



SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE EM NATAL – RN

EVELIN CRISTINA ARAÚJO DA ROCHA, Msc.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - PPGA/UFRN

evelincris@bol.com.br

MARIA ARLETE DUARTE DE ARAÚJO, Dra.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - PPGA/UFRN

dfb@digicom.br

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo verificar se a atuação dos dentistas nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Distrito Sanitário Norte do Município de Natal–RN está em sintonia com as diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF). O universo da pesquisa foi composto por todos os dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram aplicados 58 questionários procurando-se identificar as características operacionais de funcionamento de cada UBS, as atribuições profissionais dos dentistas em cada UBS, os procedimentos clínicos executados, os fatores que facilitam e/ou dificultam o processo de inclusão e o desempenho das atividades dos dentistas bem como ações necessárias para que as ESB do Distrito Sanitário Norte cumpram os objetivos previstos pelo PSF. Os resultados encontrados apontam que a inclusão das ações de saúde bucal no PSF do Distrito Sanitário Norte trouxe a incorporação de novos valores às práticas exercidas. No entanto, é preciso que haja uma avaliação mais freqüente das ações realizadas, de modo que essas sejam adaptadas às reais necessidades da comunidade e sirvam de base para o planejamento e redirecionamento das atividades a fim de que haja uma verdadeira substituição das práticas tradicionais exercidas e um novo jeito de se fazer saúde.

Palavras chave: . Equipes de Saúde Bucal. Programa Saúde da Família. Ações de saúde bucal.

ABSTRACT

The purpose of this research is to verify if the actuation of mouth health teams (MHT) dentists, in Natal city north sanitary district, is tuned with FHP goals. The target research population was composed by all dentists working in Basic Health Units (BHU). Fifth-eight questionnaires were applied and using open and closed questions we look for identify the functional characteristics of each BHU, the dentists professional attributions on each BHU, as well as the clinical procedures that they execute. This research also searched to identify the factors that facilitate and/or difficult the inclusion process and the dentists activities performance on these BHUs, as well as the necessary actions to north sanitary district MHTs to fulfill the objectives proposed by FHP. The results point that the inclusion of mouth health actions in north sanitary district FHPs brought the incorporation of new values to the used practices. Whoever, its necessary a more frequent evaluation of the carried actions, in a way they can be adapted to the real community necessities, and, is fundamental the data accompaniment, for that these serve of base for planning and redirecting activities, in a way that we do have a truly substitution of the traditional practices and a new way of promoting health.

Key words: Dentists. Mouth Health Teams. FHP. Goals

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde através da publicação da Portaria GM/MS nº1444, de 28 de dezembro de 2000, inseriu oficialmente a odontologia no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir do estabelecimento de incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, propondo uma inversão do modelo vigente e assumindo o desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito de todos os cidadãos brasileiros.

Em 2004, dando continuidade à reorientação no modelo de atenção à saúde bucal do país, o Ministério da Saúde publica documento contendo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com o documento essa reorientação tem os seguintes pressupostos: assumir o compromisso de qualificação da atenção básica para que haja qualidade e resolubilidade na prestação dos serviços; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços de saúde; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ações; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados; centrar a atuação na vigilância à saúde; incorporar a Saúde da Família como estratégia na reorganização da atenção básica; definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações e definir uma agenda de pesquisa científica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com a inclusão do dentista no contexto do PSF através da criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), o Ministério da Saúde propõe uma mudança das práticas de intervenção e a priorização de ações de prevenção e promoção. Com isso, a saúde bucal passa a ser compreendida como um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautada na universalidade, equidade e integralidade, estruturando-se de forma descentralizada e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade, sendo regulada através do controle social.

Em Natal, em função do processo de organização do sistema de saúde, em 1994, é implantado o PSF pela Secretária Municipal de Saúde (SMS), através de convênio firmado com o Ministério da Saúde. Esse processo iniciou-se pelo Distrito Sanitário Oeste onde inicialmente foram implantadas 19 equipes, seguido pelo Distrito Sanitário Norte onde foram implantadas 38 equipes. Desde a promulgação da Lei nº 3.878 de 07/12/1989 dispoendo sobre a organização político-administrativa da Prefeitura do Natal, haviam sido criadas as Regiões Administrativas Norte, Sul, Leste e Oeste enquanto primeira iniciativa de zoneamento urbano para tratamento microlocalizado dos problemas identificados no contexto de atuação das políticas públicas. Este processo havia culminado em 1990 com a divisão do município em quatro distritos sanitários, respeitando a mesma conformação das Regiões Administrativas (SMS, 2007).

Nesse contexto, compreendendo a magnitude dos problemas associados à saúde bucal, com situação claramente delineada nas unidades epidemiológicas, a SMS com a inclusão das equipes de saúde bucal no PSF do Distrito Sanitário Norte, no ano de 2001, optou pela reestruturação de sua rede de serviços, na perspectiva de organizar a atenção, reforçando o caráter integral e inclusivo, ofertando ações de promoção, prevenção e

recuperação com ênfase em práticas que tivessem por escopo a garantia do acesso e resolutividade ao cidadão e à sociedade (SMS, 2007).

No entanto, conforme informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelas coordenadoras do PSF no Distrito Sanitário Norte, após 6 anos da inclusão das primeiras ESB no Distrito não há ainda nenhuma avaliação sobre a atuação do programa. Assim, partindo do pressuposto de que uma correta atuação das ESB possibilita a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados, este artigo tem por objetivo discutir a atuação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Distrito Sanitário Norte do Município de Natal–RN à luz das diretrizes do Programa Saúde da Família.

O artigo está estruturado da seguinte forma: em primeiro lugar discute o Programa Saúde da Família e a inserção das equipes de saúde bucal em sua estratégia de atuação; em segundo lugar discute as equipes de saúde bucal no município de Natal; em seguida, apresenta a metodologia utilizada para apreender as condições de funcionamento das equipes de saúde bucal, a partir do percepção do principal ator das equipes – o dentista; em terceiro lugar, analisa os dados levantados sob a ótica das diretrizes que disciplinam o funcionamento das equipes de saúde bucal e, finalmente, tece considerações sobre a adequação ou não do funcionamento das equipes de saúde bucal para a consolidação de um novo jeito de fazer saúde bucal.

2 A INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: BREVES CONSIDERAÇÕES

O Programa Saúde da Família pode ser definido como um modelo de atenção básica, operacionalizado por ações preventivas e promocionais das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, com foco na unidade familiar, consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

A equipe de saúde da família é composta por um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária à saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários). Recentemente, houve também a inclusão de odontólogos com a finalidade da contemplação da atenção à saúde bucal.

A unidade familiar, segundo Andrade, Bezerra e Barreto (2005) é compreendida como a célula biológica e social dentro da qual o comportamento reprodutivo, os padrões de socialização, o desenvolvimento emocional e as relações com a comunidade são determinados. Logo, para o PSF, conceitualizar a unidade familiar é levar em consideração não só a composição demográfica dos membros da família, mas também as variáveis que descrevam a organização, a situação familiar e as características do ambiente onde a família está localizada.

A implementação do PSF ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, visto que o ideário do programa assume como foco a reorganização da atenção básica garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Seguindo o princípio da descentralização, por sua vertente municipalista, o PSF busca estimular a organização dos sistemas locais de saúde, pautando-se a partir da aproximação dos serviços com sua própria

realidade, envolvendo os atores sociais desta mesma realidade, favorecendo e fortalecendo o controle social e a participação popular.

A reorganização do SUS a partir do PSF tem valorizado também a ampliação dos espaços democráticos nas instituições de saúde, através da instalação de conselhos e conferências que possibilitam a participação dos usuários. Assim, o PSF também contempla a democratização dos serviços de saúde, por meio do planejamento de suas ações em conjunto com a comunidade, o que exige uma mudança de postura dos profissionais de saúde, da comunidade e dos gestores.

Este processo de reorganização vem sendo construído de maneira gradativa, exigindo mudanças no processo de trabalho, na cultura dos atores envolvidos e nas relações estabelecidas entre eles. Neste sentido, cabe dizer que os gestores municipais e estaduais possuem um papel fundamental no processo de implantação e acompanhamento do programa, pois cabe a eles conduzi-lo, proporcionando respaldo para que os profissionais de saúde sintam-se motivados a realizar as mudanças exigidas e necessárias.

Por caracterizar-se como um programa de atenção básica à saúde, o PSF prioriza ações de promoção da saúde, embora evidentemente não exclua ações assistenciais de outros níveis de complexidade que possam ser resolvidos com o aparato disponível na comunidade. Entretanto, como papel fundamental de uma rede de atenção básica deve-se compreender a coordenação de todo o espectro assistencial em saúde, uma vez que pela atenção básica, “identificam-se as necessidades de atendimentos mais especializados, coordenam-se as referências para os profissionais adequados e acompanham-se os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes acompanhados.” (HART, BELSEY e TARIMO apud Andrade, Bezerra e Barreto, 2005, p.330)

Desse modo pode-se afirmar que a rede de atenção básica que está sendo buscada pelo PSF possibilita um melhor controle no desperdício de recursos de saúde, ao tempo em que promove a estabilidade e a confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2003) ao PSF foi atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O programa deve promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Daí o seu potencial estruturante sobre o modelo, o que justificou a decisão do Ministério da Saúde de considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial de saúde no país.

Por sua vez, no contexto de atenção à saúde, a saúde bucal, cada dia mais desponta como uma preocupação tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto no enfoque assistencial.

Nesse sentido, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios brasileiros, por meio do Programa de Saúde da Família, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na estratégia do PSF. Este instrumento foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, através do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Desde então, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), a carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais e cada equipe de saúde bucal deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentas) pessoas, considerando a proporção de uma ESB para cada duas equipes de saúde da

família (ESF) em funcionamento. Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal para uma ou duas equipes de saúde da família.

Para a habilitação e qualificação das ESB, o Ministério da Saúde (2002) estabelece as seguintes exigências: a) município com equipes de saúde da família (ESF) implantadas ou em implantação; b) um plano de implantação de equipes de saúde bucal no PSF que considere a proporção de uma ESB para cada duas ESF; c) submissão do plano de implantação para aprovação do Conselho Municipal de Saúde; d) envio do plano pela Secretaria Municipal de Saúde para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado para análise e aprovação; e) aprovação do plano de implantação e seu envio para o Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica); f) publicação pelo Ministério da Saúde, no Diário Oficial da União, da qualificação das ESB vinculadas ao PSF; g) cadastro pelo município de todos os profissionais da ESB no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de acordo com a modalidade de implantação aprovada na CIB.

Com relação à transferência de recursos os municípios que qualificarem as ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de forma automática e regular, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde, em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos).

Segundo o ministério da Saúde (2002), o valor do incentivo vai depender da modalidade da equipe implantada, a saber: a) modalidade I – um dentista e um atendente de consultório dentário (ACD). Para esta modalidade o valor repassado é de R\$ 13.000,00 (treze mil reais); b) modalidade II – um dentista, um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD). Para esta modalidade o valor repassado é de R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais).

Um incentivo adicional, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), será transferido ao município em parcela única, independente da modalidade da equipe de saúde bucal implantada, para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Caso já existam equipamentos no local destinado ao atendimento, tal incentivo poderá ser utilizado para complementá-los, ou ainda, para a aquisição de outros instrumentais ou equipamentos de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica.

Uma vez implantadas, as ESB devem atuar em proximidade com a realidade, identificando fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando as ações de saúde bucal diretamente às comunidades, de modo que se procure, em conformidade com o Ministério da Saúde (2002), principalmente, os seguintes objetivos: a) melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; b) orientar as práticas de atenção à saúde bucal por meio da estratégia de organização da Atenção Básica preconizada pelo PSF; c) assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal; d) capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal para o PSF, através da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; e, e) avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

Para isso, a Portaria nº 267/GM publicada pelo Ministério da Saúde em 06 de março de 2001, diz que a inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as características operacionais que constam no Quadro 1 abaixo.

Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;	Humanização do atendimento;
Adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;	Abordagem multiprofissional;
Integralidade da assistência prestada à população adscrita;	Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;	Educação permanente dos profissionais;
Definição da família como núcleo central de abordagem;	Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Quadro 1 – Características Operacionais das Ações de Saúde Bucal no PSF.

Fonte: Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001

Ainda nesse sentido, a Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001, publicada pelo Ministério da Saúde (2001) estabelece as atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF. Essas atribuições estão no Quadro 2 a seguir.

Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família	Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal
Identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal	Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde
Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal	Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas
Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência	Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal

Quadro 2 – Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal no PSF.

Fonte: Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001

Ainda nesta perspectiva, visando a operacionalização das ações de saúde bucal na estratégia da saúde da família, o Ministério da Saúde (2001) também determinou atribuições específicas para cada um dos componentes das ESB. Os Quadros 3 e 4 trazem as atribuições profissionais específicas dos cirurgiões-dentistas e do técnico em higiene dental no Programa Saúde da Família.

Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a situação epidemiológica de saúde bucal da comunidade	Encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando seu retorno e acompanhamento
Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita	Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências
Realizar os procedimentos clínicos definidos na NOB/SUS 96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);	Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
Prescrever medicamentos e outras orientações em conformidade com os diagnósticos efetuados emitir laudos, pareceres e atestados	Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo técnico em higiene dental (THD) e pelo atendente de consultório dentário (ACD)
Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais	Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal
Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e a prevenção em saúde bucal.	Registrar no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) todos os procedimentos realizados.
Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;	

Quadro 3: Atribuições Profissionais Específicas dos Cirurgiões-dentistas.

Fonte: Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001

Realizar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico	Cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos
Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista	Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal
Auxiliar o cirurgião-dentista (trabalho a quatro mãos)	Registrar no SIA/SUS todos os procedimentos realizados no âmbito de sua competência
Realizar procedimentos coletivos na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados	

Quadro 4: Atribuições Específicas do Técnico em Higiene Dental (THD):

Fonte: Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001

Por fim, a Portaria GM/MS nº 267, diz ainda que é atribuição dos dentistas no âmbito do PSF, realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

O Quadro abaixo traz os procedimentos clínicos definidos na NOB/SUS 96 e na NOAS.

Consulta odontológica – 1º consulta	Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada)
Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão	Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente)
Aplicação de cariostático (por dente)	Capramento pulpar direto em dente permanente
Aplicação de selante (por dente)	Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório
Controle de placa bacteriana	Restauração a pino
Escariação (por dente)	Restauração com amálgama de duas ou mais faces
Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada)	Restauração com amálgama de uma face
Restauração com compósito de duas ou mais faces	Restauração com ionômero de vidro de uma face
Restauração com compósito de uma face	Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces
Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal	Exodontia de dente decíduo e de dente permanente
Restauração com silicato de duas ou mais faces	Remoção de resto radicular
Restauração com silicato de uma face	Tratamento de alveolite
Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces	Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência
Restauração fotopolimerizável de uma face	Ulotomia
Ulectomia	Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente
Glossorrafia	

Quadro 5 - Procedimentos Clínicos definidos na NOB/SUS 96 e na NOAS.

Fonte: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)

Desse modo, através das diretrizes lançadas pela Portaria nº 267/GM o Ministério da Saúde procura orientar a inclusão das ações de saúde bucal no contexto do PSF em todo território nacional.

3 AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN

A promulgação da Lei n.º 3.878 de 07/12/1989 que dispunha sobre a reorganização político-administrativa da Prefeitura do Natal, criando as regiões administrativas Norte, Sul, Leste e Oeste, é a primeira iniciativa de zoneamento urbano para tratamento microlocalizado dos problemas identificados no contexto da atuação das políticas públicas. O resultado das discussões do processo de territorialização, em 1990, culminou com a divisão do município em quatro distritos sanitários, respeitando a mesma conformação das regiões administrativas, que atuavam sob regime de organização em subprefeituras (SMS, 2007).

Em 1994, pelo avanço significativo do processo de organização de seu sistema de saúde, o município de Natal através da Norma Operacional Básica (NOB – SUS 01/93 – MS) habilita-se na condição de Gestão

Semiplena do SUS e assim, nesse mesmo ano por meio de um convênio firmado com o Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família é implantado no município de Natal como uma estratégia de transformação do modelo assistencial vigente. Esse processo foi iniciado pelo Distrito Sanitário Oeste onde inicialmente foram implantadas 19 equipes, seguido pelo Distrito Sanitário Norte onde foram implantadas 38 equipes.

No entanto, devido às dificuldades encontradas no início desse processo, o PSF tornou-se em Natal uma estratégia focalizada de expansão dos cuidados básicos de saúde voltada para grupos de maior risco social e, somente em 1997, ocorreu uma implantação mais efetiva do programa, com a definição de prioridades para a prestação de serviços a partir da pessoa, de sua família e de seu entorno comunitário, tendo como eixo estruturante da atenção básica à saúde a estratégia da saúde da família.

A partir dessa compreensão, desde 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal vem intensificando esforços no ajuste organizacional para o aprimoramento da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde em todos os níveis de atenção. O propósito é consolidar a estratégia do Programa Saúde da Família como estruturante da Atenção Básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, não restringindo este nível de atenção à oferta de elenco de procedimentos, mas a um conjunto de ações que contemple a integralidade da atenção, resultando na qualidade de vida e propiciando melhora nas condições de saúde da comunidade (SMS, 2006).

Ainda de acordo com a SMS (2007), em 2005, fruto de novas discussões, a Região Norte da cidade passa por mais uma delimitação, desta vez, criando para o Sistema Municipal de Saúde, os Distritos Sanitários Norte 1 e Norte 2, resultante das peculiaridades sócio-demográficas e sanitário-epidemiológicas locais e da necessária intervenção do poder público sob uma ótica de gestão participativa com racionalização estratégica de condutas. Essa nova configuração regional no âmbito do município se encontra fortalecida nos atos normativos da administração, com ênfase para a Lei Complementar Nº 061 de 02/06/2005, Decreto Nº 7.642 de 10/06/2005, dentre outros instrumentos que norteiam a condução da Política Municipal.

Hoje, o município de Natal conta com 107 equipes do Programa Saúde da Família, implantadas com uma cobertura de 48% da população nas áreas sócio-economicamente mais vulneráveis, sendo que nos Distritos Sanitários Norte e Oeste o Programa já atingiu o patamar de 70% de cobertura. Reitera-se no Plano Municipal de Saúde 2006-2009, publicado pela SMS em 2006, o compromisso com a continuidade da expansão dessa estratégia que melhor traduz a organização da atenção básica (SMS, 2006).

Nesse contexto, compreendendo a magnitude dos problemas associados à saúde bucal, com situação claramente delineada nas unidades epidemiológicas, a SMS com a inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, no ano de 2001, optou pela reestruturação de sua rede de serviços, na perspectiva de organizar a atenção, reforçando o caráter integral e inclusivo, ofertando ações de promoção, prevenção e recuperação com ênfase em práticas que tenham por escopo a garantia do acesso e resolutividade ao cidadão e à sociedade (SMS, 2007).

Com isso, o atendimento odontológico passou a ter como principal foco a unidade básica de saúde, uma vez que esse serviço constitui porta de entrada do sistema, bem como, responsabiliza-se pelo acompanhamento às demandas da população, ordenando o fluxo desde procedimentos simplificados até os de maior complexidade tecnológica.

A rede se estrutura a partir da atenção básica, com os Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Os serviços especializados são compostos pelos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, localizados nos Distritos Norte, Leste e Oeste e pelas unidades de pronto-atendimento de urgência odontológica.

Está prevista ainda a implantação de um CEO no Distrito Sul, totalizando uma unidade de referência por Distrito Sanitário (SMS, 2007).

Com isso, privilegia-se o atendimento programado tanto para a atenção básica quanto para a especializada, com atendimentos clínicos e procedimentos coletivos, assim como prima-se pela agilidade e eficácia no acolhimento às situações de urgência. Convém ressaltar que esse recorte assistencial ampara-se pelo planejamento de intervenções com especial atenção à clientela com maior vulnerabilidade, fundamentados em critérios epidemiológicos e na estruturação de serviços que pressuponham a vigilância à saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é do tipo exploratória e descritiva pois tem como objetivo conhecer e descrever as atividades desenvolvidas pelos dentistas nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa de Saúde da Família (PSF), no Distrito Sanitário Norte em Natal/RN para compreender como vem sendo construída a inclusão das ESB nessa nova proposta de atenção à saúde.

O Distrito Sanitário Norte está localizado na Zona Norte do Município de Natal/ RN e subdivide-se em Distrito Sanitário Norte 1 e Distrito Sanitário Norte 2. O Distrito Sanitário Norte 1 é composto por três bairros - Lagoa Azul, Pajuçara e Redinha e o Distrito Sanitário Norte 2 composto por quatro bairros - Nossa Senhora da Apresentação, Potengi, Igapó e Salinas. As equipes de saúde da família do Distrito Sanitário Norte estão distribuídas em unidades básicas de saúde (UBS) localizadas nesses bairros sendo ao todo vinte UBS.

A pesquisa foi realizada com todos os 58 dentistas lotados nas unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Norte de Natal/ RN, caracterizando-se pois como uma pesquisa censitária.

Foram aplicados 58 questionários e através de perguntas fechadas e abertas procurou-se identificar as características operacionais de funcionamento de cada UBS, as atribuições profissionais dos dentistas em cada UBS, os procedimentos clínicos executados, os fatores que facilitam e/ou dificultam o processo de inclusão e o desempenho das atividades dos dentistas nessas UBS, bem como ações necessárias para que as ESB do Distrito Sanitário Norte cumpram os objetivos previstos pelo PSF.

UM OLHAR SOBRE A ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO DISTRITO SANITÁRIO NORTE EM NATAL/RN

a) Perfil dos Dentistas

Os dados revelaram que a faixa etária predominante dos dentistas está entre 41 e 60 anos de idade, fato que se explica em razão desses profissionais terem sido reaproveitados da rede municipal de saúde da qual já faziam parte.

Em relação ao sexo, 60,34% dos dentistas são mulheres, corroborando com um estudo elaborado pelo Inbrape, realizado em 2003, no qual 57,5% dos dentistas no Brasil eram do sexo feminino.

Quanto ao tempo de trabalho, constata-se que 41,38% dos dentistas trabalham no PSF há 2 ou 3 anos. É possível afirmar que o pequeno tempo de permanência nas equipes pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde.

Em relação à renda familiar dos dentistas, a renda varia entre mais de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) e mais de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), acima do valor da renda média das famílias da zona urbana do Estado do Rio Grande do Norte, de R\$ 1.344,00 (hum mil trezentos e quarenta e quatro reais) conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) divulgada em setembro de 2006 pelo IBGE.

Os dados de carga horária revelam que todos os dentistas trabalham 40 horas semanais como previsto pelo Ministério da Saúde. Para o MS (2004), a carga horária de 40 horas semanais para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na idéia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre eles e a população.

No que se refere ao tempo de formação, 46,55% dos dentistas têm entre 20 e 25 anos de formados. Esse dado também se explica pelo fato dos dentistas terem sido reaproveitados da rede municipal da saúde e permite entender algumas das dificuldades enfrentadas no momento de sua inclusão no PSF, em razão da sua formação profissional ter sido voltada para as questões biológicas e ações curativas.

Esse fato também é percebido quando a questão se refere à formação, pois 43,10% não possuem nenhum tipo de especialização, verificando-se, dentre a maior parte dos seus portadores, a falta de relação entre o referido curso e a saúde pública ou coletiva. Esse dado expressa um dos principais problemas que surgiu após a implantação do novo modelo de assistência à saúde proposto pelo PSF, que é a falta de formação e capacitação profissional adequada.

b) Atuação das Equipes de Saúde Bucal

Em relação às características operacionais presentes nas ações de saúde bucal desenvolvidas nas UBS, o Quadro 6 abaixo revela que 100% das respostas indicam a humanização do atendimento como a característica operacional mais presente nas ações de saúde bucal realizadas no PSF do Distrito Sanitário Norte. Em seguida, as respostas mais apontadas: família como núcleo central da abordagem 93,10%; adscrição da população e substituição das práticas tradicionais anteriormente exercidas nas UBS 91,38%. Por outro lado, apenas 67,24% das respostas indicam o acompanhamento e avaliação das ações realizadas, 46,55% a educação permanente dos profissionais, e somente 43,10% a articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade.

Características operacionais	Percentual
Humanização do atendimento	100,00
Família como núcleo central de abordagem	93,10
Adscrição da população sob a responsabilidade da UBS	91,38
Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas UBS	91,38
Abordagem multiprofissional	84,48
Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social	81,03
Integralidade da assistência prestada à população adscrita	79,31
Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas	67,24
Educação permanente dos profissionais	46,55
Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade	43,10

Quadro 6 – Características Operacionais Presentes nas Ações de Saúde Bucal realizadas pelos Dentistas nas UBS do Distrito Sanitário Norte

Os percentuais encontrados demonstram que a inclusão do dentista no PSF trouxe a incorporação de novos valores e uma nova forma de prestar assistência odontológica à população do Distrito Sanitário Norte. No entanto, é preciso entender que para que o novo modelo de atenção alcance as mudanças dos saberes e práticas dos processos de trabalho em saúde esperados, as atividades das ESB devem apresentar todas as características operacionais previstas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com os dentistas, o vínculo com as famílias, o trabalho em equipe, a delimitação da área de atuação, a abordagem multiprofissional, a educação permanente dos profissionais e a humanização do atendimento são os fatores que mais contribuem para que as ações de saúde bucal desenvolvidas nas UBS apresentem as características operacionais previstas pelo MS. Convém ressaltar que todos esses aspectos estão estreitamente relacionados com o que propõe o MS para inclusão das ações de saúde bucal no PSF.

Por outro lado, a falta de capacitação e educação continuada para os profissionais, assim como um espaço físico inadequado para realização das atividades, a grande demanda reprimida de pacientes, a articulação da referência e contra-referência, a falta de capacitação para trabalhar em grupo, a ausência de profissionais de outras áreas, a falta de articulação entre os componentes da equipe e a dificuldade de substituição das práticas antigas e a aceitação do novo modelo são os principais fatores que dificultam e/ou impedem a implementação das características operacionais propostas pelo MS às ações de saúde bucal no PSF.

Quanto às atribuições profissionais dos dentistas nas UBS do Distrito Sanitário Norte pode-se afirmar que as atividades relacionadas à promoção da saúde bucal estão dentre as atribuições profissionais mais executadas pelos dentistas, conforme mostra o Quadro 7 abaixo. Esse fato expressa uma mudança nas práticas de saúde bucal que após a implantação do PSF demonstram uma preocupação tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto no enfoque assistencial. Reafirma-se com isso, a construção de uma nova relação entre as atividades clínicas e as atividades de saúde coletiva onde os profissionais passam a atuar sob uma concepção mais ampla de assistência integral e contínua à população adscrita. É preciso acentuar também a realização de uma atividade de grande importância que é a visita domiciliar, que possibilita o trabalho de educação e conscientização, além de permitir o conhecimento da situação de saúde das famílias com uma maior profundidade identificando suas necessidades e expectativas. Igualmente, merece destaque o trabalho de supervisão desenvolvido pelos técnicos em higiene dental e atendentes de consultório dentário.

Atribuições profissionais realizadas nas UBS	Percentual
Estimular e executar medidas de promoção da saúde e preventivas em saúde bucal	100,00
Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde	100,00
Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas	100,00
Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD	100,00
Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados	98,28
Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal	98,28
Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências	96,55
Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento	94,83
Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal	93,10
Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais	91,38
Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência	87,93
Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais	86,21

Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal	86,21
Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das de saúde da família	84,48
Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal	77,59
Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados	77,59
Realizar exame clínico para conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade	70,69
Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas	62,07
Capacitar as equipes de saúde da família para ações educativas e preventivas em saúde bucal	60,34
Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência	50,00%

Quadro 7 – Atribuições Profissionais Realizadas pelos Dentistas nas UBS.

O Quadro também revela que as atividades que promovem a intersectorialidade como o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde bucal, bem como a capacitação das ESF no que se refere às ações educativas e preventivas, parecem não ser prioridade dos dentistas nas UBS do Distrito Sanitário Norte. O mesmo ocorre com as atividades relacionadas à realidade epidemiológica da saúde bucal da população adscrita. Com isso, pode-se dizer que as ações desenvolvidas pelos dentistas no Distrito Sanitário Norte deixam, em parte, de contemplar pontos previstos na Portaria nº 267 do MS que regulamenta a inclusão das ações de saúde bucal no PSF.

Em relação aos fatores que mais favorecem a realização das atribuições profissionais, o Quadro 8 mostra que o trabalho em equipe, o vínculo e a aproximação estabelecidos com as famílias devido às visitas domiciliares, o compromisso e a capacitação dos profissionais, o tempo de trabalho de 40 horas semanais, a receptividade da população aos serviços prestados e a disponibilidade de instrumental e equipamentos são os fatores mais citados.

Fatores que favorecem a realização das atribuições profissionais			
	%		%
Trabalho em equipe	51,72	Reuniões de equipe e com o grupão	3,45
Contato maior com as famílias/visitas domiciliares	24,14	Delimitação da área de atuação/adscrição da clientela	3,45
Compromisso dos profissionais com a comunidade	17,24	Participação no planejamento das atividades	3,45
Capacitação profissional	15,11	Supervisão do trabalho	3,45
Tempo de trabalho integral	13,79	Exame clínico realizado	1,72
Receptividade da população ao trabalho dos profissionais	8,62	Modelo do programa	1,72
Instrumental e equipamentos adequados	8,62	Bom acesso à área da população adscrita	1,72
Não respondeu	6,90	Humanização do atendimento	1,72
Bom planejamento das atividades	6,90	Trabalho com grupos específicos	1,72
Ações educativas	5,17	Continuidade do trabalho	1,72
Carências da população	5,17	Localização da UBS	1,72
Apoio do distrito sanitário e SMS	5,17	Autonomia	1,72
Funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEOs)	5,16	Número de equipes e profissionais	1,72
Perfil profissional	3,45	Respeito mútuo	1,72
Experiência dos profissionais no serviço público	3,45	Identificação do objetivo a ser seguido	1,72
Identificação das necessidades junto às famílias	3,45	Logística propiciada pela SMS	1,72
Estrutura física do consultório	3,45	Capacitação do auxiliar de consultório dentário(ACD)	1,72

Quadro 8 – Aspectos que Favorecem a Realização das Atribuições Profissionais nas UBS

Aqui, observa-se mais uma vez, o valor das visitas domiciliares e da capacitação profissional no âmbito do PSF, assim como a importância da carga horária de 40 horas semanais fundamental para o desenvolvimento do processo de trabalho nas UBS. O trabalho em equipe surge como principal fator desse processo na opinião dos dentistas sendo citado por 51,72% deles.

Em contrapartida, a estrutura física inadequada surge como o principal fator que na opinião dos dentistas dificulta a realização de suas atribuições profissionais conforme indica o Quadro 9.

Aspectos que dificultam e/ou impedem a realização das atribuições			
	%		%
Instalações físicas inadequadas	29,31	Poucas vagas para algumas especialidades	3,45
Grande demanda reprimida de pacientes	17,24	Falta da ficha “D”	3,45
Número de profissionais inadequado	15,52	Pequena participação dos agentes comunitários de saúde em palestras e ações educativas	3,45
Falta de material para as ações educativas e preventivas	15,52	Falta de envolvimento da administração	1,72
Não respondeu	13,79	Demora na entrega de material esterilizado	1,72
Falta de compromisso profissional	12,06	Participação em funções não específicas do distrito	1,72
Manutenção dos equipamentos inadequada	6,90	Não participação na parte burocrática	1,72
Falta de entrosamento dos profissionais	6,90	Baixo nível educacional da população	1,72
Falta de capacitação para o trabalho	6,90	Falta de visão holística	1,72
Falta de planejamento e capacitação para planejar	6,90	Centro de Especialidade Odontológica (CEO) sobrecarregado	1,72
Unidade não recebe a contra-referência	5,17	Realização de atribuições mais complexas	1,72
Falta de empenho da população para com a saúde bucal	5,17	Falta de estímulo e valorização profissional	1,72
Falta de levantamento epidemiológico	5,17	Trabalho em equipe	1,72
Sugestões e necessidades mal atendidas	5,17	Falta de continuidade do tratamento (necessidades de maior complexidade)	1,72
Falta de maior intervenção e apoio da SMS	5,17	Envolvimento em funções burocráticas	1,72
Problema com a voltagem da energia	3,45	Não cumprimento da agenda	1,72
Dificuldade em sensibilizar a população	3,45	Falta de avaliação dos serviços	1,72
Burocracia	3,45	Dificuldade de acesso a algumas áreas da população adscrita	1,72
Falta de material adequado	3,45	Localização da UBS	1,72

Quadro 9 – Aspectos que Dificultam e/ou Impedem a Realização das Atribuições Profissionais nas UBS.

Outro fator citado por 17,24% dos dentistas é a demanda reprimida de pacientes. Esse dado revela a grande carência da população no que se refere ao acesso às ações de saúde bucal. Outro dado importante diz respeito à falta de material para as ações educativas e preventivas. Por esse motivo muitas vezes as ações educativas realizadas pelos dentistas restringem-se a palestras ou vídeos educativos, de modo que esses atuam apenas como intermediários de informações nem sempre observando a realidade local.

Com relação aos procedimentos clínicos que os dentistas podem realizar nas UBS do Distrito Sanitário Norte de Natal/RN constatou-se que nem todos os procedimentos clínicos elencados na NOB/SUS 96 e NOAS são executados., conforme se verifica no Quadro 10.

Procedimentos clínicos realizados nas UBS			
	%		%
Consulta odontológica	100,00	Restauração com ionômero de vidro	94,83
Aplicação terapêutica de flúor	100,00	Capeamento pulpar	94,83
Tratamento de alveolite, hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência	100,00	Pulpotomia em dente decíduo ou permanente	94,83
Restauração de amálgama (uma ou mais faces)	100,00	Raspagem, alisamento e polimento supra e sub-gengival	94,83
Escariação	98,28	Aplicação de cariostático	60,34
Selamento de cavidade com cimento provisório	98,28	Ulotomia e ulectomia	55,17
Exodontia de dente decíduo ou permanente	98,28	Aplicação de selante	53,45

Controle de placa bacteriana	96,55	Pulpectomia	36,21
Restauração fotopolimerizável (uma ou mais faces)	96,55	Restauração a pino	1,72
Remoção de resto radicular	96,55	Glossorrafia	1,72

Quadro 10– Procedimentos Clínicos que os Dentistas podem realizar nas UBS conforme a NOB/SUS 96 e NOAS.

Convém destacar que dentre os procedimentos menos realizados estão desde ações relacionadas à prevenção como a aplicação de selante até procedimentos curativos que requerem capacitação e intervenção de um especialista como a pulpectomia.

Para os dentistas a falta de material e instrumental adequados, assim como o não atendimento de especialidades e a falta de especialistas são os principais motivos para a não realização de procedimentos como aplicação de selante e cariostático, restaurações a pino e pulpectomia. Como conseqüência, o paciente muitas vezes deixa de ter o tratamento adequado às suas necessidades e os profissionais deixam de contemplar uma de suas atribuições previstas pelo MS que é “encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento”.

De um modo geral, apesar das dificuldades encontradas, os dentistas avaliam de forma positiva as mudanças causadas pela inclusão das ações de saúde bucal no PSF do Distrito Sanitário Norte de Natal/RN, com 51,72% dos dentistas avaliando as mudanças como boas, 32,76% como muito boas e 13,79% como razoáveis. Com isso, pode-se dizer que o PSF vem conseguindo imprimir um novo cenário no que diz respeito à saúde bucal da população do Distrito Sanitário Norte na medida em que tem conseguido ampliar o acesso da população através de um novo modelo de assistência à saúde.

Estes dados reafirmam a necessidade de avaliação das atividades desenvolvidas pelas ESB demonstrando ser fundamental acompanhar os dados para estes sirvam de base para o planejamento e redirecionamento das ações.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar se a atuação dos dentistas nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Distrito Sanitário Norte de Natal-RN está sintonizada com as diretrizes do Programa Saúde da família (PSF).

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS sendo pautadas pela universalidade, integralidade e equidade, organizadas de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população. Para isso, o MS através da Portaria nº 267 instituiu as características operacionais que as ações de saúde bucal devem apresentar no PSF e as atribuições dos profissionais de saúde bucal no PSF.

Esta pesquisa revelou, no entanto, que muitas atividades realizadas pelos dentistas nas ESB do Distrito Sanitário Norte não estão de acordo com essa orientação.

Aspectos como a articulação da referência e contra-referência que diz respeito a encaminhar e orientar os usuários com problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento, não tem funcionado como o previsto tanto pelo não atendimento das especialidades quanto pela falta de especialistas nas UBS. Com isso, a

integralidade da assistência prestada à população adscrita deixa de ser exercida pelos dentistas e assim, as famílias não têm suas necessidades e expectativas atendidas.

Outro ponto importante se refere à educação permanente dos profissionais. Como foi visto, os dentistas têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica. Esse perfil clínico preponderante vai de encontro a características identificadas como imprescindíveis ao trabalho no PSF: ter um conhecimento amplo e multidisciplinar, ter habilidade para atender diferentes tipos de demandas, gostar de trabalhar com comunidades pobres, saber trabalhar em equipe.

Espera-se que a ESF esteja capacitada para dar assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos. Tudo isso remete às atividades de promoção e prevenção pilares fundamentais do modelo de assistência proposto pelo PSF e também à necessidade de sensibilização das famílias assistidas. Entretanto, nas UBS do Distrito Sanitário Norte, predomina a realização de atividades de caráter puramente curativo como restaurações e exodontias.

Atividades relacionadas ao desenvolvimento de ações que promovam a intersetorialidade como programar e supervisionar o fornecimento de materiais e insumos para ações coletivas, bem como, capacitar as ESF no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal, parecem não ter tanta importância para os dentistas que trabalham nas UBS do Distrito Sanitário Norte. O mesmo ocorre com as atividades relacionadas à realidade epidemiológica da saúde bucal da população adscrita. Assim, os dentistas deixam de contemplar orientações previstas pelo MS no que se refere às atribuições dos profissionais de saúde bucal no PSF.

Outro ponto importante diz respeito ao acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas. Prevista pela Portaria nº 267 do MS essa prática também não parece ser comum no PSF do Distrito Sanitário Norte.

Face ao exposto, pode-se dizer que as ações desenvolvidas pelas ESB no distrito não têm conseguido mudar de modo significativo as práticas tradicionais já estabelecidas e criar um outro modo de produzir saúde. É preciso que haja uma avaliação mais freqüente das ações realizadas, de modo que essas sejam adaptadas às reais necessidades da comunidade. Igualmente, é fundamental o acompanhamento dos dados, para que esses sirvam de base para o planejamento e redirecionamento das atividades a fim de que não se tenha apenas uma reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas, mas uma verdadeira substituição das práticas tradicionais exercidas e um novo jeito de se fazer saúde.

Para isso, é necessário que alguns aspectos identificados pelos dentistas como limitação ao seu trabalho sejam melhor observados. Nesse sentido, cabe citar a necessidade de um local de trabalho com estrutura física adequada às atividades a serem desenvolvidas, a disponibilidade de equipamento, instrumental e material adequados à realização de todas as ações previstas, a articulação da referência e contra-referência para que as necessidades de maior complexidade sejam atendidas, bem como, um maior número de especialistas, um melhor planejamento das atividades que leve em consideração as necessidades e expectativas da população adscrita, a capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe e a necessidade de sensibilização das famílias no que diz respeito à importância das ações de promoção e prevenção no contexto da saúde bucal.

No entanto, é preciso dizer que a inclusão das ações de saúde bucal no PSF do Distrito Sanitário Norte trouxe a incorporação de novos valores às práticas exercidas. Atribuições relacionadas à promoção da saúde

bucal estão dentre as atribuições profissionais mais executadas pelos dentistas, o que demonstra preocupação tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto no enfoque assistencial. Reafirma-se com isso, a construção de uma nova relação entre as atividades clínicas e as atividades de saúde coletiva onde os profissionais passam a atuar sob uma concepção mais ampla de assistência integral e contínua à população adscrita. É preciso acentuar também a realização de uma atividade de grande importância para o programa que é a visita domiciliar. Através das visitas torna-se possível o trabalho de educação e conscientização das famílias e o conhecimento da situação de saúde da comunidade identificando-se suas necessidades e expectativas.

Deve-se dizer ainda que a inclusão dos dentistas no PSF tem conseguido ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal suprindo melhor a grande carência da comunidade. Entretanto, o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e dos gestores do Distrito Sanitário Norte é de fundamental importância para uma real implementação do modelo de assistência à saúde proposto pelo PSF.

Fica claro que a atuação das ESB no PSF vem conseguindo imprimir um novo cenário no que diz respeito à saúde bucal da população do Distrito Sanitário Norte. Por isso, as ações do programa devem ser acompanhadas e avaliadas para que com o redirecionamento das práticas necessárias ele se adapte cada vez mais a realidade local produzindo mudanças significativas nos índices relacionados à saúde bucal da comunidade.

Por fim, convém ressaltar que os principais entraves para realização desse trabalho se referem à dificuldade de obtenção de material sobre o assunto. São poucos os documentos e publicações disponíveis, não havendo nenhum documento de avaliação do programa tanto a nível local quanto nacional. Por isso, recomenda-se novos estudos a fim de que esses constituam-se meios eficazes para uma melhor compreensão, avaliação e continuidade do programa.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz O. M.; BEZERRA, Roberto C. R.; BARRETO, Ivana Cristina de H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde dos municípios brasileiros. In: **Revista de Administração Pública**. v.39, n.2, p.327-349, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção Básica**. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº1444 de 28 de dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.psfbrasil.com.br/biblio/informes/it34.pdf>>. Acesso em: 07 dez.2005.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2006-2009** / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Natal, RN, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal** / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Natal, RN, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. Lei 3878, de 07 de dezembro de 1989.