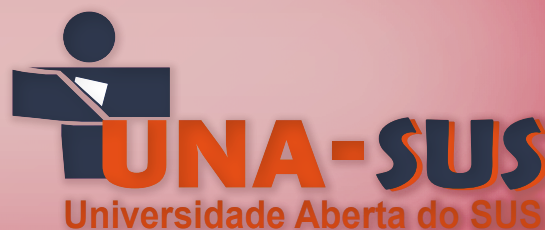


Especialização em **SAÚDE DA FAMÍLIA**



PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Milton de Arruda Martins

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE (DEGES)

Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Ademar Artur Chioro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
(UNA-SUS)

Secretário Executivo:

Francisco Eduardo de Campos

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUnifesp)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão:

Eleonora Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO
UNA-SUS (UNIFESP)

Conceição da Silva Vieira Ohara

Eleonora Menicucci de Oliveira

(dezembro/2009 à fevereiro/2012)

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA
Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Celso Zilbovicius

Daniel Almeida Gonçalves

Laís Helena Domingues Ramos

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Gisele Grinevicius Garbe

Monica Parente Ramos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Antonio Aleixo da Silva - *Design instrucional*

Eduardo Eiji Ono - *Web design e ilustração*

Felipe Vieira Pacheco - *Design instrucional*

Marcelo Franco - *Diagramação e ilustração*

Sílvia Carvalho de Almeida - *Revisão ortográfica*

Tiago Paes de Lira - *Diagramação*

Valéria Gomes Bastos - *Web design*

Edição, Distribuição e Informações

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão

Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP 04021-001 - SP

Fale conosco: 011 5576.4842 (Secretaria)

(atendimento telefônico do suporte das 7h às 10h e de 15h às 18h)

<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2012

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Práticas de Saúde Bucal

Erico Marcos de Vasconcelos e
Maristela Vilas Boas Frattucci

Sumário

Breve histórico das práticas de Saúde Bucal	4
Observações sobre o território de abrangência	5
Características socioeconômicas e biológicas dos núcleos familiares e o modo como elas impactam o processo saúde-doença bucal: levantamentos epidemiológicos e critérios de risco	6
Organização das práticas em Saúde Bucal: ações coletivas e assistenciais.....	7
Gestão da prática em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: trabalho em Equipe de Saúde Bucal.....	9
Indicadores de avaliação dos serviços de Saúde Bucal	10
Considerações finais.....	10
Referências	11
Bibliografia consultada.....	12

Práticas de Saúde Bucal








Breve histórico das práticas de Saúde Bucal

Não poderíamos iniciar nossas reflexões sem situar no tempo e no espaço nosso histórico e a evolução das políticas públicas em Saúde Bucal no Brasil, considerando que tais fatos influenciam e destacam a maneira de pensar e agir de diferentes categorias profissionais ao longo do tempo. Essas formas de organização em propostas ou modelos, ou mesmo a ausência destes, condicionam as formas de planejamento dos serviços, suas articulações, seu desenvolvimento e sua avaliação.

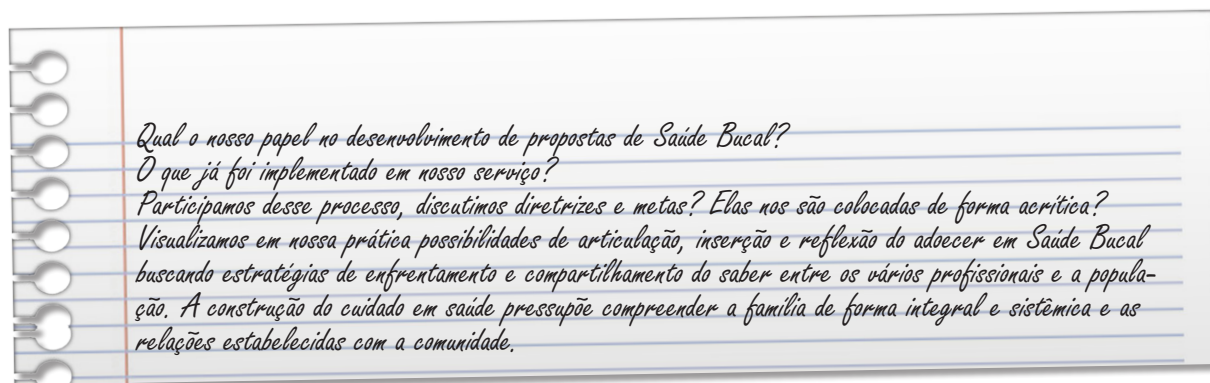
A Estratégia Saúde da Família (ESF), pensada atualmente como estratégia para organização da Atenção Básica, e não mais como um programa, pretende implementar e solidificar o Sistema Único de Saúde. Muitos são os desafios, mas destaca-se a construção de práticas de saúde integrais como eixo norteador no cuidado, no vínculo e na corresponsabilidade entre os diferentes atores sociais: comunidade-profissionais-gestores. Outro grande desafio é repensar o modelo de atenção biomédica e privilegiar práticas pautadas na promoção da saúde.

QUADRO I

Breve histórico das práticas de Saúde Bucal

1500	1808	1889	1930	1964	1983	1988	1994	2000	2004	2010
Colônia	Império	República	Estado Novo	Regime Militar	Democracia	Constituição	PSF	ESB	Brasil Sorridente	Educação Permanente UNA-SUS
			<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>							
Ausência de Modelo	Modelo Flexneriano	Sistema Incremental	Odontologia Simplificada	Saúde Bucal na Atenção Básica						
		Programa Dentário Escolar			Saúde Bucal na Atenção Secundária - CEO					
	Campanhas de saúde	Saúde bem de consumo			Saúde e qualidade de vida					

Segundo Silveira Filho (2008), o processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família demanda reflexões acerca da prática voltada ao cuidado em saúde, destacando elementos centrais do processo de trabalho, dos atos e atitudes, dos modos de trabalhar e agir, tanto das equipes quanto dos profissionais da ESF. Enfatizam-se elementos: do trabalho de Saúde da Família; da equipe multiprofissional e da organização das ações de Saúde Bucal; da organização de um modelo de atenção pautado na promoção da saúde; da construção de uma nova prática em saúde; da cura ao cuidado; e do uso de instrumentos de trabalho na consolidação da clínica ampliada.



Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Essas diretrizes apontam para uma reorganização da Atenção em Saúde Bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.

A superação de um determinado modelo em Odontologia (clássico ou hegemônico) e a mudança para outro (Saúde Bucal coletiva) encontram na família excelente parceria para a participação popular, viabilizando a multidimensionalidade das ações, a melhoria das condições de vida e a promoção da saúde necessitada e buscada por todos os humanos.



Destaque

Em todas as reflexões inerentes à organização das práticas em Saúde Bucal, destacam-se o cuidado como eixo de reorientação do modelo, a humanização do processo de trabalho, a corresponsabilização dos serviços, o desenvolvimento de ações longitudinais para os ciclos de vida e para a promoção de saúde em toda a comunidade.

A atual conjuntura política e econômica possibilita ações cada vez mais específicas relativas aos programas e às estratégias em saúde. A busca por alternativas e implementações faz com que os articuladores de programas tenham visibilidade e credibilidade perante a população.

Todo o desenrolar dessas estratégias esteve vinculado às expressões sociais dos seres humanos desde os mais remotos tempos. Ou seja, as formas de adoecer seguem modelos sociais e a sensibilidade daqueles que as percebem e constroem padrões coletivos.



Saiba mais...

Sobre o tema, vale a pena conhecer as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> e os Cadernos de Atenção Básica. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>

Observações sobre o território de abrangência

As práticas em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde devem ser pautadas pelas observações sobre o território de abrangência, pelas características socioeconômicas e biológicas dos núcleos familiares e pelo modo como elas impactam o Processo saúde-doença bucal, aliadas aos dados coletados na triagem odontológica dos indivíduos das famílias. Tais ações devem considerar o ambiente em que se realizam tais práticas, assim como as diretrizes estabelecidas pelo gestor da respectiva esfera de governo local para o exercício das atividades profissionais junto à população adstrita.

Três situações devem ser observadas no território de abrangência das equipes: a realidade das condições de Saúde Bucal das famílias pertencentes à população local; suas características socioeconômicas e biológicas; o contexto que envolve o modo como vivem os componentes dos núcleos familiares residentes numa determinada região.

Esse movimento em direção ao território é um desafio para a Odontologia na ESF, principalmente por causa da mentalidade da população, que acredita que o *locus* de trabalho dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal, em especial do cirurgião-dentista, é o consultório odontológico, onde deve prestar assistência de modo integral aos pacientes que o procuram ou que estão agendados, e assim não compreendem a importância dessa ação.

Definir o campo de atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Saúde da Família é um dos desafios das equipes de Atenção Básica. As ações de Saúde Bucal integram o rol de atividades voltadas à promoção da qualidade de vida de determinada comunidade. Para tal, é necessário conhecer a realidade dessa comunidade na qual a equipe está inserida, buscando definir claramente seus principais problemas de saúde, suas fragilidades coletivas, seus riscos. Por outro lado, é importante também definir suas fortalezas, sejam estruturais (como a existência de organizações, públicas ou não, que ampliam acesso a bens e serviços), ou culturais (como quando há um saber popular tácito que produz melhorias nas condições de saúde, alimentação, uso de plantas medicinais e outras). A Atenção em Saúde Bucal como prática que integra as Equipes de Saúde da Família, além de resolver os problemas de saúde-doença bucal instalados, deve interferir diretamente nos seus fatores determinantes (SILVEIRA FILHO, 2008).

Isso exige boa articulação e interação comunicativa entre os profissionais das Equipes de Saúde Bucal com aqueles da Equipe de Saúde da Família, a partir da exposição das intencionalidades dos atores envolvidos, voltadas à consecução do trabalho em equipe e pautadas pelo senso de construção coletiva, e da complementaridade do conhecimento que deve nortear as práticas clínicas na ESF (BRASIL, 2008; GENOVESE, 1992; MOYSES; SILVEIRA FILHO, 2002).

Características socioeconômicas e biológicas dos núcleos familiares e o modo como elas impactam o Processo saúde-doença bucal: levantamentos epidemiológicos e critérios de risco

Para uma prática clínica responsável e correspondente às expectativas da população local, cabe aos profissionais das Equipes de Saúde Bucal a devida apropriação das principais características de ordem social, econômica e biológica que cercam o modo como as pessoas vivem no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, identificando as áreas em que os fatores de risco que determinam e/ou condicionam o Processo saúde-doença possam se relacionar também à etiologia das principais doenças bucais. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume um papel de extrema relevância nessa ação.

Esse momento em que se traça um olhar mais acurado sobre a população adstrita pode ser fundamental também para o apontamento de critérios capazes de eleger as famílias mais vulneráveis do ponto de vista social e biológico, em maior situação de risco entre as demais, para o consequente convite destas para os grupos estabelecidos e a triagem odontológica, instante em que os profissionais das Equipes de Saúde Bucal deverão avaliar as condições de saúde bucal da população residente em seu território (BRASIL, 2004a).

Observou-se nas duas últimas décadas uma mudança do perfil epidemiológico da cárie dentária, principalmente em crianças (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011). Verificou-se também nestas pesquisas de base populacional que a redução não foi uniforme, sendo que crianças e famílias expostas a privações econômicas e sociais apresentaram maior prevalência de agravos; assim sendo, a incorporação de critérios de risco no diagnóstico e no tratamento das necessidades é fundamental para agilizar ações e otimizar recursos, assim como a avaliação do risco individual para doenças bucais é instrumento valioso na organização dos serviços.



Destaque

Considerando os determinantes socioeconômicos e culturais do Processo saúde-doença e a integralidade das ações, é fundamental o risco para o planejamento. A identificação do risco facilita a organização da demanda e potencializa o acesso aos serviços de Saúde Bucal.

Um conceito fundamental para o planejamento de ação em saúde é a ideia de risco, portanto fatores de risco são atributos de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais. Esse grupo exposto aos riscos reúne características que possibilitam o desenvolvimento de determinado agravo, mas não o condicionam. A avaliação do risco em Saúde Bucal é uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações coletivas e de assistência, propiciando assim a equidade na Atenção em Saúde. Conheça os riscos:

- Risco individual: considera os determinantes biológicos do Processo saúde-doença;
- Risco familiar: considera a forma de organização, hábitos comportamentais e culturais e relações sociais estabelecidas pelas famílias;
- Risco coletivo: considera os determinantes socioeconômicos e culturais do Processo saúde-doença.

QUADRO 2
Descrição dos critérios de risco e fatores associados em Saúde Bucal para cárie dentária
(FRIAS; FRATUCCI, 2008)

Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência de ingestão de sacarose; • Início tardio do hábito de escovação; • Baixa frequência de escovação; • Baixa exposição de flúor (sistêmico e tópico); • Experiência passada de cárie; • Atraso escolar; • Autopercepção sobre os agravos bucais.
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa renda familiar; • Menor grau de escolaridade materna; • Desemprego dos pais ou responsáveis; • Maior concentração de habitantes por domicílio; • Falta de acesso ao creme dental com flúor; • Uso coletivo da escova; • Hábitos alimentares na família que favorecem o consumo de sacarose e carboidratos; • Exposição à violência doméstica.
Coletivo	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso à água tratada; • Acesso à fluoretação das águas de abastecimento público; • CPO-D acima da média; • Morador de município ou região com baixo índice IDH-M e alto índice de exclusão social; • Acesso a programas de Atenção em Saúde Bucal; • Hábitos culturais.

Em alguns instrumentos de risco pode ser utilizada a Escala de Coelho, instrumento de estratificação de risco familiar que, aplicado às famílias adscritas a uma equipe de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Utiliza dados presentes na Ficha A SIAB e outros disponíveis na rotina das equipes de Saúde da Família (COELHO; SAVASSI, 2004).

A triagem odontológica tem o objetivo de identificar a parcela da população que esteve mais exposta aos fatores de risco que concorrem para o maior aparecimento de doenças bucais, tais como cárie e doença periodontal, e da presença ou não de alterações da normalidade em tecidos moles, e/ou possui algum grau de atividade dessas doenças em curso. A proposta é estratificar as famílias segundo tais critérios e convidá-las para tratamento odontológico com base em seus componentes, respeitando o princípio doutrinário da equidade do SUS. Essa ação norteia a organização da assistência odontológica programática ao público mais vulnerável que, aliado a uma boa retaguarda na produção de respostas adequadas à demanda espontânea, gera oportunidades para uma avaliação positiva da população adstrita em função da qualidade da atenção promovida (MENDES-GOLÇALVES, 1992; SÃO PAULO, 2009).



Saiba mais...

Saiba mais sobre os temas apresentados acessando os resultados principais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil, 2010 <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf> e conhecendo a Escala de Coelho: <<http://medicinadefamiliabr.blogspot.com/2009/12/sistematizacao-da-escala-de-risco.html>>

Organização das práticas em Saúde Bucal: ações coletivas e assistenciais

As ações coletivas em Saúde Bucal são estratégias para a melhoria das condições de Saúde Bucal da população, sendo desenvolvidas com o objetivo de atingir o maior número de pessoas, por meio de procedimentos realizados em determinados espaços sociais com a finalidade de prevenir agravos e promover a saúde através da educação.

As ações e atividades coletivas incluem os anteriormente denominados Procedimentos Coletivos (PC) e as ações de educação em saúde realizadas com grupos específicos nas UBS, no domicílio ou em outros espaços comunitários.



Destaque

É relevante lembrar que os Procedimentos Coletivos (PC) foram normatizados pelo MS em 1992 e incluídos nos Procedimentos de Atenção Básica (PAB) pela Portaria 166, de 31/12/97 e Portaria 18, de 21/01/99, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Foram excluídos pela Portaria 95, de 14.01.2006, e substituídos pelas atividades específicas na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Seus componentes receberam códigos específicos sob denominação: ação coletiva de escovação dental supervisionada; ação coletiva de bochecho fluorado; ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Básica; atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Especializada (essas duas últimas atividades não são exclusivas ao grupo Saúde Bucal) (SÃO PAULO, 2009).

A assistência em Odontologia é configurada pelas ações clínicas individuais e, na sua organização, alguns aspectos foram identificados como imprescindíveis: acolhimento, humanização do atendimento, resolatividade dos casos e o sistema de referência e contrarreferência – visando estabelecer estreita relação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária.

As ações de assistência odontológica individual são fundamentais para a minimização do quadro dramático das doenças bucais e seus impactos na vida das pessoas, sobretudo nos adultos, que historicamente sempre ficaram à margem das políticas públicas de Saúde Bucal no Brasil (BRASIL, 2008; SILVEIRA FILHO, 2002a).

Segundo as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (2004a), a reorientação do modelo de Atenção em Saúde Bucal tem os seguintes pressupostos:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assumir o compromisso de qualificação da Atenção Básica, garantindo qualidade e resolatividade, independente da estratégia adotada pelo município para sua organização; | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da Atenção Básica; |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantir uma rede de Atenção Básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir política de educação permanente para os trabalhadores em Saúde Bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação, para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF. Nos estados em que os Polos de Educação Permanente estiverem instalados, a educação continuada dos trabalhadores em Saúde Bucal deve ser dar por meio destes; |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assegurar a integralidade nas ações de Saúde Bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção; |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento – deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde; | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à Saúde Bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de Saúde Bucal, em todos os níveis de atenção. |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acompanhar o impacto das ações de Saúde Bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos; | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do Processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território; | |

A proposta de organização de serviços de Saúde Bucal sob a ótica das ações coletivas e de assistência vem tornando-se fundamental para o planejamento, desenvolvimento do cuidado e avaliação junto às equipes de ESF. A seguir elencaremos alguns aspectos para serem considerados ao pensarmos na estruturação de propostas de saúde bucal.

QUADRO 4

Organização dos Serviços nas ações coletivas e de assistência em Saúde Bucal

Organização das ações coletivas:

- Educação e prevenção em Saúde Bucal;
- Rastreamento das doenças bucais;
- Evidenciação de placa e escovação supervisionada;
- Realização de fluoroterapia intensiva para casos de médio e alto risco de cárie dentária;
- Encaminhamento para UBS/USF de referência;
- Atividades educativas com grupos específicos, espaços escolares, instituições, associações, domicílios;
- Integração com a equipe multiprofissional no desenvolvimento de atividades coletivas.

Organização das ações assistenciais:

- Incorporação de clínicas modulares (fixas e transportáveis);
- Incorporação de Equipe de Saúde Bucal (ASB/TSB);
- Sistemas de trabalho a quatro ou seis mãos;
- Acesso: risco individual, familiar e coletivo;
- Tratamento por hemiarco;
- Controle epidemiológico das doenças bucais;
- Tratamento restaurador atraumático;
- Racionalização das urgências;
- Atendimento domiciliar;
- Referenciamento à rede de atenção secundária e terciária;
- Integração à equipe multiprofissional na abordagem integral à família;
- Educação permanente.

**Saiba mais...**

Acesse <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf> para conhecer as Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal do Município de São Paulo.

Acesse também a cartilha para subsidiar a realização do tratamento restaurador atraumático em larga escala (TRA) pelo endereço <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Cartilha_TRA.pdf>

Gestão da prática em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: trabalho em Equipe de Saúde Bucal

O trabalho em equipe pressupõe interdisciplinaridade, multiprofissionalismo, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência e promoção da integralidade das ações em saúde.

Há a necessidade de contemplar todos os aspectos relacionados à prática do Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar de Saúde Bucal, considerando suas especificidades em relação aos locais de produção dos serviços, às formas de inserção, organização e regulação do trabalho e ao atendimento das demandas dos indivíduos, das famílias e da coletividade.

O Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) são ocupações da área de saúde, regulamentadas nacionalmente. Compõem a Equipe de Saúde Bucal e realizam atividades necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal. Atuam nas unidades e serviços de saúde públicos e privados, conveniados ou não ao SUS, estando em expansão sua inserção em Equipes de Saúde da Família.

A gestão da prática clínica em Saúde Bucal na ESF deve ser amparada por uma metodologia que sustente a ideia de promover tratamentos completados em um menor número de consultas possível, possibilitadas pela maior produção de procedimentos odontológicos em uma consulta e pelo maior índice de frequência às consultas agendadas, acompanhados do menor índice de absenteísmo (SÃO PAULO, 2009).

Para isso, leva-se em consideração a lógica do tratamento por quadrante, que divide a cavidade oral em quatro espaços a partir de dois cortes imaginários: um sagital na linha mediana, que passa pelos incisivos superiores e inferiores, e outro axial na linha de mordida. No sentido horário, de frente para o paciente, temos o quadrante 1 localizado no canto superior esquerdo, o 2 no canto superior direito, o 3 no canto inferior direito e o 4 no canto inferior esquerdo. Essa organização possibilita o uso mais racional de insumos odontológicos, na medida em que os focos passam a ser o paciente em sua integralidade e o número de procedimentos que o profissional realiza, e não o número de pessoas que ele atendeu, além de facilitar a ergonomia profissional durante o exercício de suas atividades (SÃO PAULO, 2009).

O exame clínico dos pacientes em primeira consulta odontológica programática terá seu registro realizado em uma Ficha de Atendimento Odontológico. Esse exame é não só o passo inicial para se realizar um tratamento, como também para estabelecer um melhor relacionamento entre paciente/profissional. O objetivo é a elaboração do diagnóstico, do prognóstico e do correto planejamento terapêutico. Ele divide-se em anamnese ou exame subjetivo e exame físico ou exame objetivo (GENOVESE, 1992).

A anamnese é composta pelas seguintes fases: identificação, queixa principal, história da doença atual, história odontológica pregressa, antecedentes médicos, antecedentes familiares e hábitos. No exame físico, o profissional de saúde utiliza-se dos sentidos naturais na exploração dos sinais, tais como inspeção, palpação, percussão, auscultação e olfato. E por meio deles procede aos exames extra e intraoral, levantando hipóteses diagnósticas, solicitando exames complementares, fazendo prognóstico e construindo um plano de tratamento (GENOVESE, 1992).



Destaque

Todo esse processo deve ser sustentado por um sistema de informação adequado e bastante capaz de coletar com qualidade os dados que são gerados no cotidiano das práticas clínicas (ZANETTI, 2000). Isso apoiará a equipe no monitoramento das ações realizadas, na avaliação e no planejamento dos trabalhos a serem promovidos (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008; SANTOS; ASSIS, 2006).

Indicadores de avaliação dos serviços de Saúde Bucal

Sistema de Informação é um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, resultam informações de suporte à organização. É uma extensão dos prontuários médicos para atender não apenas às necessidades do paciente, mas também às necessidades da população pelos serviços de Atenção à Saúde (STARFIELD, 2002). São constituídos por: informações relativas a aspectos administrativos (controle de estoque de material, finanças, recursos humanos); aspectos gerados pelo atendimento prestado; informativos da condição de vida, do meio ambiente e outros fatores que interferem no processo saúde-doença.

A avaliação é parte gerencial, influenciada pelo contexto organizacional e político, que se constitui em poderoso e indispensável instrumento de transformação e melhoria dos serviços de saúde pública. É um procedimento pelo qual se determina o grau de êxito alcançado na execução de objetivos predeterminados (PINTO, 1989). Para quem está trabalhando em programas e/ou serviços de saúde, a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão (TANAKA; MELO, 2001). Para que um diagnóstico de saúde coletiva seja realizado, é necessário o uso de instrumentos denominados indicadores de saúde, os quais são obtidos por meio de dados coletados por um sistema de informação. Esse sistema de informação em saúde deve apresentar confiabilidade.

Segundo Narvai (1996), os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados na prática odontológica em saúde pública podem ser agrupados de diferentes formas e utilizados em diferentes níveis do sistema de saúde. Cada indicador tem como referência o desempenho de alguém (*uma base*: um profissional de saúde, uma equipe de saúde, uma unidade de saúde, um estado, um país), num determinado espaço (área geográfica, grupo populacional etc.), num momento definido (um mês, um ano). Eles podem ser:

- **Indicadores do modelo de atenção:** relativos à programação e ao enfoque de risco, indicam o grau de integralidade das ações (ex.: ênfase em ações coletivas na Saúde Bucal; ênfase em prevenção na assistência; ênfase em serviços especializados; espaços sociais com procedimentos coletivos).
- **Indicadores da eficiência:** relacionados à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos das ações e serviços (ex.: duração do atendimento; custos do atendimento; composição dos custos).
- **Indicadores da efetividade:** expressam o grau de acessibilidade às ações e serviços, a cobertura e a satisfação/insatisfação dos usuários, bem como os tipos de serviços oferecidos e a produção e utilização dos recursos existentes (ex.: indicadores de ações coletivas; ações individuais; urgências; acesso à assistência; consultas por “tratamento completado” (TC); concentração; rendimento; atrição; utilização da capacidade instalada).
- **Indicadores da eficácia:** referem-se à qualidade das ações e serviços e seu impacto nos níveis de Saúde Bucal da população (ex.: Metas da OMS 2000 e 2010; prevalência da cárie dentária; OMS – FDI; porcentagem de redução dos índices CPO-D, CEO, CPI, Dean, DAI).

Considerações finais

A prática clínica na Atenção Primária à Saúde (APS), e, portanto, na Estratégia Saúde da Família (ESF), possui uma série de especificidades que correspondem às características peculiares desse modelo de Atenção à Saúde, com vistas à integralidade do cuidado.

A expansão e a qualificação da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) é um desafio em nosso país. De nada adianta o esforço de reorganização da atenção quando a prática centraliza as ações na perspectiva individualista e biológica do ser humano. A ampliação do objeto que constitui saberes e práticas em saúde exige a compreensão do sujeito e de seu contexto familiar e social. É importante estar atento ao outro, compreendendo suas visões de mundo e emoções. A Clínica Ampliada defende a transformação tanto da atenção individual quanto coletiva, possibilitando que outros aspectos do sujeito, não só o biológico, possam ser entendidos e trabalhados pelos profissionais da saúde (CUNHA, 2005).

Nesta abordagem focamos algumas ações e ferramentas que consideramos fundamentais para a organização e o registro da prática clínica na APS e na ESF. Outras propostas e modelos podem organizar de forma racional a prática dos serviços de saúde. É de suma importância que os profissionais de Saúde Bucal apropriem-se destas reflexões para estabelecer propostas a nível local, visando à promoção da saúde.

Referências

- AATHAYDE, E. S.; GIL, C. R. R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das Equipes de Saúde da Família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 6, 2, p. 13-22, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de Saúde Bucal**, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica n. 17 – Saúde Bucal**, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares**, 2004. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/104>>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.
- FRIAS, A. C.; FRATUCCI, M. V. B. Os contornos sociais da cárie dentária. In: PORTO, C. L. A.; PEREIRA, J. C.; ANAUATE NETTO, C. (Org.). **Cariologia**. 1. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2008, p. 211-228.
- GENOVESE, W. J. **Metodologia do exame clínico em Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1992. 391 p.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR – Série textos**, n. 1, São Paulo, jan. 1992.
- MOYSES, S. J. A.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca In: SILVEIRA FILHO, A. D. et al. (Org.) **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.
- NARVAI, P. C. **Avaliação de ações de saúde bucal**. São Paulo: FSP-USP, 1996.
- PEREIRA, A. T. da S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Suplemento 1, p. S123-S133, 2008.
- PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. São Paulo: Ed. Santos, 1989.
- RAKEL, R. E. **Tratado de Medicina de Família**. S.L.: Editora Guanabara Koogan, 1995.
- 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 Alagoinhas, BA. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, mar. 2006.
- SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal**. São Paulo, fev. 2009.
- SILVEIRA FILHO, A. D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Programa de Saúde da Família: Ministério da Saúde, dez. 2002.
- _____. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família. In: MOISÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOISÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias-Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, OY, MELO C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: modo de fazer. São Paulo: Edusp. 2001.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF)**: proposição e programação. Brasília, fev. 2000. Disponível em: <www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em: 27 mar. 2012.

Bibliografia consultada

BARROS, M. B. A. **A importância dos sistemas de informação e dos inquéritos de base populacional para avaliações de saúde**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2004, vol.13, n.4, pp. 199-200.

CANTALE, C. R. **História clínica orientada a problemas**. s. l.: University of Southern California, p. 7. Disponível em: <http://med.unne.edu.ar/sanitaria/sitios/cbmf200220Clase204_1.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2012.

LEAL, D. C. M. F.; MONTEIRO, E. M.; BARBOSA, M. A. Os horizontes da percepção do enfermeiro do PSF sobre os limites de sua legislação. **Revista da UFG Online**, v. 6, número especial, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

TINÔCO, A. F. **Manual de planejamento do setor saúde**. São Paulo: FSPUSP, 1977.