitoring. **Michigan: Health Administration Press;** 1988. V.1, p.3-31.

DRAIBE, S.M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA MCR, CARVALHO MCB, organizadores. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** São Paulo: IEE/PUC-SP; 2001. 244p.

ERGUN, S., OZEL, S., KORAY, M., KURKLU, E., AK, G., TANYERI, H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2009; 38:1283-8.

FELISBERTO, E; ALVES, C.K.A; ALBUQUERQUE, L.C; SAMICO, I; DUBEUX, L.S; FREESE, E. Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA, organizadores. Atensão básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: **CEPESC**; 2008. P. 59-72.

FLETCHER, R.; FLETCHER, S. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. p. 179-201.

FONTENELE, M. F. M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010; 15 Supl. 1:1315-24.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Proposta para implantação do Programa Saúde da Família**. Fortaleza, 1997.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2005**. Fortaleza, 2006. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=177&Itemid=7. Acesso em: 26 fev. 2012.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado**. Fortaleza, 2007. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=177&Itemid=7/ Acesso em: 26 fev. 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: FRANCO TB; BUENO WS; MERHY EE, MAGALHÃES HM, RIMOLI J. organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e expericiando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. P. 55-123.

FREITAS, C.H.S.M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface Comum Saúde Educ**. 2007;26; 11 (21): 25-38.

GARRAFA, V. **Contra o monopólio da saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Achiamê, 1983.

GOMEZ I, WARNAKULASURIYA S, VARELA-CENTELLES PI, LOPEZ-JORNET P, SUAREZ-CUNQUEIRO M, DIZ-DIOS P, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Dis** 2010; 16:333-42.

OMS (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde Pública”. 17-21 Novembro, Ottawa, Canadá. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

HAMALAINEN, P.; MEURMAN, J. H.; KAUPPINEN, M.; KESKINEN, M. Oral infections

as predictors of mortality. **Gerodontology**. 2005; 22(3):151-7.

HARTZ, Z.M.A.; FERRINHO, P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo ao Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [S.I:s.n;2011]. No prelo.

HOROWITZ, A.M. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. **J Am Dent Assoc** 2001; 132 Suppl:36S-40S.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos Demográficos 1991/2000/2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 nov, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativas de incidência do câncer no Brasil, 2014**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp?UF=CE>>. Acesso em 03/02/2014.

INGLEART, M.; TEDESCO L. A. Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion. **Periodontol** 2000. 1995; 8:15-23.

LOPEZ-JORNET, P., CAMACHO-ALONSO, F., MOLINA-MINANO, F. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. **J Eval Clin Pract** 2010; 16:129-33.

MACHADO, C. A. **Atuação dos cirurgiões-dentistas na estratégia saúde da família / Caroline Antero Machado. 2010. 130 f. Dissertação (mestrado)** – Universidade de Fortaleza, 2010.

MACHADO, R; LOUREIRO, A; LUZ, R; MURICY, K (1978); **Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil** - Rio de Janeiro: Ed. Gral. Série Saber e Sociedade; v.n.3; 1978.

MAEDA, F.H.I.; IMPARATO, J.C.P; BUSSADORI, S.K. Atendimento de pacientes gestantes: a importância do conhecimento em saúde bucal dos médicos ginecologistas-obstetras. **RGO**. 2005; 53(1):59-62.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar frente aos modelos assistenciais praticados. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.9, p.33-44, 2004.

MESSADI, D.V., WILDER-SMITH, P., WOLINSKY, L. Improving oral cancer survival: the role of dental providers. **J Calif Dent Assoc** 2009; 37:789-98.

MCDOWELL, J. D. Na overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. **Otolaryngol Clin North Am**. 2006; 39(2):277-94.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2005. 138 p.

MINAYO, C. S.; HARTZ, Z. M.A; BUSS, M. P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 7-18, 2000.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J., organizadores. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes; 2006.

MIOTTO, M.H.M.B; BARCELLOS, L.A; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2):397-406,2012.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexity in Family Healthcare and the Training of Future Healthcare Professionals. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.153-166, 2009.

MORITA, M.C; HADDAD, A.E; ARAÚJO, M.E. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: **Dental Press International**, 2010. 96P. p.68.

MOTA, E.; CARVALHO D.M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYOROL, M.Z., ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia e saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. P. 505-21.

MOYSES SJ. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). **Rev Bras Odontol** 2008; 16:10-3.

NARVAI, P, C; FRAZÃO, P; IN: **Saúde bucal das famílias – Trabalhando com evidências** / (coordenadores) Simone Tetu Moyses, Léo Kriger, Samuel Jorge Moyses. São Paulo: Artes Médicas, 2008, cap 1, p. 1.

NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo, 1994, P.108.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**. 2000; 34(5): 547-59.

NUTBEAM, D. Promotion health and preventing disease: an international perspective on youth health promotion. **J Adolesc Health**, 1997; 20: 396-402.

PABON, H. **Evaluación de servicios de salud**. Cali: XYZ; 1985.

PEDRAZZI V, DIAS K.R.H.C., MELLO R.S. Oral health in Brazil - Part II: dental specialty centers (CEOs). **Braz Oral Res** 2008; 22(Spec Iss 1):18-23.

PEREIRA D.Q; PEREIRA J.C.M; ASSIS, M.M.A; A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2003; 8 (2): 599-609.

PETTI, S., SCULLY, C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. **Oral Oncol** 2007; 434:408-15.

RAMSEIER, C.A., WARNAKULASURIYA, S., NEEDLEMAN, I.G., GALLAGHER, J.E., LAHTINEN, A., AINAMO, A., *et al.* Consensus report: 2nd European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. **Int Dent J** 2010; 60:3-6.

RAUPP, B, organizadora. **Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica dos SUS: referências conceituais, metodológicas e operacionais [internet]**. Porto Alegre: GHC; 2008 [capturado em 03 nov 2013]. Disponível em: http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/material_didatico_ssc.pdf.

REIS, S.C.G.B; MARCELO, V.C; Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência Saúde Coletiva**. 2006; 11(1): 191-9.

RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução de cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**. 2011; 27(1):4-5.

ROSENTHAL, E. A História da Odontologia no Brasil. **Jornal APCD**, São Paulo, 1995. Disponível em: <http://www.geocities.ws/odontoufpr/historia.html> Acesso em 11 de dezembro de 2013.

SANKARANARAYANAN R; RAMADAS K; THOMAS G, MUWONGE R; THARA S; MATHEW B. Oral Cancer Screening Study Group. **Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial**. **Lancet**. 2005;365(9475):1927-33.

SANTOS, A. M; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinha, BA. **Cien Saude Colet**. 2006; 11(1):53-61.

SCAVUZZI, A.A.I.F.; ROCHA, M.C.B.S.; VIANNA, M.I.P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. Curitiba, v. 1, n. 4, p.43-50, 1998.

SCOCHI, M. J. Indicadores de qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cad. Saúde Pública**. 1994; 10(3):356-67.

SHEIHAM A. Promoting periodontal health – effective programmes of education and promotion. **Int Dent J**. 1983; 33(2): 182-7.

SILVERMAN, JR. S, RANKIN, KV. Oral and pharyngeal cancer control through continuing education. **J Cancer Educ** 2010; 25:277-8.

SOUZA T.M.S; RONCALLI A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública** 2007; 23:2727-39.

TEIXEIRA, M.C.B. **O lugar do cirurgião-dentista no trabalho de equipe em saúde: uma perspectiva interdisciplinar**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Universidade Federal Fluminense, 2003.

TOMASI, N.G.S.; YAMAMOTO, R.M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais**. Curitiba: As autoras, 1999. p. 28-37.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 Suppl 2:S190-8.

VIANA, R.S. 2002. Descentralização e Modernização dos serviços públicos de saúde: O caso de Sobral, Ceará. **Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Vale do Acaraú/ Universidade Internacional de Lisboa** (inédito) P.191.

WADE J, SMITH H, HANKINS M, LLEWELLYN C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? **Fam Pract** 2010; 27:77-84.

WATT, RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2007; 35 (1): 1-11.

WERNECK, M. A. F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. 1994. **Tese de Doutorado em Odontologia Social apresentada à coordenação do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense**. Niterói, Rio de Janeiro.

ZANETTI, C.H.G. **Opinião: a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanço no SUS, 2001**. Disponível em: //www.saludbucalcoletiva.unb.br. Acesso em 06 de novembro 2013.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA
ATENÇÃO BÁSICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UFC**

Aluno - Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

Tema - Avaliação das necessidades identificadas pelos Cirurgiões-Dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em Saúde Bucal no município de Fortaleza, Ceará.

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Parte 1 – PERFIL DOS (AS) CIRURGIÕES (ÃS) DENTISTAS NA ATENÇÃO BÁSICA

1- Assinale a Regional em que está localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) em que você trabalha:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6

2- Tempo de atuação na ESF, em anos: () menos de 01 ano () entre 01 e 03 anos
() entre 03 e 06 anos () Acima de 06 anos

3- Gênero: () masculino () feminino

4- Idade: () abaixo de 25 anos () entre 25 e 35 anos () acima de 35 anos

5- Possui outra ocupação além da ESF? () Sim () Não

6- Caso sim, qual (ais)?

() Consultório particular () Faculdade/Universidade () Plano de saúde () Outra(s) _____

7- Instituição de Ensino Superior em que se formou: () Pública () Privada ou Filantrópica

8- Qual? _____

9- Possui alguma pós-graduação concluída: () Sim () Não

10- Em caso de sim, responda qual ou quais possui.

() Aperfeiçoamento. Qual (ais)? _____

() Especialização. Qual (ais)? _____

() Mestrado. Qual (ais)? _____

() Doutorado. Qual (ais)? _____

() Outro. Qual (ais)? _____

11- Possui alguma pós-graduação em andamento: () Sim () Não

12- Em caso de sim, responda qual (ais) está (ão) em andamento.

() Aperfeiçoamento. Qual (ais)? _____

() Especialização. Qual (ais)? _____

- () Mestrado. Qual (ais)? _____
- () Doutorado. Qual (ais)? _____
- () Outro. Qual (ais)? _____

Parte 2 – INDICADORES DE DESEMPENHO

13- Você considera importante a ação coletiva de escovação dental supervisionada no território?

- () Sim () Não

14- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais os espaços sociais considera como fundamentais para realização da ação coletiva de escovação dental supervisionada no território.

- () A- Creches e Escolas.
- () B- Unidade Básica de Saúde.
- () C- Domicílio.
- () D- Outros Espaços Sociais (convivência para idosos, reabilitação para adolescentes, CAPS, ...).

15- Onde deverão ser registradas as informações de ações coletivas_ escovação dental supervisionada?

- () Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.
- () Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.
- () Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação da Atenção Básica.
- () SIA, SIAB e Sistema de Informação Hospitalar – SIH.
- () Não precisam serem registradas.
- () Não sei.

16- Você se considera capacitado (a) para execução das atividades coletivas em saúde bucal?

- () Sim () Não

17- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais as principais dificuldades você considera para execução da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

- () A- Espaços sociais sem estrutura física (ex. escovários) para execução das atividades.
- () B- Descontinuidade no fornecimento dos insumos (kits) necessários para execução das atividades.
- () C- Dificuldade no Planejamento e Articulação intersectorial (ex. saúde e educação).
- () D- Desmotivação pessoal.

18- Você considera importante o indicador de primeira consulta odontológica programática?

- () Sim () Não

Por quê?

19- Onde deverão ser registradas as informações de primeira consulta odontológica programática?

- () Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.
- () Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.
- () Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação da Atenção Básica.
- () SIA, SIAB e Sistema de Informação Hospitalar – SIH.
- () Não precisam serem registradas.
- () Não sei.

20- Você se considera capacitado (a) para a execução dos procedimentos clínicos em saúde bucal?

() Sim () Não

21- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais principais dificuldades você encontra para execução dos procedimentos clínicos em saúde bucal.

() A- Elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas.

() B- Descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos.

() C- Deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados, pouca manutenção,...) .

() D- Outra causa (cite)_____

22- Você acredita ser importante a instalação de próteses dentárias na atenção básica?

() Sim () Não

23- Onde deverão ser registradas as informações de instalação de próteses dentárias?

() Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.

() Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

() Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação da Atenção Básica.

() SIA, SIAB e Sistema de Informação Hospitalar – SIH.

() Não precisam serem registradas.

() Não sei.

24- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais as principais dificuldades encontradas para instalação de próteses dentárias na atenção básica.

() A- Elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda).

() B- Deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados, pouco instrumental,...).

() C- Insegurança do (a) profissional cirurgião (ã)-dentista no manejo clínico.

() D- Outra causa (cite)_____

25- Você considera importante o indicador de razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas?

() Sim () Não

Por quê?

26- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais as principais dificuldades encontradas para conclusão dos tratamentos odontológicos programáticos.

() A- Elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda).

() B- Deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados, pouca manutenção,...).

() C- Abandono do tratamento por parte do paciente/ usuário.

() D- Outra causa (cite)_____

Parte 3 – INDICADORES DE MONITORAMENTO

27- Você considera importante o indicador de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante?

() Sim () Não

Por quê?

28- Onde deverão ser registradas as informações de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante?

- () Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.
 () Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.
 () Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação da Atenção Básica.
 () SIA, SIAB e Sistema de Informação Hospitalar – SIH.
 () Não precisam serem registradas.
 () Não sei.

29- Você se considera capacitado para o atendimento odontológico à gestante?

() Sim () Não

30- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais principais dificuldades são encontradas para o atendimento odontológico programático à gestante.

- () A- Poucos encaminhamentos pelos profissionais, em especial, médicos e enfermeiros para a saúde bucal.
 () B- A cultura popular de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico.
 () C- Insegurança do profissional cirurgião-dentista no manejo clínico.
 () D- Outra causa (cite) _____

31- Você acredita ser importante a oferta do serviço de atendimento às urgências odontológicas na atenção básica?

() Sim () Não

32- Onde deverão ser registradas as informações da produção de urgências odontológicas?

- () Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.
 () Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.
 () Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação da Atenção Básica.
 () SIA, SIAB e Sistema de Informação Hospitalar – SIH.
 () Não precisam serem registradas.
 () Não sei.

33- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais as principais dificuldades encontradas para atendimento de urgência odontológica na atenção básica.

- () A- Elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda).
 () B- Deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados, pouco instrumental,...).
 () C- Insegurança do (a) profissional cirurgião (ã)-dentista no manejo clínico.
 () D- Outra causa (cite) _____

34- Considerando serem as urgências endodônticas as condições clínicas mais incidentes na clínica, enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais as principais dificuldades encontradas em seu manejo clínico.

- () A- Diagnóstico diferencial.

() B- Abertura / Acesso (s) coronário.

() C- Drenagem de abscesso.

() D- Outra causa (cite)_____

35- Você acredita ser importante o diagnóstico de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pelas equipes de saúde bucal?

() Sim () Não

36- Onde deverão ser registradas as informações de alteração da mucosa oral de usuários atendidos pelas equipes de saúde bucal?

() Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.

() Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

() Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação da Atenção Básica.

() SIA, SIAB e Sistema de Informação Hospitalar – SIH.

() Não precisam serem registradas.

() Não sei.

37- Enumere de 01 a 04, em ordem decrescente de importância, ou seja, 01>02>03>04, quais as principais dificuldades encontradas pelas equipes de saúde bucal para o diagnóstico de alteração da mucosa oral de usuários atendidos?

() A- Elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda).

() B- Deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados, pouco instrumental,...).

() C- Insegurança do (a) profissional cirurgião (ã)-dentista no manejo clínico.

() D- Outra causa (cite)_____



APÊNDICE B – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PESQUISA CIENTÍFICA

Avaliação das necessidades identificadas pelos Cirurgiões-Dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em Saúde Bucal em Fortaleza, Ceará.

Sr.(a) Dr.(a) Cirurgiã(o)-Dentista, Fortaleza, ___/___ de 201_.

Peço o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para responder estas perguntas.

Como aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família, estou fazendo uma pesquisa sobre avaliação das necessidades identificadas pelos Cirurgiões-Dentistas da atenção básica para o cumprimento dos indicadores em Saúde Bucal no município de Fortaleza, Ceará.

Nessa investigação científica, serão colhidas informações de Cirurgiões-Dentistas da rede assistencial da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza, Ceará. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas o resultado da pesquisa ajudará muito a descrevermos como se dá esse processo. Por isso, sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do questionário é muito importante.

Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar até mesmo onde haja submissão à autoridade, como em unidades de saúde ou escolas. Caso queira mais informações sobre meu trabalho, por favor, ligue para: Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior (pesquisador principal). Telefone: (85) 9829-7777. Endereço: Travessa Beni de Carvalho, 50, CEP 6013-5281, ou para o Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará (UFC), endereço do COMEPE - Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 - Rodolfo Teófilo - 60430-370. Telefone: (85) 3366.8344.

Obs. Leia primeiro todo o questionário antes de respondê-lo. Não tenha pressa, leia com atenção, caso tenha alguma dúvida em responder qualquer questão, solicite auxílio do responsável pela aplicação do questionário.

Atenciosamente,

A Coordenação da Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa desenvolvida pelo aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Ivan Júnior, AUTORIZO a aplicação do questionário em:

Em ___ de _____ de 201_.
