

organizadores

Sônia Cristina Lima Chaves

Ana Maria Freire de Souza Lima

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Atenção à saúde *bucal*

formação, saberes e práticas

organizadores

Sônia Cristina Lima Chaves

Ana Maria Freire de Souza Lima

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Atenção à saúde *bucal*

formação, saberes e práticas

| São Paulo |

2021 |



Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2021 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2021 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - CC BY-NC (CC BY-NC-ND). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Airton Carlos Batistela

Universidade Católica do Paraná, Brasil

Alaim Souza Neto

Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Alexandre Antonio Timbane

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Alexandre Silva Santos Filho

Universidade Federal de Goiás, Brasil

Aline Daiane Nunes Mascarenhas

Universidade Estadual da Bahia, Brasil

Aline Pires de Moraes

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Carolina Machado Ferrari

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Andre Luiz Alvarenga de Souza

Emill Brunner World University, Estados Unidos

Andreza Regina Lopes da Silva

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes

Universidade Católica de Pernambuco, Brasil

Arthur Vianna Ferreira

Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Bárbara Amaral da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Beatriz Braga Bezerra

Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Bernadette Beber

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Breno de Oliveira Ferreira

Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Carla Wanessa Caffagni

Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins

Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cláudia Samuel Kessler

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Daniel Nascimento e Silva

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein

Universidade de São Paulo, Brasil

Danielle Aparecida Nascimento dos Santos

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Delton Aparecido Felipe

Universidade Estadual de Maringá, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho

Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Doris Roncareli

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Edson da Silva

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Emanuel Cesar Pires Assis

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Erika Viviane Costa Vieira
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Everly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fauston Negreiros
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Barcellos Razuck
Universidade de Brasília, Brasil

Francisca de Assiz Carvalho
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Gabriela da Cunha Barbosa Saldanha
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Gabrielle da Silva Forster
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Guilherme do Val Toledo Prado
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Vitoriano
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helen de Oliveira Faria
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Heloisa Candello
IBM e University of Brighton, Inglaterra

Heloisa Juncklaus Preis Moraes
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Ismael Montero Fernández,
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Jeronimo Becker Flores
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

José Luís Giovanoni Fornos Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Josué Antunes de Macêdo
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Júlia Carolina da Costa Santos
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliana Tiburcio Silveira-Fossaluzza
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Karlla Christine Araújo Souza
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leandro Fabricio Campelo
Universidade de São Paulo, Brasil

Leonardo Jose Leite da Rocha Vaz
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lidia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Luan Gomes dos Santos de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Luciano Carlos Mendes Freitas Filho
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Marceli Cherchiglia Aquino
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Marcia Raika Silva Lima
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Marcus Fernando da Silva Praxedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Margareth de Souza Freitas Thomopoulos
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Maria Angelica Penatti Pipitone
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Maria Cristina Giorgi
*Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria de Fátima Scaffo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Maria Isabel Imbrônio
Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luzia da Silva Santana
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Sandra Montenegro Silva Leão
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Miguel Rodrigues Netto
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Helena dos Santos Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Patricia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Patricia Mara de Carvalho Costa Leite
Universidade Federal de São João del-Rei, Brasil

Paulo Augusto Tamanini
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Priscilla Stuart da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Radamés Mesquita Rogério
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Ramofly Bicalho Dos Santos
Universidade de Campinas, Brasil

Ramon Taniguchi Piretti Brandao
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Rarielle Rodrigues Lima
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Renatto Cesar Marcondes
Universidade de São Paulo, Brasil

Ricardo Luiz de Bittencourt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rita Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Taiza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcisio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Universidade de Brasília, Brasil

Thiago Guerreiro Bastos
Universidade Estácio de Sá e Centro Universitário Carioca, Brasil

Thyana Farias Galvão
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Valdir Lamim Guedes Junior
Universidade de São Paulo, Brasil

Valeska Maria Fortes de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Walter de Carvalho Braga Júnior
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Wagner Corsino Enedino
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wanderson Souza Rabello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Washington Sales do Monte
Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Adilson Cristiano Habowski <i>Universidade La Salle - Canoas, Brasil</i>	Antônia de Jesus Alves dos Santos <i>Universidade Federal da Bahia, Brasil</i>
Adriana Flavia Neu <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>	Antonio Edson Alves da Silva <i>Universidade Estadual do Ceará, Brasil</i>
Aguimario Pimentel Silva <i>Instituto Federal de Alagoas, Brasil</i>	Ariane Maria Peronio Maria Fortes <i>Universidade de Passo Fundo, Brasil</i>
Alessandra Dale Giacomini Terra <i>Universidade Federal Fluminense, Brasil</i>	Ary Albuquerque Cavalcanti Junior <i>Universidade do Estado da Bahia, Brasil</i>
Alessandra Figueiró Thornton <i>Universidade Luterana do Brasil, Brasil</i>	Bianca Gabriely Ferreira Silva <i>Universidade Federal de Pernambuco, Brasil</i>
Alessandro Pinto Ribeiro <i>Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil</i>	Bianka de Abreu Severo <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>
Alexandre João Appio <i>Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil</i>	Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos <i>Universidade do Vale do Itajaí, Brasil</i>
Aline Corso <i>Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil</i>	Bruna Donato Reche <i>Universidade Estadual de Londrina, Brasil</i>
Aline Marques Marino <i>Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Brasil</i>	Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa <i>Universidade Federal da Paraíba, Brasil</i>
Aline Patricia Campos de Tolentino Lima <i>Centro Universitário Moura Lacerda, Brasil</i>	Camila Amaral Pereira <i>Universidade Estadual de Campinas, Brasil</i>
Ana Emídia Sousa Rocha <i>Universidade do Estado da Bahia, Brasil</i>	Carlos Eduardo Damian Leite <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>
Ana Iara Silva Deus <i>Universidade de Passo Fundo, Brasil</i>	Carlos Jordan Lapa Alves <i>Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil</i>
Ana Julia Bonzanini Bernardi <i>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil</i>	Carolina Fontana da Silva <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>
Ana Rosa Gonçalves De Paula Guimarães <i>Universidade Federal de Uberlândia, Brasil</i>	Carolina Fragoço Gonçalves <i>Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil</i>
André Gobbo <i>Universidade Federal da Paraíba, Brasil</i>	Cássio Michel dos Santos Camargo <i>Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil</i>
André Luis Cardoso Tropiano <i>Universidade Nova de Lisboa, Portugal</i>	Cecilia Machado Henriques <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>
André Ricardo Gan <i>Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil</i>	Cíntia Morales Camillo <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>
Andressa Antonio de Oliveira <i>Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil</i>	Claudia Dourado de Salces <i>Universidade Estadual de Campinas, Brasil</i>
Andressa Wiebusch <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>	Cleonice de Fátima Martins <i>Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil</i>
Angela Maria Farah <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>	Cristiane Silva Fontes <i>Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil</i>
Anísio Batista Pereira <i>Universidade Federal de Uberlândia, Brasil</i>	Cristiano das Neves Vilela <i>Universidade Federal de Sergipe, Brasil</i>
Anne Karynne da Silva Barbosa <i>Universidade Federal do Maranhão, Brasil</i>	Daniele Cristine Rodrigues <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>

Daniella de Jesus Lima
Universidade Tiradentes, Brasil

Dayara Rosa Silva Vieira
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Rodrigues dos Santos
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Deborah Susane Sampaio Sousa Lima
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Diogo Luiz Lima Augusto
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Ederson Silveira
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Elaine Santana de Souza
*Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro, Brasil*

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Elias Theodoro Mateus
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabete de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elizânia Sousa do Nascimento
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Emanuella Silveira Vasconcelos
Universidade Estadual de Roraima, Brasil

Érika Catarina de Melo Alves
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Everton Boff
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Fabiana Aparecida Vilaça
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Fabiano Antonio Melo
Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Fabricia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Fabício Nascimento da Cruz
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fabício Tonetto Londero
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Francisco Isaac Dantas de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Francisco Jeimes de Oliveira Paiva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Gean Breda Queiros
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Germano Ehleret Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Glaucio Martins da Silva Bandeira
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Handerson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Heliton Diego Lau
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Jeanne Carla Oliveira de Melo
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

João Eudes Portela de Sousa
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil

João Henriques de Sousa Junior
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Juliana da Silva Paiva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Lais Braga Costa
Universidade de Cruz Alta, Brasil

Leia Mayer Eyng
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Marcos dos Reis Batista
Universidade Federal do Pará, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar Rivelli de Oliveira
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Maurício José de Souza Neto
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Miriam Leite Farias
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Natália de Borba Pugens
Universidade La Salle, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raick de Jesus Souza
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Railson Pereira Souza
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Valdemar Valente Júnior
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Wallace da Silva Mello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Wellton da Silva de Fátima
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Wilder Kleber Fernandes de Santana
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

Direção editorial	Patricia Biegging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Biegging
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente editorial	Caroline dos Reis Soares
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Laura Linck
Editoração eletrônica	Lucas Andrius de Oliveira Peter Valmorbida
Imagens da capa	Moviafilmes, Moviafilmes - Freepik.com
Revisão	Sônia Cristina Lima Chaves Ana Maria Freire De Souza Lima Rodolfo Macedo Cruz Pimenta
Organizadores	Sônia Cristina Lima Chaves Ana Maria Freire De Souza Lima Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A864 Atenção à Saúde Bucal: formação, saberes e práticas. Sônia Cristina Lima Chaves, Ana Maria Freire de Souza Lima, Rodolfo Macedo Cruz Pimenta - organizadores. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. 365p..

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-5939-282-7 (eBook)

1. Saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde bucal. 4. Educação a distância. 5. Odontologia. 6. Cirurgia odontológica. 7. SUS. I. Chaves, Sônia Cristina Lima. II. Lima, Ana Maria Freire de Souza. III. Pimenta, Rodolfo Macedo Cruz. IV. Título.

CDU: 610
CDD: 610

DOI: 10.31560/pimentacultural/2021.827

APRESENTAÇÃO

“Educação não transforma o mundo.
educação muda as pessoas.
pessoas mudam o mundo”.

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda”.

Paulo Freire

Este livro é produto de trabalho de muitos corações e mentes em torno da formação *ead* (*educação à distância*) em Saúde Coletiva para 120 cirurgiões-dentistas na Bahia entre 2017 e 2018. Foi resultado do curso promovido pela Faculdade de Odontologia e a Superintendência de Educação à Distância da Universidade Federal da Bahia com financiamento da CAPES, através da Universidade Aberta do Brasil. Foram 18 meses, entre seis encontros presenciais e muitas horas de trocas e aprendizados mútuos assíncronos na plataforma Moodle sobre como produzir e ofertar melhor saúde bucal nos serviços públicos de odontologia na Bahia. Organizar esse livro se constituiu em mais uma rica oportunidade de refletir sobre a experiência vivida.

O aprendizado foi realmente mútuo. De um lado, professores, tutores e orientadores e do outro estudantes-profissionais, todos ainda aprendendo a lidar com as novas tecnologias online e virtuais, que tanto tomaram e invadiram nossas vidas neste período da pandemia. Dizer também que, ainda que escassa, a produção sobre as reflexões em torno da formação *ead* e da educação permanente em Saúde Coletiva revelam que essa incorporação de tecnologias de informação em saúde é um caminho sem volta. Elas permitem maior democratização do saber na medida em que se alcança um público muito maior em grandes territórios, o que nós sentimos na prática neste curso. Contudo, também percebemos que os encontros presenciais foram muito importantes e deram maior vivacidade, densidade e amorosidade

neste quarteto alunos-tutores-professores-coordenação. Foram cinco turmas com cirurgiões-dentistas atuantes nos municípios próximos a Salvador, Mata de São João, Itabuna e São Francisco do Conde.

Sim, ressaltamos a amorosidade, porque se aprende também a partir dos afetos, da dimensão emocional, além da cognitiva e psicomotora. Como nos bem disse Paulo Freire “não se pode falar em educação sem amor”. A proposta pedagógica do curso buscou o desenvolvimento de competências, atitudes, habilidades e conhecimentos em Saúde Coletiva com ênfase na Saúde da Família, sempre valorizando metodologias ativas, abordagens mais dialógicas e aplicações práticas. As experiências de vida, nos serviços e territórios foi substrato e fio condutor das discussões e atividades no âmbito das três subáreas da Saúde Coletiva - Política, Planejamento, Gestão e Avaliação, Epidemiologia e Ciências Sociais em Saúde.

A realidade da saúde bucal da população baiana e do Nordeste no último inquérito epidemiológico nacional 2010, mesmo com alguma melhora entre escolares, ainda apresenta de modo geral um quadro de grande perda dental na população adulta-jovem, adulta e idosa. E lembrar os jovens adolescentes é também muito importante. Soma-se nesse cenário a fraca tradição de burocracia estatal na odontologia pública na Bahia, com predomínio da prática da Odontologia de mercado. Avanços na formação da força de trabalho do SUS e melhor gestão dos serviços públicos odontológicos são necessários para enfrentar essa realidade, e o nosso curso foi esse lugar. Cabe destacar que a Bahia, possui atualmente mais de três mil equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família em funcionamento, e parte significativa delas sem formação para atuarem na esfera pública, nem mesmo com o curso introdutório em Saúde da Família. Análises sobre a avaliação da saúde bucal na AB (PMAQ-AB), apontaram que é necessário investir na formação desses profissionais, ou seja, na educação permanente em saúde, tanto da gestão pública como da

assistência para melhoria do modelo de atenção realmente focado nas necessidades de saúde bucal da população, e com vistas à ampliação da capacidade de governo da gestão pública nessa área específica.

Sabemos dos enormes desafios históricos e contemporâneos que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde no SUS, o sub-financiamento crônico, os vínculos precários e a rotatividade das equipes e gestores. Contudo, sabemos também da importância da formação à distância no sentido da ampliação dessa perspectiva crítico-reflexiva. Não foi possível mensurar o quanto essa experiência impactou de fato a prática dos cirurgiões-dentistas no SUS e em que medida permitiu uma valorização de trajetórias profissionais permanentes no SUS, sobretudo àqueles sem dupla militância no setor privado. É uma relevante lacuna para investigações futuras! Os relatos dos estudantes durante e ao final do curso e as produções que culminaram nos Trabalhos de Conclusão de Curso demonstram o potencial desses espaços formativos e de reflexões críticas para a transformação das práticas e benefícios à população. Todos os 113 concluintes foram convidados e incentivados a escreverem artigos e capítulos para publicação das práticas desenvolvidas e do conhecimento produzido com apoio dos professores orientadores. Ao final do percurso, este livro reúne uma pequena amostra de 14 trabalhos que se destacaram nas mais diversas temáticas da Saúde Coletiva e sua interface com a saúde bucal, mas que já revelam a riqueza dos trabalhos desenvolvidos. O leitor vai poder conhecer novas contribuições sobre os sistemas de informação, acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços, educação em saúde, territorialização e papel dos agentes comunitários de saúde, avaliação em saúde, levantamentos epidemiológicos, enfrentamento do câncer de boca, pré-natal odontológico, assistência ortodôntica no SUS e atenção à pessoa com fissura labiopalatina, bem como o uso das estratégias do planejamento local em saúde e do planejamento de oficinas pedagógicas na qualificação dessa prática que é ao mesmo tempo técnica e política. Cada

capítulo é de uma riqueza imensa! Cada capítulo pode ser um guia para os cirurgiões-dentistas e pessoal auxiliar pensar o mesmo objeto no seu território de prática. As fotos abaixo revelam esses momentos de aprendizado nos encontros presenciais que sempre se baseavam na estratégia das oficinas pedagógicas com aquecimento inicial, foco no tema e avaliação, articulando o vivido no Moodle, as experiências profissionais dos educandos e a teoria sobre a prática. Cada encontro presencial tinha sua discussão coletiva e era preciso mantê-lo muito próximo e reproduzível nos vários locais onde ele ocorria. E assim seguimos juntos, aprendendo mutuamente porque nada ensinamos, apenas aprendemos uns com os outros mediatizados pelo mundo.

Foto 1 - Oficina pedagógica sobre as políticas de saúde bucal no Brasil no momento da consolidação e foco sobre o tema, após a elaboração dos cartazes pelos grupos.



Foto 2 - Encontros na hora do lanche com a turma de alunos. Esse momento presencial consolidava os saberes e intensificava as trocas entre os educandos.



Foto 3 - Para quem gosta de ensinar. Da Esquerda para a Direita, David Silva, Juliana Simoura, Janinne Baultar, Sonia Chaves, Ana Maria Freire, Julie. Krushevsky, Ive Almeida, Marcel L. Arriaga e Daniele Cardoso. Momento presencial de finalização do curso com a celebração do processo construído.



Fotos 4 e 5 - Oficina Pedagógica sobre as intervenções coletivas em saúde bucal coletiva. Prof. Hugo Rossetti, da Argentina entre nós.



Convidamos a todas e todos para ler e viver essa experiência de formação em Saúde Coletiva com foco na prática cotidiana desses profissionais de saúde pela capital e interior dessa Bahia imensa. Viva o SUS do Brasil! Viva todos os dentistas do SUS!

Boa leitura!

Os Organizadores

**SÔNIA CRISTINA LIMA CHAVES
ANA MARIA FREIRE DE SOUZA LIMA
RODOLFO MACEDO CRUZ PIMENTA**

SUMÁRIO

Prefácio 19

Capítulo 1

O processo de implantação e utilização do sistema e-SUS AB pelas equipes de saúde bucal de um município baiano: relato de experiência 22

*Ana Paula Portugal Chagas Valente
Sandra Garrido de Barros*

Capítulo 2

Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos de saúde bucal 49

*Mayanna Myrenna Trindade da Silva
Sandra Garrido de Barros*

Capítulo 3

O papel da Educação em Saúde na organização dos serviços de saúde bucal 77

*Sabrina Alves de Oliveira
Tatiana Frederico de Almeida*

Capítulo 4

Autopercepção da saúde bucal em adultos: panorama sobre a realidade do nordeste brasileiro 97

*Sarah dos Santos Conceição
Marília de Matos Amorim
Tatiana Frederico de Almeida*

Capítulo 5

Estudos de avaliação da percepção e satisfação do usuário do SUS: um olhar sobre os métodos e possíveis vieses 119

Eneli Rios Beserra

Ana Maria Freire de Souza Lima

Capítulo 6

O diagnóstico precoce e a atenção à pessoa com câncer de boca: revisão da literatura e proposta de modelização do fluxo do usuário no SUS 140

Indira Rodrigues de Souza Ferrari Oliveira

Ana Maria Freire de Souza Lima

Capítulo 7

Inclusão da saúde bucal no pré-natal de gestantes assistidas pela unidade de saúde da família do calabar, Salvador (BA): relato de experiência 161

Anna Beatriz Santos Ribeiro Silva

Maria Beatriz Barreto de Sousa Cabral

Capítulo 8

Atenção odontológica pré-natal na USF vale do matatu, Salvador, BA: projeto de intervenção 175

Tharita Vieira Costa Cattai

Maria Beatriz Barreto De Sousa Cabral

Capítulo 9

Pré-natal odontológico em uma unidade de saúde da família em Salvador, Bahia..... 195

Aline Melo Novais

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Capítulo 10

**Assistência ortodôntica na rede pública do SUS:
uma avaliação temporal da produção
ambulatorial brasileira..... 223**

Juliana Andrade de Lacerda

Líliã Paula de Souza Santos

Capítulo 11

**Atenção à pessoa com fissura labiopalatina:
a rede SUS e a realidade do município
de Vitória da conquista, Bahia 245**

Caio Sousa Ferraz

Ana Maria Freire de Souza Lima

Capítulo 12

**A territorialização como ferramenta
para o planejamento das ações
em saúde bucal na estratégia de saúde da família..... 267**

Fernanda Amorim Helfenstein

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Capítulo 13

**Aumentando a adesão ao pré-natal odontológico
na USF saramandaia em Salvador, Bahia:
projeto de intervenção e relato de experiência..... 291**

Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho

Sônia Cristina Lima Chaves

Capítulo 14

**Qualificação em saúde bucal com agentes
comunitários de saúde da unidade de saúde
da família arraial bairro i, porto seguro, BA:**

um projeto de intervenção 323

Matheus Ribeiro Dos Santos

Patrícia Suguri Cristino

Sobre os organizadores 357

Sobre os autores e autoras 358

Índice Remissivo 363

PREFÁCIO

A produção do cuidado em Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) exige dos seus profissionais, além das habilidades técnicas o desenvolvimento de outras importantes competências como a escuta qualificada, o acolhimento, humanização da atenção e a criação de vínculos para fomentar o desenvolvimento da autonomia no cuidado à saúde e resgate da cidadania. Espera-se um processo de trabalho fundamentado na integralidade e no trabalho em equipe, com responsabilização pela construção cotidiana e coletiva de uma prática resolutiva, que responda às necessidades das pessoas.

A publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, pelo governo federal, em 2004 foi um importante marco, com diversos esforços nas diferentes esferas (nacional, estadual e municipal) para ampliar e qualificar a Atenção Básica e Especializada na saúde bucal. Na medida em que as ações e serviços de Saúde Bucal foram sendo implantados e implementados nos municípios brasileiros, o SUS absorveu mais profissionais da odontologia, e por sua vez, as universidades assumiram seu papel estratégico de indutora de uma formação crítica, técnico-política na direção da integração ensino-serviço-comunidade nos mais diversos territórios.

Neste contexto, é que foi criada e pensada a Especialização em Saúde Coletiva, na área de concentração em Saúde da Família, da Faculdade de Odontologia da UFBA (FOUFBA), voltada para cirurgiões-dentistas. Uma estratégia que promoveu reflexões e ações na prática de todos os envolvidos neste processo: profissionais-estudantes, professores e tutores. A modalidade de educação à distância (EAD) possibilitou a troca de experiências entre diversos atores e o alcance da formação de profissionais dos serviços e da gestão do SUS em diferentes municípios baianos. A expectativa e a energia que

nos movia e nos move é a melhora da saúde da população, do acesso aos serviços de saúde bucal, do acolhimento e humanização, e nossa contribuição foi através desse importante espaço de formação.

Nesse momento difícil que estamos passando devido à pandemia do novo coronavírus, sorrimos com os olhos, ainda de máscaras, ao lembrar como é bela uma risada estampada, espontânea e genuína. A arte de fazer sorrir e melhorar a vida das pessoas faz bater o coração de todos que participaram do curso! Podemos dizer que a missão foi cumprida, pois o fruto reverbera hoje na publicação deste livro, que traz o aprendizado adquirido, indo além da técnica, do “mocho” e do consultório odontológico.

Na época, não imaginávamos como o mundo estaria hoje, nossos encontros eram em sua maior parte à distância, mas não havia distanciamento social, ao contrário, a proximidade foi tanta que formamos laços de cumplicidade. Foram muitas horas de intensas trocas virtuais e presenciais para que o aprendizado fosse completo e pudesse ativar a transformação da realidade de cada um. Perceber a importância das políticas públicas de saúde na nossa área foi o primeiro passo, depois dele ficou difícil não se inquietar ao confrontar o *real* com o *ideal*. Para alguns, utopia, para nós a certeza de que quem semeia, colhe, e nesse caso a semente é o conhecimento e a sua aplicação.

Sem mais delongas, para você que não esteve conosco, ao ler esse livro imagine o brilho no olhar daqueles que reconhecem a importância da saúde bucal coletiva para a saúde da população e para a qualidade de vida de todos nós. Se você é nosso colega, reforçamos o convite a mergulhar e se inspirar em potentes experiências e reflexões!

Um abraço afetuoso e boa leitura,
Julho de 2021.

SUMÁRIO

Os Tutores

Daniele Oliveira Cardoso Lima

David Inácio de Castro e Silva

Ive Almeida da Silva Ferreira

Jannine Baultar Costa

Juliana Araújo da Silva Simoura

Julie Eloy Kruschewsky

SUMÁRIO



1

Ana Paula Portugal Chagas Valente
Sandra Garrido de Barros

**O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO
E UTILIZAÇÃO DO SISTEMA
E-SUS AB PELAS EQUIPES
DE SAÚDE BUCAL DE UM
MUNICÍPIO BAIANO:
relato de experiência**

APRESENTAÇÃO

O presente capítulo relata a experiência do processo de implantação e utilização do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) pelas Equipes de Saúde Bucal de um município baiano. A vivência da primeira autora foi cotejada com dados de produção ambulatorial acessados no DATASUS e a literatura disponível nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e Google Acadêmico. Um importante ponto de fragilidade do processo de implantação do sistema e-SUS AB no município foi a falta de capacitação das equipes da Atenção Básica para a utilização do sistema, o que pode ter influenciado de forma significativa as oscilações na produção ambulatorial de saúde bucal durante o período inicial de implantação do sistema. O processo de implantação e utilização do e-SUS AB, inserido em um contexto de contínuo processo de evolução dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, demanda que sejam pensadas estratégias e políticas para o incentivo e a promoção de ações de capacitação com o envolvimento de todos os profissionais de saúde, dada a relevância desses sistemas de informações para subsidiar o planejamento de ações e a tomada de decisões pelas equipes de saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

No cenário mundial tem-se observado um relevante crescimento na valorização, oferta e acesso às novas Tecnologias de Informação, propiciando uma alta velocidade na qual as informações são trocadas. Esse cenário contribuiu para que as mudanças no uso da informação na gestão do cuidado em saúde assim como a necessidade de melhoria dos sistemas de informação e da sua qualidade fossem pontos considerados importantes para repensar uma nova estruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) vigentes no Brasil (BRASIL, 2013; 2014a).

A informação científica promove transformações na sociedade contemporânea a nível global e as novas tecnologias, representadas principalmente pela internet, são importantes fatores que ampliam e agilizam o acesso e, conseqüentemente, o uso da informação, provocando mudanças no fluxo da comunicação científica (CASTRO, 2006; TARGINO, 2007). O acesso amplo às novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) é viabilizado através do processo de globalização (TARGINO, 2007).

Pensar o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da era da informação no mundo globalizado requer observar que a informação é essencial no processo de cuidado em saúde, no gerenciamento e avaliação das ações e serviços de saúde (MARIN, 2010). As atribuições dos profissionais em seu processo de trabalho em saúde estão envolvidas com a busca e o uso da informação, e quanto maior sua qualidade mais qualificada será a tomada de decisão (MARIN, 2010).

Sistema de Informação é um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, manipulam, armazenam e disseminam os dados e as informações para atender a um objetivo (STAIR; REYNOLDS, 2016). Desse modo, um sistema de informação melhora a comunicação e tem relevante aplicação na saúde, como meio para criar, coletar, armazenar e transmitir informações, auxiliando na organização dos serviços e planejamento das ações de saúde (STAIR; REYNOLDS, 2002; LIMA *et al.*, 2009; MARIN, 2010). Um SIS é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde” (THOMAZ *et al.*, 2014, p.6).

Os SIS, portanto, reúnem dados, informações e conhecimentos na área de saúde que auxiliam os profissionais de saúde em seus planejamentos, análises, controle, coordenação e tomadas de decisão exigidos pela sua prática cotidiana (MARIN, 2010; SANTOS, 2017). Os SIS têm como principais objetivos apoiar e disseminar informações e

conhecimentos que sustentem a gestão dos serviços de saúde em todos os níveis de forma eficaz, além de facilitar a comunicação, interligar as informações e coordenar as ações das equipes multiprofissionais para um atendimento integral, contribuindo para um serviço em saúde mais eficiente e qualificado (SANTOS, 2017; MARIN, 2010; WHO, 2004). Nesse sentido, a produção de informações de qualidade em saúde nos SIS é de extrema relevância para a realização de análises da situação de saúde da população, formulação de políticas públicas e planejamento de ações de saúde (LIMA *et al.*, 2009; BRASIL, 2018a).

Em vários países, a organização dos sistemas de saúde na atualidade tem como base a informação e a adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que tem buscado reunir e armazenar os dados de saúde dos usuários dos serviços para acesso compartilhado de todos os profissionais da equipe de saúde, sendo a integração das informações um princípio fundamental da construção do PEP (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

Acompanhando o movimento mundial de valorização da informação na área da saúde, os SIS de abrangência nacional no Brasil começaram a ser criados nas décadas de 1970 e 1980. Tiveram como fatores impulsionadores, dois momentos históricos: a promulgação da Lei Federal nº 6.015, em 1973, que regulamentou o registro civil no país e atribuiu ao IBGE a responsabilidade pelas suas estatísticas, o que contribuiu para a produção de inúmeras informações em saúde por esse órgão; e a primeira Reunião Nacional sobre SIS no ano de 1975 (BRASIL, 2009; MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009).

O primeiro SIS brasileiro foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), implementado em 1975 pelo Ministério da Saúde. Desde a implantação do SIM, vários SIS foram criados no Brasil, mas organizados de forma não integrada, resultando em dificuldades de comunicação dos bancos de dados de variados níveis e das informações produzidas (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009; SOU-

ZA; DOMINGUES, 2009). Outro aspecto destacado é a dificuldade para a realização de análises da situação de saúde, pois, apesar da grande quantidade de dados gerada, problemas de cobertura e qualidade tornavam os elementos disponíveis insuficientes para gerar conhecimento capaz de estruturar as tomadas de decisões necessárias nos serviços de saúde (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009; SOUZA; DOMINGUES, 2009).

Um Sistema de Informação que estabeleça uma comunicação eficiente dos dados produzidos, com agilidade e integração das informações em todos os níveis do sistema é um desafio para o Brasil. Desse modo, é fundamental a criação de fluxos com diferentes fontes ou sistemas que permitam o fortalecimento do SUS a nível local, compatível, portanto, com o seu princípio descentralizador (SOUZA; TOSETTO, 2005). A descentralização da produção das informações possibilita maior uso das informações para a definição de prioridades locais e o melhor aperfeiçoamento dos sistemas a nível local (ALMEIDA, 1998).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) (BRASIL, 2018b). Ele foi criado em parceria com o Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e surgiu como resposta à necessidade de um sistema de informação que contemplasse a organização da Atenção Primária à Saúde caracterizada como uma rede hierarquizada e descentralizada, principalmente no monitoramento das ações das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada em 1994 (CARRENO *et al.*, 2015; BRASIL, 2018b).

O SIAB, portanto, foi desenvolvido com o objetivo de ser instrumento operacional e gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, de modo que associava, armazenava e processava as informações da Atenção Básica (AB), contribuindo para o diagnóstico e acompanhamento da situação de saúde em áreas geográficas definidas (BRASIL,

2018b; CARRENO *et al.*, 2015). Desse modo, incorporou em sua formulação o importante conceito de território (BRASIL, 2018b).

O SIAB facilitou a coleta de dados epidemiológicos e sanitários da população e possibilitou avanços para o campo da informação em saúde no Brasil (CARRENO *et al.*, 2015). Alguns desses avanços, relacionaram-se com a identificação de problemas de saúde e avaliação de intervenções a nível territorial; utilização mais ágil da informação em relação aos sistemas anteriores; e produção de importantes indicadores para planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2018b). Apesar das potencialidades do SIAB, alguns aspectos limitantes das fichas, relatórios e de seu preenchimento, assim como as dificuldades enfrentadas em relação à sua operacionalização, fizeram surgir a demanda de um novo SIS, mais articulado com os sistemas dos outros níveis de atenção, rápido e que permitisse a inserção de informações individualizadas dos usuários (CARRENO *et al.*, 2015; GOMES, 2015).

Nesse contexto da busca por um SIS que possibilitasse a adequada integração das informações entre diversos pontos da rede assistencial e permitisse a interoperabilidade entre os diferentes sistemas no SUS, o Ministério da Saúde criou a estratégia e-SUS com a finalidade de desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, por meio do registro da situação de saúde do usuário do SUS individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2014b; 2021a; GAETE; LEITE; 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), teve sua origem, portanto, no projeto de renovação do Sistema de Informação da Atenção Básica, após quinze anos da sua criação, visando atender de forma mais abrangente e eficaz às necessidades de saúde da população no cotidiano das práticas vivenciadas pelos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2014a; GAETE, LEITE, 2016).

O e-SUS AB consiste em um “*software*” utilizado como estratégia de operacionalização do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que surgiu como um novo sistema de informação, em substituição ao SIAB e foi implementado através da Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013; 2014a). Segundo a Nota Técnica nº 08/2014 do CONASS, o e-SUS subdivide-se em dois sistemas que podem ser caracterizados da seguinte forma:

- e-SUS AB CDS - *Software* para Coleta de Dados Simplificada: permitiria o registro integrado e simplificado através de fichas de cadastro do domicílio e dos usuários, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar, informações estas que vão compor o SISAB (CONASS, 2014, p. 3-4).
- e-SUS AB PEC - *Software* com Prontuário Eletrônico do Cidadão: permitiria a gestão do cadastro dos indivíduos no território, organização da agenda dos profissionais da AB, realização do acolhimento à demanda espontânea, atendimento individual e registro de atividades coletivas (CONASS, 2014, p. 3-4).

O contexto de informatização dos municípios é um importante fator norteador e limitante da escolha do software (BRASIL, 2013). O e-SUS AB CDS foi criado com a finalidade de auxiliar os municípios com Unidades Básicas de Saúde (UBS) não informatizadas na transição do SIAB para o SISAB, até que atingissem a infraestrutura necessária para implantarem o prontuário eletrônico, pois não é necessário que as UBS estejam informatizadas ou que tenham conexão à internet (BRASIL, 2015; GAETE, LEITE, 2016). Esse sistema, integrado e simplificado, consiste na utilização de treze fichas vigentes de registro que orientam o processo de digitação, sendo elas: ficha de cadastro individual, de cadastro domiciliar, de atendimento individual, de atendimento odontológico individual, de atividade coletiva, de procedimentos, de vacinação, de visita domiciliar, de marcadores de consumo alimentar, de síndrome neurológica por zika/microcefalia (ficha complementar), vacinação covid-19, de avaliação, de elegibilidade e de atenção domiciliar (BRASIL, 2021b).

O sistema e-SUS AB PEC, visa atender aos municípios cujas UBS são informatizadas ou possuem algum grau de conectividade, mesmo sem acesso à internet. Além disso, é importante que os profissionais estejam capacitados para utilizarem corretamente o sistema e suas funcionalidades, possibilitando melhor aproveitamento das potencialidades desse novo sistema, tais como, a redução da carga de trabalho na coleta de dados e inserção da mesma nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde da ESF (BRASIL, 2021a; GAETE; LEITE, 2016).

Diante da importância dos sistemas de informação para o planejamento de ações pelas equipes de saúde, principalmente na elaboração de estratégias de aperfeiçoamento e ampliação da aplicabilidade da informação, é fundamental a capacitação dos profissionais para utilizá-lo e a avaliação constante desses sistemas para que reflitam efetivamente as condições de saúde da população. Consciente ainda da relevância do e-SUS AB no processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal e na estruturação de um atendimento odontológico mais resolutivo e sensível às necessidades da população e dos profissionais dessas equipes, o presente relato de caso, visa fomentar reflexões que contribuam com o fortalecimento e aprimoramento do sistema e-SUS. Assim, o presente capítulo relata a experiência do processo de implantação e utilização do e-SUS AB pelas Equipes de Saúde Bucal em um município da Bahia, bem como descreve percepções, dificuldades e facilidades acerca do sistema e-SUS e do seu processo de implantação, identificando estratégias de superação das dificuldades encontradas.

METODOLOGIA

O relato de experiência, a partir da vivência da primeira autora, foi cotejado com os dados de produção ambulatorial disponíveis para subsidiar a avaliação e impactos da implantação do e-SUS so-

bre a produção ambulatorial no âmbito da saúde bucal na Atenção Básica (AB). Os dados referentes às informações em Saúde Bucal na AB foram acessados no endereço eletrônico do DATASUS (<http://tabnet.datasus.saude.gov.br/>).

Os indicadores de saúde bucal do município foram obtidos no “Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 – Edição 2015”, através de consulta ao programa TABNET do DATASUS. No programa TABNET, foram consultados os registros de assistência à saúde referentes à produção ambulatorial SIA/SUS por local de atendimento no período de janeiro de 2015 a junho de 2018.

Os códigos dos procedimentos coletados foram Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica (exceto médico) (0301010030); Primeira Consulta Odontológica Programática (0301010153); Atendimento de Urgência em Atenção Básica (0301060037); Exodontia de Dente Permanente (0414020138); Raspagem (por sextante) (0307030016/ 0307030024/ 0307030059); Capping Pulpar (0307010015); Restauração de Dente Decíduo (0307010023); Restauração de Dente Permanente (0307010031/ 0307010040); e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (0101020031). Foi utilizado o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) do Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família (CBO 223293).

Em relação às informações financeiras sobre os repasses municipais em saúde da Atenção Básica no município, essas foram obtidas no site do Fundo Nacional de Saúde (<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>). Foram elaboradas tabelas e gráficos para possibilitar a avaliação do período de implantação do e-SUS no município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município em questão está situado na região metropolitana de Salvador e possuía população estimada menor que 50.000 habitantes no ano de 2018 (IBGE, 2018). A rede assistencial local era constituída por serviços de Atenção Básica e de média e alta complexidade. A Atenção Básica do município, em 2016 era composta por 14 equipes de saúde da família, todas com equipes de saúde bucal (ESB) modalidade I. Os profissionais das ESB ingressaram no serviço através de concurso público. O município possuía ainda um Hospital Municipal e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo I (DATASUS, 2018).

Segundo dados do “Indicadores de Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015, Bahia”, a cobertura de equipes de Saúde Bucal no município foi de 100%; a média de escovação dental supervisionada foi de 0,16 e a % de exodontias em relação aos procedimentos odontológicos realizados foi de 10,16%.

No ano de 2016, os recursos do tesouro municipal representaram R\$ 186.284.357,00 (cento e oitenta e seis milhões, duzentos e oitenta e quatro mil, trezentos e cinquenta e sete reais). Desse valor, R\$ 13.256.414,08 (treze milhões duzentos e cinquenta e seis mil, quatrocentos e quatorze reais e oito centavos) foram gastos com a saúde, ou seja, o equivalente a aproximadamente 7,12% da receita do município. Esse valor está bem abaixo do valor mínimo preconizado de 15% que os municípios são obrigados a aplicar na saúde de acordo com a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 (que regula a Emenda Constitucional 29/ 2000). De acordo com dados do SIOPS, do total de R\$ 452.185,00 (quatrocentos e cinquenta e dois mil, cento e oitenta e cinco reais) gastos com Saúde Bucal no município baiano em 2016, 73,7% foram destinados à Saúde Bucal na Atenção Básica, enquanto que 26,3%, às despesas na atenção odontológica especializada.

O processo de implantação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) nas unidades da ESF do município baiano foi iniciado em maio de 2016, por meio do recebimento do ofício de comunicação interna nº 049/2016 de 18 de maio de 2016, encaminhado para cada unidade de saúde da família (USF) pela Coordenação de Atenção Básica do município. Junto ao ofício informando a adesão do município ao novo sistema, foram encaminhadas também as fichas CDS para serem preenchidas manualmente (Marcadores de Consumo Alimentar; Ficha de Atendimento Odontológico; Ficha de Atendimento Individual; Ficha de Atividade Coletiva; e Ficha de Procedimentos) e um manual do sistema impresso. Salientou-se ainda, que as fichas fossem enviadas para o centro de processamento de dados (CPD) da secretaria de saúde semanalmente. Assim, este ofício foi o único meio de apresentação do sistema e-SUS aos cirurgiões-dentistas (CD) do município. Os CD sugeriram a realização de uma reunião para maiores esclarecimentos, mas o coordenador de Saúde Bucal do município considerou que o manual enviado à USF era autoexplicativo e dispensava a necessidade da reunião, colocando-se à disposição para esclarecimentos individuais quando solicitado.

Esse processo teve início, portanto, próximo do encerramento do prazo (10 de dezembro de 2016), prorrogado pela Resolução N° 7 de 24 de novembro de 2016, para que todas as informações relativas às ações da Atenção Básica passassem a ser registradas e enviadas ao SISAB por meio dos prontuários eletrônicos do paciente (BRASIL, 2016).

Vale ainda ressaltar que por meio das Portarias nº 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010 e nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, respectivamente, foi estabelecida a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos bancos de dados nacionais do Ministério da Saúde; e instituído o SISAB para o envio de dados da produção da Atenção Básica, operacionalizado pelos “softwares” e-SUS AB CDS e PEC (BRASIL, 2010; 2013). Considerando ainda a Portaria nº 3.462/GM/MS, a ausência de envio de informações ao SISAB por meio de

SUMÁRIO

prontuários eletrônicos ou de justificativa, por três competências consecutivas, implicaria em suspensão de recursos da AB (BRASIL, 2010).

De acordo com Alves e colaboradores (2017, p. 2), “a transição de um modelo de sistematização da informação implica na necessidade de incorporação de novas práticas profissionais, baseadas na capacitação desses para um novo fluxo de informação” que se adeque à nova metodologia de coleta de dados. O fato de iniciar a implantação próximo ao prazo limite de envio obrigatório dos dados para o SISAB foi um fator dificultador no processo de implantação do e-SUS no município, pois conseqüentemente possibilitaria um menor tempo para que as equipes pudessem adequar seus processos de trabalho ao novo sistema.

Um ponto importante desse processo consistiu na adequação dos profissionais e usuários do SUS à utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS) que representa a chave para identificação dos registros. A consolidação do Cartão Nacional de Saúde, implementado pela portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, é oportunizada pela estratégia e-SUS AB, que possibilita a vinculação simultânea entre o usuário, profissional que lhe prestou o cuidado e local de atendimento no âmbito do SUS (BRASIL, 2011; ALVES *et al.*, 2017).

A partir do ano de 2020, após quatro anos da implementação do e-SUS AB no município, a versão do sistema também possibilitou a identificação do registro dos atendimentos através do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Portanto, o CNS e o CPF passam a ser fundamentais para o registro dos dados no e-SUS, de modo que se um cidadão não possuir ou não estiver portando o seu CNS ou CPF, não se constitui em impedimento para a realização do atendimento em qualquer estabelecimento de saúde, mas o registro do atendimento vira um dado individualizado não identificado (BRASIL, 2011; 2021a).

Segundo Oliveira *et al.* (2016) ao relatarem sua experiência com a implantação do e-SUS no município de João Pessoa-PB, que, como o

SUMÁRIO

município em questão, adotou o sistema de Coleta de Dados Simplificada no início da implantação, o planejamento e realização de capacitação e sensibilização de todos os profissionais da AB no mês anterior ao de início da utilização do sistema e-SUS, que ocorreu em maio de 2014 naquele município, foi extremamente importante. Nas capacitações, houve exposição detalhada das fichas que seriam utilizadas pelos profissionais e oportunidade de esclarecimento de dúvidas, e desse modo, diferiu muito, do processo de implantação aqui apresentado.

A experiência de implementação do e-SUS, iniciada em outubro de 2014, em uma estratégia de Saúde da Família no município de Queimadas (PB), também diferiu do que aconteceu na experiência aqui apresentada, pois houve um encontro inicial de apresentação do novo sistema pela gestão, e posteriormente, foram realizadas seis rodas de conversas com os profissionais da USF (MEDEIROS *et al.*, 2017). Segundo relato dos autores, o encontro de apresentação do sistema representou um treinamento superficial dos profissionais para operacionalização do sistema e-SUS, de modo que não foi dado um passo a passo para o preenchimento das fichas CDS e não houve espaço e nem tempo para esclarecimento de dúvidas. Por se tratar de fichas novas, seria necessário um treinamento com maior aprofundamento para utilização das fichas (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Um aspecto semelhante foi trazido por Oliveira *et al.* (2016), no que se refere à estratégia utilizada para que as fichas com erros ou pendências pudessem ser resolvidas e inseridas no sistema. No município baiano, as pendências também começaram a ser sinalizadas em um dado momento aos profissionais, permitindo que eles corrigissem seus erros e reenviassem as fichas para o Centro de Processamento de Dados (CPD), evitando a perda de registro de dados. Mas apesar desse processo de correção oportunizar a diminuição dos erros nos preenchimentos posteriores e na digitação, houve uma perda na otimização do tempo. Os autores destacaram a redução da quantidade

de impressos para registro de atendimentos e procedimentos como potencialidades do sistema e-SUS no processo de trabalho dos profissionais, e apontaram como limitações, a impossibilidade de edição das informações já alimentadas e relatórios com pouco subsídio para monitoramento da situação de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

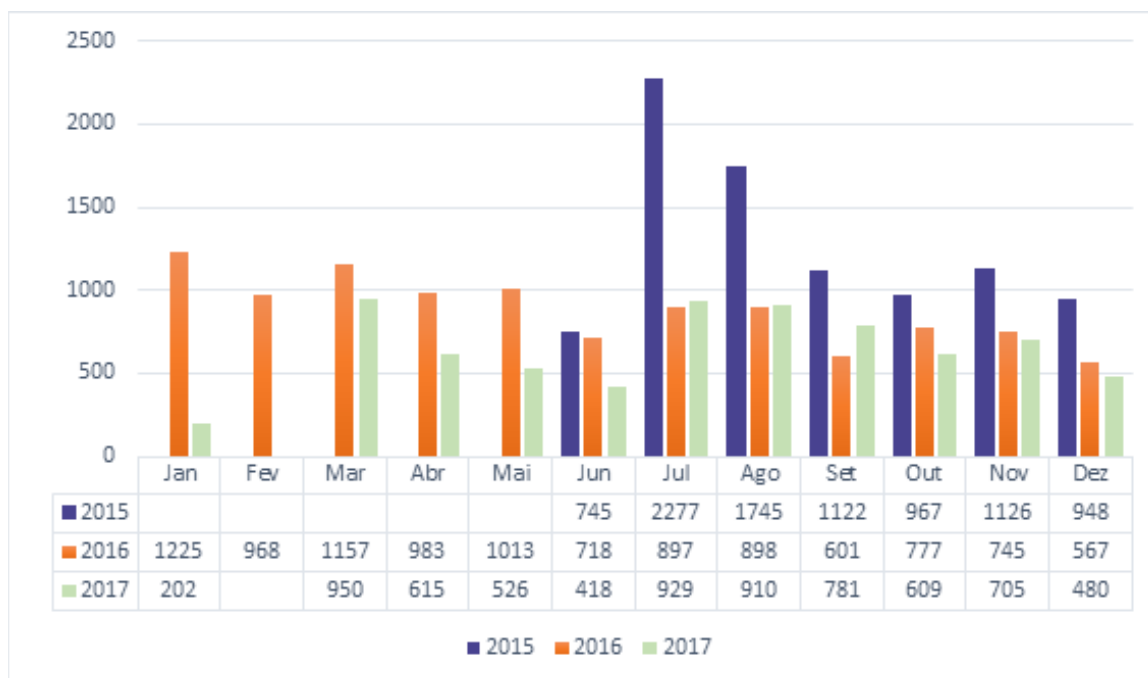
Conforme já relatado, o sistema e-SUS AB começou a ser implantado na Estratégia de Saúde da Família do município baiano no final do mês de maio, e as fichas CDS começaram a ser preenchidas em junho com o caráter inicial de adaptação e familiarização com o novo sistema. Entretanto, a maioria dos CD da ESF só enviaram as fichas do e-SUS a partir de julho, após ofício com cobrança da Coordenação da Atenção Básica.

Esse período inicial de envio das fichas CDS para digitação no e-SUS pela equipe do CPD da secretaria de saúde do município, foi marcada por uma queda significativa nos dados referentes ao número de consultas realizadas pelos cirurgiões dentistas da ESF em relação ao ano de 2015, considerando o primeiro semestre de implantação do e-SUS na Atenção Básica no município (Gráfico 1).

A análise do Gráfico 1, demonstra que de junho a dezembro de 2015 o número de consultas realizadas pelos cirurgiões dentistas da ESF tiveram valores mais altos do que o mesmo período referente aos anos de 2016 e 2017. Sendo que, nos meses de julho, agosto e setembro de 2016, essa diferença destaca-se pela diminuição percentual significativa nos seus valores, de 60,61%, 48,54%, 46,43% e 40,19%, respectivamente, em relação aos meses de julho, agosto, setembro e dezembro do ano de 2015.

SUMÁRIO

Gráfico 1 - Número de Consultas (Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica, exceto médico) - código 0301010030 e Primeira Consulta Odontológica Programática - código 0301010153) realizadas pelo cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família (CBO 223293) em um município baiano, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017.



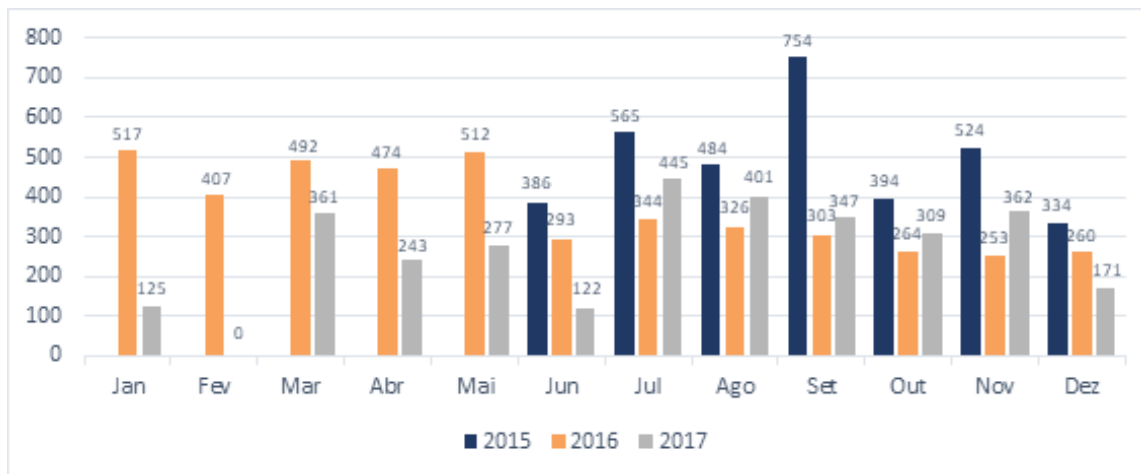
Fonte: Ministério da Saúde- Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2018.

Ao analisar somente as primeiras consultas odontológicas realizadas pelos CD da ESF, em junho de 2016, mês em que os profissionais estavam se familiarizando com o preenchimento das fichas e seu envio não era obrigatório, houve uma diminuição percentual significativa de 43,30% em relação ao mês de junho de 2015. Entretanto, o percentual de redução do número de consultas (consultas na AB e primeira consulta odontológica programática) no gráfico 1 foi de 3,62%

em relação ao mesmo período analisado, o que denota aumento do registro de consultas de AB.

Os dados referentes ao número de atendimentos de urgência na AB realizados pelos cirurgiões-dentistas da ESF, observados no Gráfico 2, demonstram que os meses de julho a novembro de 2016 apresentaram os menores números de atendimentos de urgência em relação ao mesmo período nos anos de 2015 e 2017, o que pode ter ocorrido por consequência de terem sido os cinco primeiros meses de utilização do e-SUS. De janeiro a maio de 2016, quando o e-SUS ainda não era utilizado pelos CD da ESF, assim como em junho daquele ano quando o envio das fichas ainda não era obrigatório, o número de atendimentos de urgência foi significativamente maior, em relação aos mesmos meses do ano de 2017, em que o e-SUS já estava sendo utilizado.

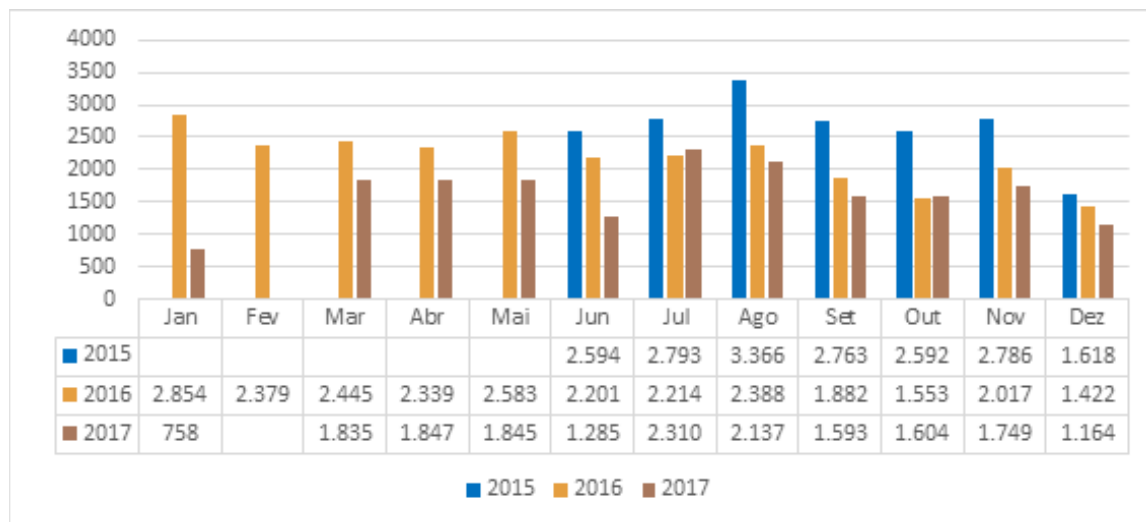
Gráfico 2 - Número de atendimentos de urgência na Atenção Básica (código 0301060037) realizados pelo cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família (CBO 223293) em um município baiano, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017.



Fonte: Ministério da Saúde- Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2018.

Durante todo o período destacado, o número total dos procedimentos odontológicos realizados pelo CD da ESF de junho a dezembro de 2015 é superior aos valores desse mesmo período nos dois anos sucessivos (Gráfico 3). O segundo semestre do ano de 2016 possui uma diferença menor do total de número de procedimentos realizados pelo cirurgião dentista em comparação com o segundo semestre do ano de 2017, correspondente a um ano após a implementação do e-SUS.

Gráfico 3 - Número total de procedimentos de exodontia de dente permanente (código 0414020138), raspagem por sextante (códigos 0307030016/ 0307030024/ 0307030059), capeamento pulpar (código 0307010015) e restauração (códigos 0307010023; 0307010031; 0307010040) realizados pelo cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família em um município baiano, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017.

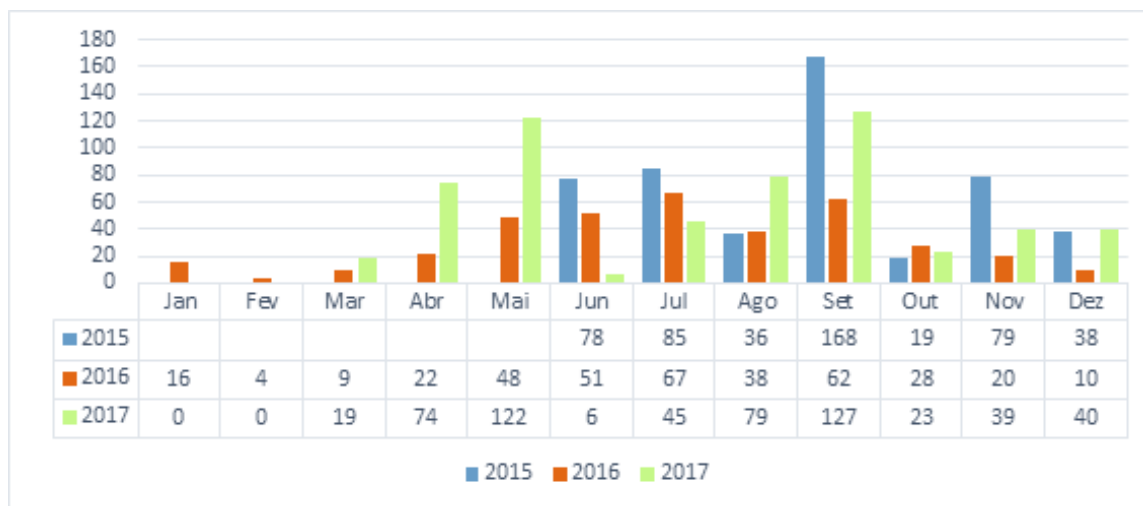


Fonte: Ministério da Saúde- Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2018.

Com relação a ação coletiva de escovação supervisionada, houve redução no registro de procedimentos nos primeiros seis meses de implantação do e-SUS AB (segundo semestre de 2016), mas diferentemente dos demais procedimentos analisados, nos meses de agosto,

setembro, novembro e dezembro de 2017 houve considerável crescimento no registro de procedimentos em relação ao mesmo período do ano anterior, em que o e-SUS começou a sua implantação na AB do município. Nos meses entre março e maio de 2016, onde o sistema e-SUS ainda não era utilizado, o número de escovações supervisionadas foi menor, e aumentou no mesmo período de 2017. Esse aumento foi significativo em abril e maio, como pode ser percebido através do Gráfico 4. Entretanto, quando comparado ao segundo semestre do ano de 2015, apenas nos meses de agosto e dezembro houve crescimento da produção de escovação supervisionada em 2017. Esses achados podem sinalizar uma adaptação mais rápida e uma possível melhor aceitação dos cirurgiões-dentistas ao preenchimento desse tipo de ficha. Um dos motivos pode estar relacionado à maior facilidade no preenchimento desses dados nas fichas de atividade coletiva.

Gráfico 4 - Número de escovação dental supervisionada realizada pelo cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família em um município baiano, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017.



Fonte: Ministério da Saúde- Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2018.

A diminuição significativa da produção no primeiro semestre de implementação do e-SUS em relação ao mesmo intervalo de tempo no ano anterior à essa implementação, revelada através da análise das informações de produção ambulatorial dos procedimentos selecionados, sinalizam o impacto na alimentação do sistema pelos cirurgiões dentistas da estratégia de saúde da família. Alguns dos motivos dos níveis altos de queda no número de todos os procedimentos avaliados nos primeiros meses após a implantação do e-SUS podem ter sido as dificuldades referentes à adaptação ao novo sistema e pouco tempo que os profissionais tiveram para adequação do seu processo de trabalho, ou mesmo de uma reunião para apresentação do sistema à equipe e esclarecimento de dúvidas.

Em Nota Técnica com orientações sobre a estratégia e-SUS AB para gestores e profissionais, o Ministério da Saúde esclareceu que as ações de capacitação dos profissionais seria uma das principais estratégias de implantação do e-SUS AB para reduzir as dificuldades do período inicial de um processo de mudança, até que os novos fluxos e instrumentos fossem incorporados no processo de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2014c). Vale ressaltar, que a realização de oficinas estaduais e municipais de capacitação, assim como o Telessaúde, foram importantes estratégias de implantação preconizadas pelo Ministério da Saúde para a implantação do e-SUS (BRASIL, 2014b).

Assim como foi apontado nos estudos de Cunha (2015) e Meireiros *et al.* (2017), a capacitação das equipes da AB do município para o sistema e-SUS também se constituiu em importante ponto de fragilidade do processo de implantação do e-SUS no município baiano. Muitas dúvidas decorrentes da prática de utilização do sistema que foram geradas durante esse processo estão além do que se encontra explicitado no manual do sistema. E este pode ser, inclusive, um fator que contribui para aumentar a resistência dos profissionais no que se refere à utilização do sistema (CABRAL *et al.*, 2015). Desse modo, a

formação de grupos de discussões e troca de experiências sobre o assunto, assim como formação de uma equipe de apoio presencial para tirar as dúvidas dos profissionais nas USF durante o período inicial de implantação, seriam estratégias enriquecedoras para o processo.

Para Medeiros *et al.* (2017) e Oliveira *et al.* (2016), a falta de treinamento adequado implica também no aumento da vulnerabilidade dos profissionais em cometer erros de preenchimento e digitação no registro dos dados, o que pode ter sido um dos fatores que contribuíram para redução da produção dos cirurgiões-dentistas no primeiro semestre de implantação do sistema no município.

A indisponibilidade de tempo para o preenchimento das fichas CDS também é um fator negativo, pois as fichas passaram a ser preenchidas e enviadas para digitação juntamente aos boletins de produção ambulatorial (BPA), que não deixaram de ser enviados.

Outro fator que pode ter influenciado nos resultados encontrados pode ter sido a obrigatoriedade do cartão SUS, já que o processo de adaptação da população à apresentação do cartão na USF representou um processo lento e gradual. Essa dificuldade do usuário apresentar o referido cartão também foi apontada por Medeiros *et al.* (2017), que considerou fundamental realizar um trabalho de sensibilização dos usuários, sobre a importância de portar o cartão do SUS durante o atendimento, o que facilita e agiliza o fluxo de trabalho no sistema. Oliveira *et al.* (2016) também destacam a importância da sensibilização do usuário em relação ao CNS. A identificação do registro pelo CPF é outro fator que facilitaria esse processo.

O sub-financiamento da Atenção Básica, foi apontado por Cabral *et al.* (2015) como um outro desafio, diretamente ligado ao déficit de recursos físicos necessários à plena utilização dos sistemas de informação. Nesse sentido, a implantação do e-SUS no município baiano, coincidiu ainda com um contexto de crise econômica no país, e nesse

período não foi possível a aquisição de computadores para todos os setores das USF e nem mesmo para todas as USF. Apesar desse contexto, a crise não interferiu significativamente na oferta de materiais de consumo para os consultórios odontológicos, nem na contratação de dentistas, os quais eram concursados, de modo a refletir na produção ambulatorial com uma queda relevante na produção. Assim como, não houve ampliação da rede assistencial nos primeiros meses de implantação do e-SUS, que justifique a queda na produção nesse período.

CONCLUSÃO

As transformações em busca de Sistemas de Informações em Saúde mais ágeis no Brasil, com um fluxo de informações de melhor qualidade e que estabeleçam uma comunicação eficiente entre os diversos atores e setores da saúde, são de grande relevância para a garantia da integralidade no Sistema Único de Saúde.

O e-SUS AB é um sistema novo, que tem passado por um processo recente e gradual de implantação em etapas nos municípios em todo o Brasil desde 2013. Esse sistema traz importantes avanços e incorpora melhorias adquiridas no que tange aos sistemas de informações anteriores, de forma evolutiva, representando, portanto, um significativo passo na qualificação e uso da informação na saúde. A correta utilização de um sistema e suas ferramentas é pressuposto fundamental para o seu sucesso, visto que não tem sentido empenhar demasiados esforços na construção de um sistema sem erros, sendo operado por profissionais não capacitados para essa tarefa.

Conclui-se que para acompanhar as mudanças e adaptações exigidas pelo contínuo processo de evolução dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, assim como, ter efetiva participação na cons-

trução desse processo, é fundamental que sejam pensadas estratégias e políticas para o incentivo e a promoção de ações de capacitação e envolvimento de todos os profissionais de saúde. Este relato, contribui com a troca de experiências sobre a implantação do e-SUS AB nos municípios brasileiros, visto a importância desses compartilhamentos para o aprimoramento do processo, que possui caráter contínuo e progressivo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações a nível Municipal. *Inf. Epidemiol. Sus*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 27-33, set. 1998.

ALVES, J. P. A.; DINIZ, I. V. A.; FRANÇA, K. T. G.; DA SILVA, L. M.; MARTINIANO, C.S. *Avanços e Desafios na Implantação do e-SUS-Atenção Básica*. II CONBRACIS. Paraíba, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA7_ID788_15052017202831.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. *Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa*. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/58-ripsa>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis números 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2018.

_____. *Nota Técnica DAD/SAS/MS. Esclarecimentos e orientações sobre a Estratégia e-SUS AB*. Brasília, DF, 2014c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_prorrogacao_eSUS-AB.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2004. Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB [recurso eletrônico]*. Brasília, DF, 2014b. 11 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_implantacao_estateest_esus.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2018.

_____. *e-SUS Atenção Básica: manual de implantação* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_implantacao_esus.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. *e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico]*. Brasília, DF, 2015. 171 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_2_0_versao_preliminar_ago_2015.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2018.

_____. *e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.1 [recurso eletrônico]* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>>. Acesso em: 18 jun. 2021.

_____. *Manual da Coleta de Dados Simplificada CDS – Versão 3.2 [recurso eletrônico]* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/CDS/>>. Acesso em: 18 jun. 2021.

_____. *Ofício Circular nº 005/2017/DAB/SAS/MS*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201704/10104333-oficio-circular-n-005-2017-dab-sas-ms-sisab.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial [da] República Federativa do*

Brasil, Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html >. Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html >. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____. Portaria nº 2.148, de 28 de agosto de 2017. Estabelece o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e encerra o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2017. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2148_14_09_2017.html >. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2017. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____. Portaria nº 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____. Portaria nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2012/prt3012_26_12_2012.html >. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Portaria nº 3.462 de 11 de novembro de 2010. Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt3462_11_11_2010_comp.html >. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____. Resolução nº 7 de 24 de novembro de 2016. Prorroga o prazo do art. 3º da Resolução nº 3/CIT, de 16 de agosto de 2016. *Diário Oficial [da]*

República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/35/Resolucao-n-7.pdf>>. Acesso em 10 jul. 2018.

_____. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2018b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CABRAL, S. A. A. O.; OLIVEIRA, S. A.; SANTOS, D. P.; ALMEIDA NETO, I. P.; CAJA, D. F.; SILVA, F. M.; SILVA, B. E. D. A utilização do e-SUS Atenção Básica (AB) no processo de fortalecimento da efetivação dos princípios doutrinários do SUS. *Informativo Técnico do Semiário*, v. 9, n. 1, p. 01-04, 11 fev. 2015. Disponível em: <<http://gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3209/4802>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

CARRENO, I.; MORESHI, C.; MARINA, B.; HENDGENS, D. J. B.; REMPEL, C.; OLIVEIRA, M. M. C. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 947-956, Mar. 2015.

CASTRO, R. C. F. Impacto da Internet no fluxo da comunicação científica em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 57-63, ago. 2006.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota Técnica 08/2014: *Situação Atual da Estratégia e-SUS Atenção Básica*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2014/01/NT-08-2014-e-SUS-e-SISAB.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

CUNHA, N. S. *Apoio do Telessaúde RS/UFRGS na implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica no Rio Grande do Sul, 2014*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) - Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), Escola de Administração UFRGS- Universidade Aberta do Brasil (UAB). Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130221/000975532.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 set. 2018.

DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *TABNET*. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

GAETE R.A.C.; LEITE T. A. *Estratégia e-SUS Atenção Básica: o processo de reestruturação do sistema de informação da atenção básica*. XIV Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/305181657_Estrategia_e-SUS_Atencao_Basica_o_processo_de_reestruturacao_do_sistema_de_informacao_da_atencao_basica>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SUMÁRIO

GOMES, E. C. S. *Conceitos e ferramentas da epidemiologia*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 83 p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasília, DF, 2018. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

LIMA, C. R. A.; LEAL, C. D.; DIAS, E. P.; GONZALEZ, F. L.; SANTOS, H. L.; SILVA, M. E. M.; SERPA, N. S. C. *Departamento de Informática do SUS – DATA-SUS: A experiência de Disseminação de Informações em Saúde*. In: A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2018.

MARIN, H. F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R. S. *Prontuário Eletrônico do Paciente: definições e conceitos*. In: MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. (ed.). O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo, 2003. 203 p. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform.*, v. 2, n. 1, p. 20-4, jan-mar. 2010.

MEDEIROS, J. B.; HOLMES, E. S.; ALBUQUERQUE, S. G. E.; SANTOS, S. R.; O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: Relatos da implementação em uma Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS*. v. 20, n. 1, p. 145 - 149, jan-mar. 2017.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. *O sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: Concepção, Implantação e Avaliação*. In: A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde, 2 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde)/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2018.

OLIVEIRA, A. E. C.; LIMA, I. M. B.; NASCIMENTO, J. A. N.; COELHO, H. F. C.; SANTOS, S. R. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 212-218, abr-jun 2016.

SANTOS, V. H. DOS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): análise do uso de um sistema de informação em saúde na cidade de Parnamirim-RN. *Rev. Inf. Na Soc. Contemp.*, Natal, RN, v.1, n.2, jan./jun., 2017.

SUMÁRIO

SOUZA, P. T. A.; TOSETTO, V. G. *Mudança na estratégia da coleta de informações com alteração do perfil epidemiológico de mortalidade*. In: Expoepi, 4, Brasília, 2004. Anais, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_expoepi.pdf >. Acesso em: 16 set. 2018.

SOUZA, W. V.; DOMINGUES, C. M. A. S. *Notificação Compulsória de Doenças e Agravos no Brasil: Um Breve Histórico sobre a Criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan*. In: A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde, 2 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde) / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2018.

STAIR, R. M.; REYNOLDS, G. W. *Princípios de Sistemas de Informação*. Cengage Learning, 3ed. São Paulo, SP, 2016.

STAIR, R. M.; REYNOLDS, G. W. *Princípios de Sistemas de Informação: uma abordagem gerencial*. LTC, 4 ed. Rio de Janeiro, RJ, 2002.

TARGINO, M. G. O óbvio da informação científica: acesso e uso. *Transinformação*, Campinas, v. 19, n. 2, p. 97-105, ago. 2007.

THOMAZ, E. B. A. F.; FREITAS, C. V. S.; PINHO, J. R. O.; ABREU, T. Q. *Conceitos e ferramentas de epidemiologia: sistemas de informação em saúde*, Módulo 3, Unidade 3. In: *Sistemas de informação em saúde/Vandilson Pinheiro Rodrigues (Org.)*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1110>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Developing health management information systems: a practical for developing countries*. Manila: Regional Office for the Western Pacific. 2004. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5498/9290611650_eng.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

SUMÁRIO

A large, bold yellow number '2' is positioned in the upper right quadrant of the page. The background is a deep blue with a dense, textured pattern of colorful fabric strips in shades of green, yellow, orange, and red, which appear to be part of a traditional craft or textile. The overall aesthetic is vibrant and culturally rich.

2

Mayanna Myrenna Trindade da Silva
Sandra Garrido de Barros

ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL

APRESENTAÇÃO

As pessoas com deficiência apresentam necessidades de cuidado em saúde bucal e enfrentam dificuldades para encontrar os serviços adequados às suas demandas. Este estudo tem como objetivo discutir os fatores relacionados à acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos de saúde bucal. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com 16 artigos pesquisados nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, LILACS e BBO (através das fontes de informação Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo), a partir dos descritores: assistência odontológica, pessoas com deficiência, portador de necessidades especiais, acesso aos serviços odontológicos e acessibilidade. Como limitadores de acesso aos serviços odontológicos públicos foram identificadas a falta de infraestrutura adequada (sinalização, estacionamento, rampas, sanitários adaptados e cadeiras de rodas); a dificuldade no momento da marcação de consultas, a falta de transporte para o deslocamento e a escassez de profissionais qualificados para realizar a assistência e os encaminhamentos adequados. As ações de promoção da saúde como o atendimento multidisciplinar, visitas domiciliares e acompanhamento não só do paciente, mas também dos familiares, foram apontados como fatores facilitadores do acesso. As barreiras de acesso aos serviços públicos de Odontologia citadas no presente estudo reforçam a necessidade de um maior aprofundamento de investigações sobre o tema, objetivando a consolidação de um serviço de saúde bucal mais resolutivo e adequado às necessidades das pessoas com deficiência.

INTRODUÇÃO

Segundo o censo realizado em 2010, dos 190,7 milhões de brasileiros, 45,6 milhões de pessoas (23,9%) tem alguma deficiência, seja visual, auditiva, motora ou mental. A deficiência visual apresentou a

maior ocorrência, afetando 18,6% da população. Em segundo lugar está a deficiência motora (7,0%), seguida da auditiva (5,1%) e da mental ou intelectual (1,4%) (IBGE, 2011).

Várias são as terminologias utilizadas para as pessoas que tem alguma deficiência. Termos como “deficientes”, “pessoas deficientes”, “portadoras de deficiência” ou “portadoras de necessidades especiais”, são frequentemente vistos na literatura. De acordo com Silva (2009), até a década de 1980, a sociedade utilizava termos como “aleijado”, “defeituoso”, “incapacitado” e “inválido”. Apenas a partir de 1981, passou-se a utilizar o termo “deficiente”, por influência do Ano Internacional e da Década das Pessoas Deficientes, estabelecido pela ONU. Em meados dos anos 1980, entraram em uso as expressões “pessoa portadora de deficiência” e “portadores de deficiência”. Por volta da metade da década de 1990, a terminologia utilizada passou a ser “pessoas com deficiência”.

Para Guedes (2015), o termo “portadores” implica em algo que se “porta”, que é possível se desvencilhar tão logo se queira ou se chegue a um destino. Remete, ainda, a algo temporário, como portar um talão de cheques, portar um documento ou ser portador de uma doença. A deficiência, na maioria das vezes, é algo permanente, não cabendo o termo “portadores”. Além disso, quando se rotula alguém como “portador de deficiência”, nota-se que a deficiência passa a ser “a marca” principal da pessoa, em detrimento de sua condição humana.

Com o advento do sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) observou-se um novo olhar para as pessoas com deficiência. A abordagem foi ampliada para um modelo social mais abrangente, que compreende a deficiência não apenas como limitações e estruturas do corpo, mas também como resultado da influência de fatores sociais e ambientais do meio no qual está inserida (AMARAL *et al.*, 2012).

Assumindo um modelo biopsicossocial, a CIF esclarece a importância de uma avaliação complexa e contextualizada da pessoa, na qual desconsidera a deficiência apenas como uma consequência das condições da saúde/doença. Dessa forma, a CIF substitui o enfoque negativo da deficiência por uma perspectiva positiva, identificando as capacidades e funcionalidades nas atividades e na participação social da pessoa (CHATEAU *et al.* 2012).

Na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica e a social (FARIAS; BUCHALLA, 2005). As necessidades especiais não são decorrentes, somente, da condição individual da deficiência, mas também da relação dinâmica que se estabelece entre a pessoa e o meio em que ela atua, levando em consideração a disponibilidade de recursos e a adaptabilidade ao ambiente. O tipo e o grau da deficiência, bem como os efeitos por ela acarretados, além das condições gerais dos serviços, irão servir de indicadores das necessidades ou não da utilização de auxílio e serviços especiais (MAZZOTTA, 1997). Com base nisso, observa-se que o paciente com necessidades especiais se refere à pessoa que necessita de uma atenção diferenciada, independentemente de ter deficiência (física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla), a exemplo das gestantes e dos idosos (CHATEAU *et al.*, 2012).

Na Odontologia, o uso do termo “paciente com necessidades especiais” (PNE) é comum para identificar “todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional” (BRASIL, 2008, p. 67). O termo inclusive é usado na denominação de uma especialidade no Conselho Federal de Odontologia: a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, criada em 2002 (BRASIL, 2002).

SUMÁRIO

Entretanto, não foram identificadas relações diretas entre o conceito de deficiência e a expressão “necessidades especiais”. Esta, assim como outras expressões e terminologias que fizeram parte da história da atenção às pessoas com deficiência, surge na tentativa de corrigir e/ou substituir termos, até então utilizados (CHATEAU *et al.*, 2012). Por conseguinte, considera-se a terminologia “pessoa com deficiência” mais adequada, pois denota uma perspectiva mais humanizada, considerando estes indivíduos inicialmente como pessoas, não propagando a sua estigmatização, motivo pelo qual será utilizada no presente trabalho.

As pessoas com deficiência tendem a apresentar maiores riscos de desenvolver cárie e doença periodontal. O grau de limitação física e/ou mental, a dificuldade da realização da higiene bucal, a dieta alimentar, geralmente rica em carboidratos e alimentos pastosos, além do fato de muitas vezes terem sua higiene oral negligenciada pelos seus responsáveis, são fatores que favorecem o acúmulo de placa bacteriana e, conseqüentemente, o aparecimento dessas patologias (RESENDE *et al.*, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a equidade, que permite o atendimento dos cidadãos conforme suas necessidades; e a integralidade da assistência, ou seja, as ações e os serviços de saúde, que podem ser individuais ou coletivos, devem contemplar da prevenção à assistência curativa e reabilitação, nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1990). A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além da assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão. A porta de entrada da pessoa com deficiência no SUS é a atenção básica, e nela, a principal estratégia no Brasil é a Saúde da Família (BRASIL, 2008, p.7).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal, do Ministério da Saúde (MS), as equipes de saúde bucal na

Estratégia Saúde da Família (ESF) devem ser capazes de acolher, avaliar e prestar assistência odontológica a pessoas com deficiência. Com a Portaria nº. 599/GM, de 23 de março de 2006, fica previsto o encaminhamento ao atendimento de nível secundário – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e terciário (ambiente hospitalar), nos casos em que a capacidade da atenção primária seja extrapolada (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010a). Deste modo, é da responsabilidade das unidades básicas de saúde (UBS) a garantia do acesso universal aos serviços de saúde a esta população. Sabe-se que a atenção básica deve funcionar como porta de entrada aos demais níveis de assistência, buscando maior grau de resolubilidade das ações, viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A unidade de saúde deve se constituir como o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante (BRASIL, 2006b; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Pessoas com deficiência apresentam higiene oral inadequada (QUEIROZ *et al.*, 2014) e maior prevalência de cárie quando comparadas à população geral nas diferentes idades (GONDIM *et al.*, 2008; LEMOS; KATZ, 2011; QUEIROZ *et al.*, 2014). Um elevado percentual das pessoas com paralisia cerebral apresenta acúmulo de necessidades (COSTA *et al.*, 2007; LEMOS; KATZ, 2011), em especial de procedimentos de maior complexidade, como os procedimentos cirúrgicos e endodônticos (LEMOS; KATZ, 2011) ou estão em situação de urgência e emergência (COSTA *et al.*, 2007). De maneira geral, as pessoas com deficiência apresentam maiores necessidades de cuidado em saúde bucal, mas enfrentam dificuldades para encontrar os serviços apropriados às suas demandas, como barreiras arquitetônicas, limitações financeiras, medo, ignorância ou negligência em relação à saúde bucal e, principalmente, carência de profissionais qualificados e interessados em tratar tais pacientes (CANCINO *et al.*, 2005).

SUMÁRIO

Diante do exposto, o presente estudo pretende discutir os fatores relacionados à acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços públicos de saúde bucal, bem como descrever os fatores facilitadores e as principais barreiras de acesso a esses serviços.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura a partir da seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas publicadas que abordam os fatores relacionados à acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal?

Nesse sentido, foram consultadas as bases de dados eletrônicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO) através da consulta nas fontes de informação: Biblioteca Virtual de Saúde Pública (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os seguintes descritores: “acesso aos serviços odontológicos”, “pessoas com deficiência”, “assistência odontológica”, “portador de necessidades especiais”. Para a pesquisa, os descritores foram pareados obedecendo a seguinte ordem: “assistência odontológica” e “pessoas com deficiência”; “assistência odontológica” e “portador de necessidades especiais”, e “acesso aos serviços odontológicos” e “pessoas com deficiência”. Foram selecionados artigos publicados no Brasil que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: envolver a temática da acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal; responder à pergunta norteadora; ter sido publicado entre os anos 2008 e 2018; e estar na língua portuguesa. Foram excluídos artigos que não tratavam dos serviços públicos de saúde bucal bem como publicações referentes a resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões.

A seleção foi realizada por meio da leitura do resumo dos artigos. Posteriormente, foram excluídos os artigos em duplicata e feita uma análise descritiva de todo o material, buscando compreender e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e elaborar o referencial teórico. O Quadro 1 apresenta síntese da quantidade de artigos encontrados e selecionados nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BBO e Scielo.

Quadro 1 - Síntese do levantamento de artigos sobre acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com descritores utilizados e bases consultadas.

DESCRITORES	SCIELO		MEDLINE		LILACS		BBO		TODAS AS BASES	
	Total	Incluídos	Total	Incluídos	Total	Incluídos	Total	Incluídos	Total	Incluídos
Assistência odontológica + Pessoas com deficiência	21	3	27	1	146	16	116	2	310	22
Assistência odontológica + Portador de necessidades especiais	-	-	-	-	5	2	-	-	5	2
Acesso aos serviços odontológicos + Pessoas com deficiência	-	-	-	-	4	2	-	-	4	2
Total	21	3	27	1	155	22	116	2	319	26

Fonte: Elaboração própria.

REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de acesso é complexo e, muitas vezes, empregado de forma imprecisa na sua relação com o uso de serviços de saúde. Seu significado varia entre autores e conjunturas, encontrando-se na literatura tanto autores que utilizam o termo acesso e acessibilidade e seus sinônimos, como outros que fazem distinção de significados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Acesso é a forma como as pessoas ganham a acessibilidade, ou seja, a disponibilidade, as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde que necessitam e, portanto, o seu acesso. Já o conceito de acessibilidade avança para além da entrada nos serviços de saúde, indicando o grau de ajuste e desajuste entre as necessidades dos pacientes. Também, serviços e recursos utilizados incluindo adequação dos profissionais de saúde e recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde desses pacientes (ROCHA, 2012).

Starfield (2002) afirma que a acessibilidade possibilita que as pessoas utilizem todos os serviços, inclusive os de saúde, disponíveis de acordo com as suas necessidades, em todos os níveis de atenção. No tocante à acessibilidade aos serviços de saúde, para Travassos (2004), há duas dimensões a serem consideradas: a dimensão sócio organizacional, que se refere às características da oferta dos serviços, e a dimensão geográfica, que está relacionada à distância e ao deslocamento.

As pessoas com deficiência física têm grande dificuldade de se locomoverem, e enfrentam limitações que estão intimamente ligadas à falta de acessibilidade, ou seja, às condições que permitem o exercício da autonomia e a participação social do indivíduo, podendo interferir e também prejudicar o seu desenvolvimento social, contribuindo para a sua exclusão na sociedade (TORRES; MAZZONI; ALVES, 2002).

Embora as pessoas com deficiência física estejam presentes em grande número na sociedade, sobretudo em ambientes hospitalares e odontológicos, isto não garante a sensibilização e reflexão dos profissionais da saúde sobre as dificuldades encontradas por elas. Observa-se com frequência que dentro de hospitais e em consultórios públicos e particulares, as pessoas com deficiência enfrentam barreiras arquitetônicas que comprometem o seu acesso e a mobilidade (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007).

SUMÁRIO

Os ambientes são dotados de barreiras, visíveis e invisíveis, que vêm a extrair-lhes, total ou parcialmente, a acessibilidade. As barreiras visíveis são os obstáculos concretos que prejudicam a acessibilidade nos espaços. A noção de barreiras invisíveis parte de um referencial subjetivo, baseando-se nas características do usuário de um determinado espaço (CASTRO; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2011).

A grande demanda acumulada pelos modelos excludentes dificulta a implantação do SUS, sendo ainda um problema que requer solução urgente, mesmo considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção. A escassez do acesso a serviços médicos e odontológicos resulta em demora do atendimento e, conseqüentemente, em filas de espera (ZAITTER, 2009).

Os problemas de acessibilidade para pacientes com deficiência física se ampliam devido questões estruturais e culturais. A baixa renda, aliada aos problemas educacionais e de segurança, resulta em dificuldades em exigir seus direitos. A falta global de alternativas institucionais que deem conta da acessibilidade leva a comunidade a construir suas próprias alternativas, nem sempre adequadas a este fim (WAGNER *et al.*, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados nas referidas bases de dados 319 artigos, que foram submetidos à leitura do resumo. Após a análise preliminar, foram selecionados 26 artigos, dos quais 7 estavam duplicados. A leitura na íntegra dos artigos resultou em 16 artigos que preencheram efetivamente os critérios de inclusão.

Os artigos foram publicados entre 2009 e 2014. Destes, 9 foram publicados em revistas específicas de Odontologia, 1 em revista de Enfermagem, 4 em revistas de Saúde Pública, 1 em revista de Saúde e

Educação e 1 artigo em revista sobre Crescimento e Desenvolvimento Humano (Quadro 2).

De acordo com a abrangência geográfica dos estudos foram identificados 12 artigos com abordagens locais (GONDIM *et al.*, 2008; AMARAL *et al.*, 2011; LEMOS; KATZ, 2011; CARDOSO *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2011; ARAGÃO *et al.*, 2011; AMARAL *et al.*, 2012; CARDOSO *et al.*, 2012; SANTOS; HORA, 2012; ROSÁRIO *et al.*, 2013; LAWRENCE *et al.*, 2014; QUEIROZ *et al.*, 2014); 1 artigo de âmbito estadual (FONSECA *et al.*, 2010); e 3 artigos com abrangência nacional (SIQUEIRA *et al.*, 2009; BONATO *et al.*, 2013; OLIVEIRA; GIRO, 2011).

Acerca da população alvo dos estudos 4 artigos abordaram profissionais de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2009; FONSECA *et al.*, 2010; ROSÁRIO *et al.*, 2013; LAWRENCE *et al.*, 2014); sendo que 2, trabalharam exclusivamente com cirurgiões dentistas (FONSECA *et al.*, 2010; LAWRENCE *et al.*, 2014); 8 tinham como população alvo as pessoas com deficiência ou PNE (GONDIM *et al.*, 2008; LEMOS, KATZ, 2011; CARDOSO *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2011; ARAGÃO *et al.*, 2011; AMARAL *et al.*, 2012; CARDOSO *et al.*, 2012; QUEIROZ *et al.*, 2014), dos quais 4 trabalharam diretamente com as pessoas com deficiência (CASTRO *et al.*, 2011; GONDIM *et al.*, 2008; AMARAL *et al.*, 2012; LEMOS; KATZ, 2011) e 5 realizaram entrevistas com responsáveis e/ou cuidadores (LEMOS; KARTZ, 2011; CARDOSO *et al.*, 2011; ARAGÃO *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2012; QUEIROZ *et al.*, 2014), sendo que 2 destes realizaram também a avaliação bucal das pessoas com deficiência (LEMOS, KATZ, 2011; CARDOSO *et al.*, 2012); e, por fim, 2, tiveram como objeto de estudo os alunos de graduação do curso de odontologia (SANTOS; HORA, 2012; BONATO *et al.*, 2013).

Quadro 2 - Artigos selecionados durante a revisão de literatura, de acordo com o ano, autor, periódico, estratégia de estudo e principais achados.

AUTOR (ANO)	ESTRATÉGIA DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
GONDIM, L.A.M. <i>et al.</i> (2008)	Estudo transversal com 231 portadores de deficiência matriculados em seis instituições de Caruaru, PE.	Verificou-se alta prevalência de cárie, sendo o componente cariado o principal na composição do índice CPO-D.
SIQUEIRA, F.C.V. <i>et al.</i> (2009)	Estudo transversal por meio de questionário aplicados a 523 profissionais das UBS de 41 municípios.	Cerca de 60% das UBS foram classificadas como inadequadas para o acesso de idosos e portadores de deficiências. A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes e salas de espera inadequadas às necessidades foram citados com barreiras de acesso aos serviços de saúde.
FONSECA, A.L.A. <i>et al.</i> (2010)	Estudo qualitativo realizado por meio de observação e entrevista com 5 cirurgiões dentistas do estado de São Paulo	Foi verificado que os cirurgiões dentistas tinham dificuldades para promover a assistência odontológica das crianças com deficiência, tanto em relação ao serviço de saúde público municipal, como nos quesitos de formação específica.
AMARAL, C.F.O. <i>et al.</i> (2011)	Estudo quantitativo por meio de questionário com 100 alunos da faculdade de Odontologia da Unoeste, Presidente Prudente- SP	Os sentimentos negativos mais comuns entre os alunos foram insegurança (29%) e dificuldade em atender o paciente (25%), e os positivos, necessidade de cuidar com amor (31%) e a responsabilidade (30%). As reações comportamentais desfavoráveis mais encontradas foram medo (36%) e tristeza (25%), e as favoráveis foram carinho (25%) e proteção (25%). Para minimizar as situações negativas no atendimento dos pacientes com necessidades especiais é aconselhável que existam, além da disciplina, estágios de vivência e atuação multidisciplinares.
Lemos, A.C.O.; Katz, C.R.T. (2011)	Estudo do tipo transversal por meio de questionário com os responsáveis por 167 pacientes de 6 a 12 anos com paralisia cerebral e avaliação bucal dos pacientes em Recife-PE.	46,1% dos indivíduos tiveram dificuldades no acesso ao tratamento, sendo 34,1% devido a falta de profissional capacitado. A prevalência de cárie foi de 61,1% na dentição decídua e 26,3% na permanente. Aproximadamente 60% dos indivíduos necessitavam de algum tipo de tratamento. Há necessidade de melhorarias na assistência a esses pacientes, especialmente no interior do estado.
Oliveira, A.L.B.M.; Giro, E.M.A. (2011)	Revisão de literatura por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados Pubmed e Bireme	O preparo do cirurgião-dentista para o atendimento de PNE minimiza os problemas enfrentados por esses pacientes. Um programa de promoção de saúde bucal voltado para pessoas com deficiência, envolvendo orientações de higiene bucal, dieta, controle de placa, motivação e interação profissional-paciente e família- sociedade, é apresentada como estratégia para manutenção da saúde bucal.
CARDOSO, A.M.R. <i>et al.</i> (2011)	Estudo descritivo por meio de 43 entrevistas com cuidadores de crianças com deficiência motora de 0-12 anos em João Pessoa - PB.	O acesso ao dentista foi obtido por 69% dos entrevistados, 50% no setor privado. Dificuldades para obter acesso foram encontradas por 65%, devido à baixa oferta de dentistas para atender PNE (75%), demora no agendamento (18%) e indisponibilidade de realizar o procedimento com anestesia geral (7%).
CASTRO, S.S. <i>et al.</i> (2011)	Estudo qualitativo com 25 entrevistas com pessoas com algum tipo de deficiência em São Paulo - SP	Principais problemas na acessibilidade aos serviços de saúde: estacionamento, demora no atendimento, falta de rampas, sanitários adequados e cadeiras de rodas, problemas com sinalização, falta de médicos

AUTOR (ANO)	ESTRATÉGIA DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
ARAGÃO, A.K.R. <i>et al.</i> (2011)	Estudo quantitativo observacional e descritivo com 67 responsáveis de crianças e adolescentes com deficiência cadastrados na ESF da cidade de Recife-PE.	Verificou-se baixo nível de escolaridade e renda da maioria dos responsáveis. 50,7% haviam procurado o atendimento na USF para seus filhos, destes 50% recebeu atendimento. Os principais motivos de não ter conseguido atendimento foram: indisponibilidade de vagas e falta de preparo do profissional. Em relação aos que não procuraram atendimento para seus filhos, 49,3% julgou melhor levar a outro serviço público (60,6%), enquanto uma parcela considerável não achou necessária a busca pelo atendimento (24,2%).
AMARAL, F.L.J.S. <i>et al.</i> (2012)	Estudo transversal descritivo com 523 entrevistas com pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade adscritas em USF na cidade de João Pessoa- PB.	63,9% afirmaram que de suas residências aos locais de atendimento, não havia meios suficientes e apropriados para diminuir os obstáculos físicos (rampas, sinais de pedestres, ruas, calçadas e corrimão) e 41,7% relataram que não existiam adaptações nos locais de atendimento. As pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida se deslocavam com dificuldade e utilizavam, principalmente, carros alugados ou transporte particular.
CARDOSO A.M.R. <i>et al.</i> (2012)	Estudo quantitativo de intervenção, com ensaio clínico não controlado, com 12 crianças e adolescentes de idades entre 2 e 16 anos com paralisia cerebral e 12 cuidadores da cidade de João Pessoa-PB	O programa domiciliar avaliado qualificou o cuidado em saúde bucal das crianças e adolescentes com paralisia cerebral e produziu alterações positivas dos índices bucais.
Santos, M.F.S.; Hora, I.A.A. (2012)	Estudo quantitativo exploratório realizado por meio de questionário com 96 alunos do último ano de Odontologia de Aracaju – SE.	Há necessidade de intensificação de abordagens sobre atendimento odontológico ao PNE dentro das faculdades de Odontologia de Sergipe, proporcionando maior contato com PNE, principalmente aqueles de maior complexidade, para ampliar a experiência dos alunos.
ROSÁRIO, S.S.D. <i>et al.</i> (2013)	Estudo qualitativo por meio de entrevistas com 13 profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família na cidade de Mossoró - RN.	Principais dificuldades para a acessibilidade aos serviços de saúde na APS: falta de infraestrutura adequada, dificuldade na marcação de consultas, grande número de famílias cadastradas por equipe, falta de transporte, falta de conhecimento dos profissionais para realizar a assistência e encaminhamentos. Fatores que possibilitam melhora na acessibilidade: visita domiciliar e priorização do atendimento, presença de ACS e outros profissionais da USF, como assistentes sociais, contribuem para possibilitar o acesso.
BONATO, L.L. <i>et al.</i> (2013)	Estudo realizado por meio de pesquisa realizada nos sites oficiais de órgãos públicos e instituições de ensino superior no Brasil.	Das 221 instituições de ensino superior com curso de Odontologia, 27,86% oferecem a disciplina para atendimentos de PNE, sendo que em 60,71% destas, a disciplina é obrigatória, em 25% é optativa e nas 8 instituições restantes, a disciplina não está disponível. Ressalta-se a importância da graduação em Odontologia incluir a assistência para pessoas com deficiência.
LAWRENCE, H. <i>et al.</i> (2014)	Estudo quantitativo transversal por meio de entrevistas com 44 cirurgiões-dentistas nas Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Fortaleza- CE	Segundo os profissionais entrevistados, os PNE da rede pública estão tendo acesso à atenção em saúde bucal, entretanto, a resolutividade parece estar prejudicada devido ao fato de os cirurgiões-dentistas não atenderem completamente as necessidades desse grupo de pacientes, tendo que encaminhá-los a outros serviços.

AUTOR (ANO)	ESTRATÉGIA DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
QUEIROZ <i>et al.</i> (2014)	Estudo transversal descritivo com 74 alunos, por meio da aplicação de um formulário aos responsáveis pelos PNE, e realização de exame clínico na cidade de Patos- PB.	O estudo revelou que os participantes apresentaram alto índice CPO-D e higiene oral deficiente. Além disso, foram verificadas dificuldades em realizar o acompanhamento odontológico.

Fonte: Elaboração própria

A utilização dos serviços de saúde está relacionada a fatores de acessibilidade e acesso. A acessibilidade é entendida como o produto da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde, perante as resistências proporcionadas pelo meio e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços (CASTRO *et al.*, 2011). Pode ser considerada ainda como a facilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características do sistema e dos serviços como das possibilidades de os usuários superarem barreiras organizacionais e geográficas (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

A falta de infraestrutura é uma ocorrência comum nos estabelecimentos de saúde no Brasil. De acordo com estudo realizado por Castro *et al.* (2011), a infraestrutura das unidades de saúde tem problemas quanto a vagas exclusivas para pessoas com deficiência no estacionamento; ausência de rampas de acesso para transposição de desníveis; locais de espera com lugares insuficientes e cômodos com impossibilidade de acesso em virtude de obstáculos físicos e sanitários sem adaptação, sendo esses os motivos dificultadores da acessibilidade da pessoa com deficiência aos serviços de saúde.

Entre 236 equipes de USF das regiões Sul e Nordeste, 59,8% dos prédios dos serviços de saúde não eram adequados para a acessibilidade de pessoas com deficiência (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Na cidade de João Pessoa (PB), 42% dos serviços de saúde não tinham adaptações no espaço interno, sendo que a maior parte das USF eram instaladas

em imóveis improvisados, sem as adaptações necessárias para atender às necessidades das pessoas com deficiência (AMARAL *et al.*, 2012).

Com relação à forma de locomoção para realização de consultas médicas ou atendimentos, Amaral *et al.* (2012) observaram que a maioria das pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida utilizavam carros alugados ou transporte particular para o deslocamento, com reduzidos percentuais para o uso de ambulâncias e transporte coletivo. A necessidade de uso de ambulância para o deslocamento ao serviço de saúde é frequentemente observada entre pessoas com algum tipo de deficiência (visual, auditiva ou física), e pode constituir-se como uma barreira de acesso, uma vez que o paciente depende da disponibilidade do meio de transporte para locomoção até o estabelecimento de saúde, em especial quando têm sua funcionalidade muito comprometida (CASTRO *et al.*, 2011).

A questão do transporte é uma dificuldade tanto para a equipe de saúde como para os usuários quanto para os profissionais, que não dispõem muitas vezes de veículo para transportá-los, o que dificulta a realização, por exemplo, de visitas domiciliares. Por outro lado, os pais das crianças com deficiência dificilmente possuem transporte particular e o transporte público ainda não é totalmente adaptado para o acesso às pessoas com deficiência (ROSÁRIO *et al.*, 2013).

A condição socioeconômica pode dificultar o acesso e a continuidade do tratamento odontológico. Grande parte dos cuidadores das pessoas com deficiência apresenta baixos níveis de escolaridade, e a maioria das famílias possui renda de até dois salários mínimos, com menor poder de compra (LE MOS; KATZ, 2011).

As percepções e atitudes dos pais e/ou responsáveis pela pessoa com deficiência também podem se constituir muitas vezes como fator importante para o retardo na procura de tratamento odontológico.

Dentre as características que contribuem com a demora na busca do atendimento estão a ansiedade paterna, a desestruturação familiar; a ausência de vínculo afetivo (OLIVEIRA; GIRO, 2010). Também o fato de alguns pais evitarem o contato do filho com o mundo externo, que pode ser entendido como uma medida de proteção, mas que não é capaz de evitar o preconceito à condição da pessoa com deficiência (SCHMIDT, 2001).

A baixa compreensão sobre a importância dos cuidados odontológicos também pode retardar o acesso desses pacientes às ações de saúde bucal. A saúde bucal não é vista ainda como prioridade quando comparada aos cuidados médicos dedicados ao indivíduo com alguma deficiência, pois estes pacientes necessitam demasiadamente de cuidados gerais. (RAGGIO, 2001). Este fato pode ser atribuído também ao desconhecimento acerca da necessidade e importância da manutenção da saúde bucal nessas crianças (CAMARGO; ANTUNES, 2008). Estudo realizado com responsáveis por crianças do estado de Pernambuco acerca da procura por atendimento odontológico, observou que um percentual muito baixo procurou atendimento antes dos quatro anos de idade (LEMOS; KATZ, 2012). A fase da dentição decídua é extremamente importante no olhar da Odontologia. Assim, quanto mais precocemente as ações de prevenção e promoção da saúde forem instituídas, maior a probabilidade de o paciente adquirir problemas futuros com a sua saúde bucal.

Outro aspecto de que contribui negativamente para o acesso ao atendimento de saúde às pessoas com deficiência é a quantidade insuficiente de profissionais. O estudo realizado por Rosário et al. (2013), com profissionais da Estratégia Saúde da Família de Mossoró (RN), identificou um grande número de famílias cadastradas por equipe. As duas equipes que atuam na unidade básica de saúde pesquisada atendiam a um número acima do preconizado, o que, de acordo com os profissionais, tem dificultado a prioridade do atendimento.

O Ministério da Saúde regulamenta que cada equipe da ESF seja responsável por, no máximo, 4.000 habitantes (1.000 famílias), sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (750 famílias) e que cada ACS esteja responsável por no máximo 750 pessoas ou seja 150 famílias (BRASIL, 2007). A escassez de profissionais aumenta o tempo de espera e foi um dos fatores relatados como obstáculo no uso dos serviços de saúde (PINTO, 2008).

As dificuldades no acesso e utilização dos serviços odontológicos para os pacientes com deficiência inclui também a adequação dos profissionais (ARAGÃO *et al.* 2011). A expectativa de vida das pessoas com deficiência tem aumentado em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos, e esta população tem crescido, também, em virtude de sequelas de acidentes automobilísticos, violência e acidentes vasculares encefálicos. Assim, aumenta também a necessidade de profissionais capacitados para a assistência a essa população (BONATO *et al.* 2013).

A literatura pesquisada relata que poucos cirurgiões dentistas se sentem preparados para uma adequada atenção odontológica devido à falta de experiência e conhecimento sobre pacientes com deficiência. Duailibi e Duailibi (1998) salientam que a falta de preparo dos cirurgiões-dentistas para atuar com pacientes com deficiência ou retardo mental, conduzem a erros importantes de diagnóstico, levando os profissionais a assumirem uma postura inadequada e um plano de tratamento errôneo.

Lawrence *et al.* (2014) verificaram que os cirurgiões-dentistas não se sentiam seguros para o atendimento de pacientes com deficiência, indicando-os para outros profissionais e, enfatizaram a necessidade de concretizar formação nessa área, haja vista que apenas 20,5% dos 44 cirurgiões-dentistas lotados nas unidades de saúde da família em Fortaleza (CE) entrevistados receberam capacitação ou participaram de disciplina sobre pacientes especiais durante a graduação.

A maioria dos cursos de graduação em Odontologia dedica poucas horas para a discussão sobre deficiências, tempo insuficiente para que o estudante desenvolva as habilidades e segurança necessárias para o cuidado de tais pacientes (GOMES *et al.*, 2009).

A análise das disciplinas de PNE nas faculdades de Odontologia do Brasil em 2005 identificou, dentre as 55 faculdades que participaram da pesquisa, que 56,3% ofereciam a disciplina. Destas, 70,9% na modalidade obrigatória e 29% como optativa. Na maioria delas, a disciplina era ministrada na forma teórico-clínica, sendo que 6,4% apresentam apenas conteúdo teórico (FASSINA, 2006).

A resistência para o atendimento de pessoas com necessidades especiais por parte dos profissionais da saúde pode justificar o alto número de encaminhamentos para a atenção secundária. Lawrence *et al.* (2014) verificaram que 90,9% dos cirurgiões dentistas entrevistados já tinham encaminhado PNE para os CEO.

Todos os serviços de competência da atenção básica podem ser realizados em pacientes com deficiência conforme a necessidade do paciente. Lawrence *et al.* (2014) apontaram também que 88,8% dos cirurgiões dentistas das unidades básicas de saúde de Fortaleza referem atender estes pacientes realizando exame clínico, higiene bucal ou tratamento possível nessa população. Porém encaminham para o CEO uma grande parcela desse segmento populacional, por apresentarem casos mais complexos e julgarem o CEO mais resolutivo. É necessário, entretanto, discutir o que significa “tratamento possível”, que pode significar profilaxia ou aplicação de flúor, não realizando procedimentos mais complexos, como restaurações, raspagens e/ou exodontias. Dessa forma, tem-se uma população que precisa de atendimento diferenciado, mas continua com necessidades odontológicas não atendidas, apesar de ter sido “assistida” por um profissional (LAWRENCE *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que as equipes de saúde bucal devem ser capacitadas a fim de que possam, em nível local, es-

tarem aptas ao atendimento destes usuários, em níveis crescentes de complexidade de atendimento. Caso não seja possível o atendimento neste nível de atenção, encaminha-se o usuário para atendimento na Unidade de Referência (BRASIL, 2006).

Os profissionais evitam atender os pacientes com deficiência ou desenvolvem sentimento de frustração e desinteresse, salientando que a mínima capacitação na graduação provoca, no momento do atendimento, ansiedade, incerteza e intimidação no profissional. A insegurança e a dificuldade são os sentimentos mais prevalentes (CANCINO, 2005).

Para a formação dos profissionais da ESF, é de grande importância considerar a questão da integralidade. Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

A problemática da pessoa com deficiência e/ou incapacidades, ao considerar apenas o corpo patológico, não focando também o corpo relacional (inserido no espaço familiar e social), não favorece um cuidado humanizado e apropriado para esse grupo populacional e corrobora com o modelo de atenção tecnicista, excludente e biologicista. De acordo com as Diretrizes Nacionais, a formação do profissional da saúde só estará cumprindo seu papel quando a produção do cuidado trazer consigo a proposta de humanização do processo e desenvolver ações e serviços de saúde que efetivem os objetivos da saúde como um todo, ou seja, promover, prevenir e tratar as pessoas e estabelecer e melhorar as políticas e sistemas públicos. Isso implica na responsabilidade dos serviços e dos trabalhadores da saúde por construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que, não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilidade e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004).

A concepção de um olhar diferenciado perpassa a clínica propriamente dita, ocorrendo de forma mais eficiente quando os profissionais são conhecedores da realidade da população assistida e têm consciência do papel que exercem na integralidade do cuidado, além de sua importância profissional para o desenvolvimento da saúde pública (BONATO, 2013).

Os acadêmicos de Odontologia apontam a necessidade da implantação da disciplina de Odontologia para pacientes especiais para melhoria do seu aprendizado (SANTOS; HORA, 2012). Há necessidade de que os currículos das universidades incluam disciplinas e clínicas focadas exclusivamente em PNE. Porém, as limitações de tempo e de recursos e a ausência de professores com essa experiência são os maiores obstáculos para proporcionar oportunidades para preparar melhor os estudantes de Odontologia (AMARAL, 2011).

Outro fator importante a ser destacado é que o fato de não suprir todas as necessidades dos pacientes com deficiência pode também não estar diretamente relacionado com as dificuldades inerentes aos serviços ou até mesmo com as necessidades especiais dos pacientes. Essas dificuldades podem estar relacionadas com os próprios profissionais, e não dificuldades na técnica odontológica, mas sim em toda a complexidade que exige um atendimento para PNE. Muitas vezes o profissional percebe que talvez não seja possível a realização do tratamento ideal, mas sim daquele que foi possível ser realizado, ou seja, o tratamento real. Este ponto precisa ser trabalhado, visto que da mesma forma que o paciente possui expectativas sobre o tratamento proposto, o profissional, como proponente do tratamento, também tem expectativas (FONSECA *et al.*, 2010).

A dificuldade dos profissionais em se comunicar com os pacientes pode interferir diretamente na qualidade da assistência, impedindo a formação do vínculo e da confiança entre profissional e paciente. Conseqüentemente o atendimento será pouco resolutivo, e pode com-

prometer a integralidade (BRASIL, 2004). Conforme destacado por Fonseca (2010), uma estratégia para enfretamento desta barreira é a multidisciplinaridade da ação, ou seja, o contato com as outras áreas, também responsáveis por cuidados em saúde dessas pessoas, podendo assim ser um facilitador do atendimento.

A falta de ações multidisciplinares e atenção interdisciplinar entre os profissionais que assistem as pessoas com deficiência também é uma questão a ser salientada. Queiroz et al. (2014) observaram que 54,4% dos responsáveis pelos pacientes com deficiência afirmaram que o médico que acompanha seu filho nunca os orientou sobre a necessidade de acompanhamento odontológico. Fatores como este podem ter contribuído para a alta necessidade de tratamento odontológico observada nesse estudo, com destaque para tratamentos invasivos, como exodontias, tratamento restaurador e periodontal.

Observa-se assim, que a questão da acessibilidade dos pacientes com deficiência transcende a simples abordagem presença/ausência de obstáculos ao uso de serviços de saúde (CASTRO *et al.*, 2011). Esta se torna complexa e compreende além dos fatores biológicos, arquitetônicos e geográficos os determinantes socioeconômicos, culturais e comportamentais.

AÇÕES QUE PODEM IMPACTAR POSITIVAMENTE A ACESSIBILIDADE

Se por um lado, a literatura pesquisada identificou barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal para pessoas com deficiência, também foram identificadas sugestões para resolver, ou minimizar o problema e facilitar a acessibilidade. A realização de visitas domiciliares (ROSÁRIO *et al.*, 2013), a mediação realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (PUPIN, 2008) ou outros profissionais que atuam na UBS

(ROSÁRIO *et al.*, 2013), e ações de prevenção e promoção da saúde bucal voltadas a pessoas com necessidades especiais (AMARAL *et al.*, 2000), mas também para seus familiares e cuidadores (OLIVEIRA; GIRO, 2011) são algumas das estratégias que podem contribuir nesse sentido.

A visita domiciliar é facilitadora da abordagem aos usuários no seu contexto sociocultural e pode ser definida como um conjunto de ações voltadas para o atendimento, tanto educativo quanto assistencial (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2013). Ela pode ser realizada quando não é possível que a paciente com deficiência compareça à UBS, possibilitando assim o acesso da pessoa com deficiência ao serviço de saúde fora dos muros da UBS, garantindo o direito universal a saúde (ROSÁRIO *et al.*, 2013). Os objetivos da visita domiciliar são avaliar o contexto de vida do usuário e suas demandas, além de estabelecer um plano assistencial para cada família/paciente visitado, sendo importante diferenciá-lo da assistência domiciliar, na qual são realizados procedimentos sem o intuito de considerar tudo que emana da realidade da família (SILVEIRA *et al.*, 2012).

Os Agentes Comunitários de Saúde, na qualidade de mediadores entre a comunidade e a equipe de saúde, também são importantes agentes facilitadores do acesso. São os responsáveis por estabelecer o vínculo, identificar e cadastrar os pacientes com deficiência, repassar a informação para equipe, realizar as orientações mais imediatas, além de traduzir a linguagem leiga dos usuários para os outros profissionais da equipe (PUPIN, 2008).

Outros profissionais que atuam na UBS também podem contribuir para o acesso aos serviços de saúde, a exemplo dos assistentes sociais, que podem colaborar gerando parcerias para a garantia da execução dos direitos da pessoa com deficiência. A articulação e complementaridade dos profissionais que compõem a ESF é premissa básica para a obtenção da integralidade e para a promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência (ROSÁRIO *et al.*, 2013)

Indivíduos com problemas cognitivos e de motricidade apresentam higiene bucal comprometida pois a qualidade da higiene bucal está relacionada ao quadro clínico do paciente (SAMPAIO *et al.*, 2004). As noções de saúde e higiene transmitidas por meio de programas de promoção de saúde bucal de pacientes com necessidades especiais, além de propiciarem a manutenção da saúde, também possibilitam o estreitamento do vínculo família-paciente-equipe profissional (AMARAL *et al.*, 2000). Essas ações devem contar também com participação dos familiares, cuidadores e dos profissionais responsáveis pelos seus cuidados, podendo assim representar um caminho para a manutenção de saúde bucal nestes indivíduos (OLIVEIRA; GIRO, 2011). Nesse sentido, Tomita e Fagote (1999) constataram que a maioria dos cuidadores que receberam orientações de saúde bucal conseguiram superar as dificuldades para realizar ou auxiliar a escovação. Além disso, essas ações de prevenção e promoção da saúde bucal podem contribuir para a colaboração do paciente com deficiência no atendimento odontológico (AMARAL *et al.*, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso das pessoas com deficiência aos serviços públicos de Odontologia é tema de extrema relevância, haja vista que dificuldades impedem o encontro deste segmento populacional às ações de prevenção, promoção da saúde bucal e reabilitação.

Observa-se maior prevalência de cárie e outros problemas bucais nas pessoas com deficiência, por isso é salutar a inclusão de ações de saúde bucal nos programas de assistência a estes indivíduos. É necessário que ações que objetivem diminuir as desigualdades diante das diversas barreiras arquitetônicas, socioeconômicas, organizacionais e comportamentais sejam planejadas e postas em prática, possibilitando assim, um cuidado integral, adequado e resolutivo às suas demandas.

As ações de promoção da saúde, o atendimento multidisciplinar, visitas domiciliares e de acompanhamento não só do paciente mais também dos familiares, permitem o estabelecimento de vínculo entre as pessoas com deficiência e os profissionais de saúde e são apontados como facilitadores do acesso.

Os profissionais enfrentam dificuldades relacionadas ao atendimento dos pacientes com deficiência, especialmente no que tange à sua formação. Essas dificuldades devem ser eliminadas por meio da capacitação profissional, com o intuito de promover melhor assistência e assim maior acesso aos serviços odontológicos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. M.; SILVA, A. M.; ARAÚJO, E. S.; SENIUK, F.; SANTOS, I. R.; MACIEL, I. C. *et al.* Trabalhando com a família do amigo especial. *Divulg Saúde Debate*, v.19, p. 64-6, 2009.

AMARAL, F. L. J. S.; HOLANDA, C. M. A.; QUIRINO, M. A. B.; NASCIMENTO, J. P. S.; NEVES, R. F.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ALVES, S. B. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 7, p. 1833-1840, jul. 2012.

AMARAL, C. O. F.; AQUOTTE, A. P. C.; AQUOTTE, L. C.; PARIZI, A. G. S. OLIVEIRA, A. Avaliação das expectativas e sentimentos de alunos de odontologia frente ao atendimento de pacientes com necessidades especiais. *RFO UPF*, Passo Fundo, v. 16, n. 2, ago. 2011.

ARAGÃO, A. K. R.; SOUZA, A.; SILVA, K.; VIEIRA, S.; COLARES, V. Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal do serviço público: um estudo piloto. *Pesq. Bras odontoped clin integr*, v. 11, n. 2, p. 159-64, 2011.

BONATO L. L.; LOPES, A. M. S.; SILVA, C. M.; ITNER, R. G.; SILVA, A. C. H. Situação atual da formação para assistência de pessoas com necessidades especiais nas faculdades de odontologia no Brasil. *Clipe Odonto.*, v. 5, n. 1, p. 10-5, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde bucal. *Cadernos*

de *Atenção Básica*, n. 17, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Presidência da República. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

CANCINO C.M.H.; OLIVEIRA, F. A. M.; ENGERS, M. E.; WEBER, J. B. B.; OLIVEIRA, M.G. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais - Percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes*. [Tese] Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência*; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

CASTRO, S. S.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; CESAR, C. L. G. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 45, n. 1, p. 99-105, fev. 2011.

CHATEU, L. F. A.; FIQUENE, G. M. C. ; BAPTISTA, P. F. S. ; SAETA, B. R. P. A associação da expressão necessidades especiais ao conceito de deficiência. *Caderno de pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. São Paulo, v.12, n.1, p. 65-71, 2012.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, v. 26(4), p. 725-37, 2010.

DITTERICH R.G.; PORTERO, P.P.; SCHMIDT, L.M. A preocupação social nos currículos de odontologia. *Revista da ABENO*, v. 7, n. 1, p. 58-62, 2007.

DUALIB, S. E.; DUALIB, M. T. Uma nova visão sobre conceito e classificação de pacientes especiais. *Rev. Paulista Odontol.*, v. 20, p. 28-33, 1998.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FASSINA, A. P. *Análise das disciplinas de pacientes portadores de necessidades especiais nas faculdades de odontologia no Brasil em 2005*. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FONSECA, A. L. A.; AZZALIS, L. A.; FONSECA, F. L. A.; BOTAZZO, C. FONSECA, Alexandre Luiz Affonso et al. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 208-216, ago. 2010.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev. RENE*, v. 9, n. 2, p. 129-27, 2008.

GOMES, M. J.; CAXIAS, F. P.; MARGON, C. D.; ROSA, R. G.; CARVALHO, R. B. A percepção dos docentes do Curso de Odontologia da UFES em relação à necessidade de inclusão da disciplina denominada "Atendimento Odontológico a Pacientes Portadores de Necessidades Especiais." *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 11, n. 1., p. 33-9, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010. Características Gerais da População*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Acesso em 22 de fevereiro de 2018.

LAWRENCE, H.; SOUZA, L. P.; GONÇALVES, F. L.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, A. P. G. F. Acesso à saúde bucal pública pelo paciente especial: a ótica do cirurgião-dentista. *Rev. Bras Promoc Saude*, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 190-197, abr./jun. 2014.

LEMO, A. C. O.; KATZ, C. R. T. Condições de saúde bucal e acesso ao tratamento odontológico de pacientes com paralisia cerebral atendidos em um centro de referência do Nordeste - Brasil. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 861-871, Oct. 2012.

SUMÁRIO

MARCHIONI, S. A. E. Investigação sobre o uso do condicionamento pelos alunos de odontologia no atendimento a deficientes mentais. *Infanto Rev. Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*, v. 6, n 3, p. 127-33, 1998.

OLIVEIRA, A. L. B. M.; GIRO, E. M. A. Importância da Abordagem Precoce no Tratamento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais. *Odon-to*, [S.L.], v. 19, n. 38, p. 45-51, 31 dez. 2011.

OLIVEIRA, E.B.; MENDONÇA, J. L. S. Visão de familiares de usuários de um hospital psiquiátrico sobre a visita domiciliar. *R. pesq.: cuid. Fundam.*, v. 5, n. 1, 2013.

ONU - Organização das Nações Unidas. *Follow-up to the World Summit for Social Development and the twenty-fourth special session of the General Assembly: emerging issues: " Mainstreaming disability in the development agenda"*. Disponível em: <http://www.un.org/disabilities/documents/reports/e-cn5-2008-6.doc>. Acesso em 02 de março de 2018.

PINTO, E. S. G. *Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a estratégia de saúde da família*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de enfermagem. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.

POMARICO, L.; MENDES, P. C. DE A.; PRIMO, L. G.; HEIL, F. C. Cárie de estabelecimento precoce em pacientes portador de nanismo hipofisário: relato de caso. *JBP Rev. Ibero Am Odontopediatr Odontol. Bebê*, v. 6, n. 33, p. 366-70, 2003.

PUPIN, C. M.; CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de "ser agente". *Estud psicol (Campinas)*, v. 13, n. 2, p. 157-6, 2008.

QUEIROZ, F. S.; RODRIGUES, M. M. L. F.; CORDEIRO JUNIOR, G. A.; OLIVEIRA, A. B.; OLIVEIRA, J. D.; ALMEIDA, E. R. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. *Revista de Odontologia da Unesp*, [S.L.], v. 43, n. 6, p. 396-401, dez. 2014.

RAGGIO, D. P.; HADDAD, A. S.; IMPARATO, J. C. P. CIAMPONI, A. L.; TAKEUTI, M. L.; GUARÉ, R. de O. Remoção químico-mecânica de tecido cariado em paciente portador de síndrome de down: relato de caso clínico. *JBP Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, Curitiba, v. 4, n. 19, p. 191, 2001.

RESENDE, V. L. S.; CASTILHO, L. S.; VIEGAS, C. M. S.; SOARES, M. A. Fatores de risco para a cárie em dentes decíduos portadores de necessidades especiais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.*, v. 7, n. 2, p. 111-7, 2007.

ROSÁRIO, S. S. D. de; FERNANDES, A. P. N. de L.; BATISTA, F. W. B.; MONTEIRO, A. I. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde.

SUMÁRIO

de na atenção primária. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 15, n. 3, p. 738–44, 2013.

SAMPAIO, E. F.; CESAR, F. N.; MARTINS, M. G. A. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. *Rev. Bras Promoção Saúde.*, v.17, n. 3, p.127-34, 2004.

SANTOS, M. F. S.; HORA, I. A. A. Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de odontologia. *Rev. ABENO*, Londrina, v. 12, n. 2, dez. 2012.

SANTOS, S. C.; MELO, U. S.; LOPES, S. S. S.; WELLER, M.; KOK, F. A endogamia explicaria a elevada prevalência de deficiências em populações do Nordeste brasileiro? *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1141-50, 2013.

SILVA, M. I. da. *Por que a terminologia “pessoas com deficiência”?* 2009. Disponível em: <<https://www.selursocial.org.br/porque.html>>. Acesso em 15 de abril de 2018.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S. da; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 39-44, fev. 2009.

SCHMIDT, M.G. *Pacientes especiais: portadores de deficiências neuropsicomotoras*. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. 1. ed. São Paulo: Santos; 2001. p. 645-63.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

SUMÁRIO



3

Sabrina Alves de Oliveira
Tatiana Frederico de Almeida

O PAPEL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

DOI: [10.31560/pimentacultural/2021.827.77-96](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2021.827.77-96)

INTRODUÇÃO

É notável que, apesar das políticas públicas desenvolvidas no Brasil nos últimos anos, as principais doenças bucais ainda representam problemas de saúde pública no país (FIGUEIREDO *et al.*, 2010). Segundo Narvai e Frazão (2008), as doenças bucais mais prevalentes, como a cárie dentária e a doença periodontal, são caracterizadas pela existência de métodos eficazes de prevenção e controle e, concomitantemente, por alguma razão esses métodos não são adequadamente utilizados e efetivos.

Desde a criação do Programa Brasil Sorridente pode-se perceber que as políticas voltadas para saúde bucal se expandiram significativamente e os resultados positivos disso podem ser observados quando se compara os resultados dos últimos inquéritos epidemiológicos de saúde bucal nacionais: SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010 (BRASIL, 2004a; 2012).

De acordo com os achados do SB Brasil 2010, houve melhorias significativas no quadro da cárie entre crianças e jovens brasileiros. No entanto, ainda são perceptíveis alguns pontos que precisam de atenção (BRASIL, 2012). Roncalli (2011) elenca entre os principais problemas encontrados no perfil epidemiológico da população brasileira nesta ocasião: a) as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie eram ainda marcantes, indicando a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção; b) houve pequena redução da cárie na dentição decídua (18%), sendo que 80% dos dentes afetados continuavam não tratados; c) necessidades de próteses diminuíram em adolescentes e adultos, mas o déficit em idosos era significativo; d) a prevalência de oclusopatias que levariam ao tratamento ortodôntico era de 10% em adolescentes, indicando a necessidade de mais a oferta de procedimentos ortodônticos na atenção secundária.

Dentro deste contexto, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) teve como meta a produção do cuidado voltando às ações não somente para assistência ao doente, mas também, para o estímulo da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Desta maneira, estabelecia ações de promoção e proteção de saúde (fluoretação das águas de abastecimento público, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor.), ações de recuperação da saúde (diagnóstico e tratamento) e ações de reabilitação em saúde (recuperação parcial ou total das capacidades perdidas e na reintegração do indivíduo) (BRASIL, 2004b).

Entre essas ações, a educação em saúde é peça fundamental para estimular e desenvolver a autonomia visto que essa permite conhecer e prevenir os fatores de risco e vulnerabilidade à saúde, atuando na promoção da saúde. Por exemplo, sabe-se que as técnicas de controle do biofilme são complexas, exigem tempo, destreza e conhecimento; consequentemente, a pessoa só a compreende e executa adequadamente quando bem motivada (FIGUEIREDO *et al.*, 2010). Desta forma, o papel da equipe de saúde bucal nesse processo vai além do agente transmissor de informação, mas também de agente motivador do autocuidado.

Por outro lado, nota-se que as demandas odontológicas para tratamento reabilitador ainda são predominantes nas áreas cobertas pela Atenção Básica no país e as enormes filas para marcação de consultas são por muitas vezes um empecilho para realização de atividades educativas pelas equipes de saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família (USF). Diante dessa realidade, entender de fato os motivos de disponibilizar turnos para educação em saúde mediante uma agenda cheia é uma questão que precisa ser difundida entre os profissionais de saúde.

Dessa forma, o objetivo desse capítulo foi apresentar uma revisão da literatura narrativa sobre o papel da educação em saúde na organização dos serviços de saúde bucal, considerando o contexto da atual

PNSB, descrevendo experiências nacionais de programas de saúde bucal com ênfase nas atividades educativas, conforme os ciclos de vida.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura narrativa sobre o papel da educação em saúde na organização dos serviços de saúde bucal, considerando o contexto da atual PNSB. Além disso, analisou-se estudos que abordaram programas/ projetos de intervenção em saúde bucal com ênfase nas estratégias de educação em saúde (tradicional ou dialógica). Para isso, foi realizada pesquisa da literatura científica em livros, documentos oficiais, leis, portarias e artigos científicos em bases de dados como Scielo (Scientific Eletronic Library Online), BBS (Biblioteca Virtual em Saúde) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde). Os critérios de seleção dos artigos e outras referências importantes foram aqueles publicados no período entre 2008 a 2018 relacionados ao tema proposto e que estivessem disponíveis em língua portuguesa. A busca foi realizada através dos descritores: educação em saúde, saúde bucal, serviços de saúde, políticas de saúde bucal, programas de saúde bucal e seus correspondentes em inglês: *health education, oral health, health services, oral health policies, oral health programs*.

RESULTADOS

Educação em saúde: bases conceituais

A Educação em Saúde é um instrumento que permite a formação do conhecimento de forma a subsidiar, encorajar e estimular o indivíduo a assumir responsabilidade sobre sua própria saúde através da adoção de hábitos saudáveis. (ALVES, 2005; SANTOS *et al.*, 2012)

Pode-se apresentar a educação em saúde constituída em dois modelos: o tradicional e o dialógico. O modelo tradicional, baseado na educação bancária conforme definia Paulo Freire (2005), objetiva a transmissão do conhecimento, colocando o sujeito como ser passivo e receptor de informações. O educador, no caso específico o profissional de saúde, atribui uma importância suprema ao conteúdo ensinado, esperando que os educandos (usuários do serviço) o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente. Tal abordagem é bastante comum por exemplo em palestras, que na maioria das vezes não permite que a experiência e impressões dos usuários se manifestem, apenas o conhecimento do profissional é valorizado (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

No modelo dialógico da educação em saúde o usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde e da sua capacidade de tomar decisões (ALVES, 2005; FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A educação popular em saúde é estimulada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.761 de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Esta Portaria sugere uma prática pedagógica que incentive o diálogo entre os saberes populares e o saber técnico, de forma a valorizar e incentivar a produção do conhecimento de forma individual e coletiva. O objetivo desta estratégia é capacitar a população para enfrentar suas fragilidades no âmbito da saúde de forma que o conhecimento seja adaptado e construído dentro de cada realidade existente (BRASIL, 2013).

SUMÁRIO

PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL COM ÊNFASE NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

Esta revisão permitiu observar que a maioria dos programas nacionais de saúde bucal descritos na literatura com ênfase em ações educativas são direcionados para crianças. No entanto, foi possível classificar os estudos encontrados através de grupos específicos, conforme os ciclos de vida, os quais denotam ter peculiaridades que permitam analisá-los de forma conjunta. O Quadro 1 traz uma síntese dos estudos utilizados, já o Quadro 2 apresenta as principais intervenções realizadas nos programas de saúde bucal.

PROGRAMAS DIRECIONADOS PARA CRIANÇAS

O desenvolvimento de programas de saúde bucal para crianças é de suma importância visto que nesse período os aspectos comportamentais estão se formando, sendo desta forma mais susceptíveis à incorporação de hábitos saudáveis (SANTOS *et al.*, 2012; SIGAUD *et al.*, 2017). Santos *et al.* (2012) e Sigaud *et al.* (2017) relatam experiências positivas nos respectivos programas, desenvolvidos em um período de longo prazo (mais de um ano de duração), e reforçam a importância das atividades lúdicas como forma eficaz de construção do conhecimento em saúde no público infantil. Além disso, Taglietta *et al.* (2011) identificaram também a importância dos programas de promoção de saúde escolar na redução da prevalência de cárie em crianças.

Santos e colaboradores (2012) abordaram no seu programa de saúde bucal, com acompanhamento semanal durante o ano letivo, a execução de oficinas de educação em saúde associadas a atividades de evidenciação de placa e escovação supervisionada. Os autores

destacam a importância da inclusão dos pais e professores no programa, de forma a adquirir parceiros para o processo de educação em saúde continuada. Outro ponto de relevância deste programa é a valorização da abordagem dialógica de ensino de forma a construir a autonomia no processo de cuidado com a saúde. Sousa *et al.* (2017) enfatizaram a importância do cuidado na escolha das atividades, para que cada método seja atraente a cada faixa etária específica, o que irá auxiliar na motivação da incorporação do hábito.

Estudo associando práticas educativas com recursos lúdicos e Tratamento Restaurador Atraumático (ART) conseguiram reduzir o percentual de escovação deficiente entre as crianças do programa de 20,7% para 4,1%, regular de 62,1% para 49,7%, e aumentar o índice de higienização adequada, de 8,9% para 32% (CARVALHO *et al.*, 2013).

Programas de caráter pontual desenvolvidos por Filho *et al.* (2016) e Sousa *et al.* (2017) descreveram a utilização de questionários em forma de jogos antes e depois da ação educativa para avaliação das atividades, e embora tenham observado um ganho de conhecimento nos escolares, há o questionamento se esse conhecimento adquirido eventualmente é suficiente para a adoção de novos hábitos, já que se reconhece a importância da educação continuada no processo de construção e motivação para o autocuidado.

PROGRAMAS DIRECIONADOS PARA ADOLESCENTES

A adolescência é um período de transição entre a fase infantil e adulta, caracterizada por transformações que influenciam no comportamento e na saúde em geral. Entre os adolescentes as questões estéticas estão fortemente associadas à busca do tratamento odontológico. A equipe de saúde bucal deve se aproximar deste grupo através de ativida-

des que despertem o seu interesse e confiança, abordando temas do seu cotidiano através de uma linguagem direta e adequada (BRASIL, 2008).

Turrioni *et al.* (2012) desenvolveram um programa de saúde bucal com adolescentes em escolas em três etapas, as quais abrangeram primeiramente a avaliação do conhecimento em saúde bucal de cada estudante e exame clínico avaliando o índice de biofilme e condição gengival. Em um segundo momento, foram realizadas ações motivadoras (dinâmicas para reflexão em saúde bucal, recursos audiovisuais para explicar fatores de risco, rodas de conversas e visitas domiciliares com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), previamente capacitados pela equipe de saúde bucal, aliadas as ações de evidenciação de placa e escovação supervisionada. Um ponto importante do programa foi a inclusão de outros temas gerais de interesse dos adolescentes (tais como: sexualidade, autoestima, preconceito.), para que fosse criada uma aproximação com o público. Em um terceiro momento, foi feito um novo questionário e exame clínico para avaliar os efeitos das ações, tendo sido observados resultados positivos.

Migliato *et al.* (2008) destacaram efeitos positivos das ações realizadas em um programa preventivo-educativo, observando que houve redução do sangramento gengival dos participantes. No entanto, Viero *et al.* (2015) salientam a necessidade de ações a longo prazo para obter melhora efetiva na promoção da saúde bucal.

Quadro 1 - Quadro-síntese dos estudos sobre programas de saúde bucal analisados nesta revisão (2008-2018)

CRIANÇAS		
AUTOR/ANO	OBJETIVOS	RESULTADO/CONCLUSÃO
Carvalho <i>et al.</i> 2013	Avaliação da condição de saúde bucal de pré-escolares inseridos no programa de extensão.	Melhora no índice de higiene oral, Importância de projetos educativos para melhorar a saúde bucal.
Filho <i>et al.</i> 2016	Expor ações de educação em saúde desenvolvidas por acadêmicos de odontologia para escolares.	Aumento do conhecimento a respeito dos temas de saúde bucal abordados.

Figueiredo <i>et al.</i> 2010	Avaliar a influência de um programa de higiene bucal sobre a condição gengival de crianças.	Redução do índice de placa e de sangramento gengival e melhora no índice de higiene oral. Programas de educação em saúde são eficazes na melhoria da condição bucal das crianças.
Sigaud <i>et al.</i> 2017	Comparar a escovação antes e após a implementação de uma intervenção lúdica.	Intervenções educativas lúdicas são efetivas para a melhoria de comportamentos adequados referentes à prática de escovação.
Santos <i>et al.</i> , 2012	Descrever um projeto de educação em saúde bucal	Importância de atividades lúdico-pedagógicas no processo de educação infantil. Diálogo e a troca de experiência com os pais e professores é crucial para o êxito do projeto
Sousa <i>et al.</i> , 2018	Avaliar a eficácia de atividades de educação em saúde	Aumento no percentual de acertos do questionário; Importância de programas educativos periódicos na motivação do cuidado em saúde bucal
Taglietta <i>et al.</i> , 2011	Avaliar a influência dos programas de promoção de saúde escolar na prevalência de cárie em crianças.	Alunos que não participaram do programa tiveram piores condições de saúde bucal; Impacto positivo na redução da prevalência de cárie
ADOLESCENTES		
Migliato <i>et al.</i> , 2008	Avaliar um programa preventivo-educativo	Efeitos positivos na redução do sangramento gengival; Necessidade de prologar a estratégia proposta para obter melhora efetiva na promoção da saúde bucal.
Turrioni <i>et al.</i> 2012	Analisar a interferência das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família.	Melhora das condições de saúde bucal e de hábitos; A capacitação e o planejamento conjunto entre os profissionais da saúde e da escola são de suma importância
Viero <i>et al.</i> , 2015	Analisar a aquisição de conhecimentos sobre os temas: Saúde Bucal, Prevenção ao uso de Drogas e Sexualidade, junto a adolescentes	A ação pontual não trouxe resultados significativos os para o aumento do conhecimento na temática saúde bucal; foi percebido que atividades que despertam interesse como: atividades que favoreçam o diálogo, a troca de experiência e as próprias práticas promovem mais resultados
ADULTOS		
Lima <i>et al.</i> 2014	Avaliar condição de saúde bucal de trabalhadores participantes do Programa Saúde Bucal na Empresa.	Redução na incidência de cárie e necessidades de próteses entre os trabalhadores que participaram por um período maior no programa.
Moimaz <i>et al.</i> 2011	Relatar a experiência de um programa educativo-preventivo e analisar os resultados.	Promoveu melhora no índice de higiene oral
Neto <i>et al.</i> , 2015	Relatar experiência de um Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Boca.	A utilização de métodos de interação com o público promove um resultado positivo e auxilia na redução de indicadores e na sensibilização sobre os fatores de risco; A baixa participação de indivíduos do sexo masculino nas ações educativas reforça a necessidade de continuidade das atividades de educação em saúde e de rastreamento para esse grupo.

Silva <i>et al.</i> , 2013	Avaliar o conhecimento sobre saúde bucal de mães participantes de um programa educativo-preventivo	Houve redução do percentual de cárie, de placa bacteriana e sangramento gengiva. No entanto os hábitos alimentares mantiveram os mesmos. Conclui-se que a aquisição de conhecimentos é fundamental para melhorar as condições de saúde e que o processo de educação deve ser contínuo
IDOSOS		
Martins <i>et al.</i> , 2012	Descrever estratégias e resultados da campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal para a população com 60 anos ou mais.	A campanha trouxe benefícios à saúde bucal da população idosa. Entre 2005 e 2009, houve redução significativa na taxa de casos confirmados de câncer bucal em cada 100 000 examinados, de 20,89 para 11,12.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

PROGRAMAS DIRECIONADOS PARA OS ADULTOS

Entre os programas de saúde bucal voltados para os adultos destaca-se o estudo de Lima *et al.* (2015) que analisou o Programa de Saúde Bucal Empresarial. Um programa com atividades educativas individuais e coletivas associadas à prática assistencial clínica das necessidades observadas. As ações ocorreram em um período de cinco anos, e objetivaram além de restabelecer a saúde bucal do trabalhador, oferecerem instrumentos para busca da mudança de hábitos e comportamentos.

Outro programa de destaque voltado para o público adulto foi apresentado por Neto *et al.* (2015), com intuito de reduzir indicadores de morbidade do câncer de boca através da sensibilização sobre fatores de riscos e autoexame bucal. O programa abrangeu atividades de educação em saúde (oficinas com dinâmicas que estimularam a participação e diálogo com os participantes) e exame da cavidade bucal para o rastreamento de lesões.

Os serviços de saúde são essenciais para fornecer educação em saúde, com incentivo aos indivíduos para conhecer, avaliar e aplicar as informações compartilhadas. Roberto *et al.* (2018) ressaltam

que o acesso à informação é um fator modulador de hábitos e percepções em saúde entre os adultos, e indivíduos que relataram não ter acesso a informações usam os serviços de forma pontual, geralmente em condições precárias ou de urgência.

Silva *et al.* (2013) e Moimaz *et al.* (2011) relataram programas de educação em saúde bucal voltados para gestantes, ambos com atividades educativas com palestras, dinâmicas de orientação em grupo e acompanhamento clínico. Estes programas tiveram êxito com a melhora do índice de higiene bucal ao longo do acompanhamento do pré-natal, no entanto, ambos os estudos não verificaram mudanças do comportamento alimentar das gestantes, caracterizado por uma dieta cariogênica. Esse fato pode demonstrar a importância de os programas serem contínuos e direcionados para públicos em todas as fases da vida, para assim contribuir para a integralidade da promoção da saúde e incentivar de maneira ampla o autocuidado.

PROGRAMAS DIRECIONADOS PARA OS IDOSOS

Considerando uma estratégia de associar atividades de educação em saúde com outras existentes no Programa de Saúde da Família, Martins e colaboradores (2012) descreveram um programa educativo voltado para a prevenção do câncer bucal em idosos. O programa, preconizava a realização de atividades de orientação para o autocuidado, autoexame e exame clínico concomitantemente à campanha de vacinação da gripe. Esta estratégia visava atingir um público alvo que geralmente tem pouco acesso à assistência odontológica.

Quadro 2 - Principais intervenções realizadas nos programas de saúde bucal analisados nos estudos nacionais (2008-2018).

CURTO PRAZO (< 1 ano)			LONGO PRAZO (> 1 ano)		
AUTOR/ ANO	CICLO DE VIDA	INTERVENÇÃO REALIZADA	AUTOR/ ANO	CICLO DE VIDA	INTERVENÇÃO REALIZADA
Migliato <i>et al.</i> , 2008	Adolescentes	Palestras, vídeos educativos, histórias, músicas escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e assistência clínica.	Taglieta <i>et al.</i> , 2011	Crianças	Escovação supervisionada e orientação diária por Agentes Escolares. Assistência clínica e aplicação tópica de flúor.
Figueiredo <i>et al.</i> , 2010	Crianças	Planejamento inicial e identificação de fatores sociodemográficos da comunidade local. Exame clínico, evidenciação de placa, atividades lúdicas, escovação supervisionada.	Santos <i>et al.</i> , 2012	Criança	Planejamento inicial e identificação dos fatores sociodemográficos dos escolares. Jogos interativos, roda de conversa com as crianças e com os pais e professores.
Turrioni <i>et al.</i> 2012	Adolescentes	Exame clínico, ações educativas (rodas de conversas, dinâmicas, recursos audiovisuais, inclusão da saúde bucal nas disciplinas e capacitação dos Agentes Comunitários)	Carvalho <i>et al.</i> , 2013	Crianças	Palestras com atividades lúdicas adequadas à faixa etária. Tratamento Restaurador Atraumático (ART)
Vieiro <i>et al.</i> 2015	Adolescentes	Questionário e palestras pontuais.	Moimaz <i>et al.</i> 2011	Adultos	Palestras, dinâmicas, discussão em grupo, recursos audiovisuais, exame clínico.
Filho <i>et al.</i> , 2016	Crianças	Palestra, teatro, escovação supervisionada e jogos de perguntas.	Silva <i>et al.</i> , 2013	Adultos	Exame clínico, palestras educativas (orientações e uso de macromodelos), orientações individuais de acordo a necessidades particulares.
Sigaud <i>et al.</i> 2017	Crianças	Macromodelos, Rodas de conversas, evidenciação de placa e escovação supervisionada	Lima <i>et al.</i> , 2015	Adultos	Coleta de informações de natureza sociodemográfica, hábitos de vida e relacionados a saúde bucal. Exame clínico, atividades coletivas e individuais de forma sistêmicas.
Sousa <i>et al.</i> , 2017	Crianças	Palestras educativas e atividades lúdicas. Aplicação de questionário antes e após intervenção;	Neto <i>et al.</i> , 2015	Adultos	Oficinas (álbum seriado, folders, dinâmicas, diálogo com os participantes para identificar nível de conhecimento). Exame intraoral.
—	—	—	Martins <i>et al.</i> , 2012	Idosos	Palestras, grupos de orientação, exame clínico e material impresso.

Fonte: Elaborado pelas autoras

DISCUSSÃO

Desde a elaboração da Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, que a educação em saúde vem sendo preconizada e estimulada com vistas a tornar o cidadão apto a ser ator social responsável pela própria saúde e capaz de realizar escolhas saudáveis. Esse olhar para uma educação voltada não apenas para transmissão vertical de informação é essencial para uma boa resolubilidade das ações de promoção em saúde (BRASIL, 2008).

A educação em saúde é um campo que visa à promoção da saúde e a aproximação direta entre profissionais e usuários, na busca de uma relação que permita a coparticipação (FERREIRA *et al.*, 2014). Torna-se fundamental dentro dos programas de saúde pública, contribuindo tanto para a integralidade das ações quanto para a participação social, princípios fundamentais do SUS.

A prática de educação em saúde que favorece a vivência e o entendimento do conteúdo pelo indivíduo irá permitir a reflexão sobre sua própria saúde, incentivando o autocuidado e repercutindo na motivação em procurar o profissional para orientações e tratamentos específicos para suas necessidades, auxiliando assim, tanto na prevenção quanto na detecção precoce de doenças, além de reduzir custos com procedimentos mais especializados (SILVA *et al.*, 2017). Espera-se que as práticas de educação em saúde auxiliem no desenvolvimento de meios que induzam a construção de políticas voltadas para a saúde, estimulem ações comunitárias, desenvolvam habilidades individuais e que reorientem os serviços de saúde, conforme preconizado pelo modelo de atenção da Promoção da Saúde (BRASIL, 2008).

Segundo Figueiredo *et al.* (2010), tanto o modelo tradicional quanto o modelo dialógico de educação trazem algum tipo de benefício dentro dos programas de saúde. O conhecimento tradicional

pode ser usado em eventos com grandes números de pessoas, nos quais o objetivo é sensibilizar os presentes com relação a algum tema em específico. Já o dialógico quando se pretende realizar a mudança de hábitos e a construção da autonomia. Já Queiroz e colaboradores (2010), por outro lado, acrescentam que as atividades educativas que priorizam a transmissão de informações não têm o impacto esperado. É necessário valorizar o processo pedagógico participativo que favoreça ao indivíduo transformar o seu cotidiano de forma consciente e ativa. Neste contexto, é importante levar em consideração os aspectos socioeconômicos no planejamento das ações de educação em saúde, visto que indivíduos mais vulneráveis podem apresentar mais dificuldades de compreender, avaliar e aplicar as orientações compartilhadas sem levar em conta o contexto de vida dos cidadãos, prejudicando o processo de empoderamento e autocuidado (ROBERTO *et al.*, 2018).

De acordo com a PNSB, há a necessidade de ampliação do acesso à atenção à saúde bucal, com objetivo de reduzir a ênfase no modelo biomédico centrado na doença, e enfatizar a promoção de saúde, de modo a desenvolver a consciência sanitária, a qual se baseia na elucidação dos aspectos que condicionam e determinam a saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, o papel da educação em saúde dentro da PNSB é o de promover ações que permitam a apropriação dos meios de manutenção da saúde e dos fatores de risco para o adoecimento, com incentivo ao autocuidado e coparticipação por parte dos usuários.

A ampliação do acesso à saúde de forma a garantir a universalidade dos serviços de saúde bucal, pode ser realizada através das linhas de cuidado (grupos etários – reconhecendo as especificidades de cada idade) e por condição de vida (saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, entre outros) (BRASIL, 2004).

SUMÁRIO

A presente revisão da literatura, com estudos desenvolvidos em âmbito nacional, demonstrou que as atividades de educação em saúde bucal em sua grande maioria são ainda voltadas para crianças na faixa etária escolar. De acordo com os estudos com públicos em diferentes ciclos de vida foi observado que aproximadamente 88% dos escolares recebem informações de como prevenir os problemas bucais, entre os adultos e idosos, respectivamente, 37,5% e 59,6% nunca receberam nenhum tipo de informação de saúde bucal (MARTINS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; ROBERTO *et al.*, 2018).

Além disso, é notório que o baixo acesso a informações de saúde geralmente está associado a maior insatisfação com os serviços odontológicos utilizados (ROBERTO *et al.*, 2018). Indivíduos com pouco ou nenhum acesso à informação geralmente apresentam maiores perdas dentárias por cárie e tendem a procurar os serviços odontológicos em condições de saúde bucal precárias (HAIKAL *et al.*, 2014).

Conforme pode ser observado no Quadro 2, muitas intervenções educativas realizadas pelos programas de saúde bucal buscam a interação e o diálogo entre o profissional e o educando/ usuário, através de oficinas com atividades lúdicas, jogos, rodas de conversas e dinâmicas. O que corrobora com o preconizado pela PNSB (BRASIL, 2004). Contudo, vale salientar que ainda é significativo o número de ações educativas pontuais realizadas (período de curto tempo), o que não garante verificar a sensibilização e transformações nas pessoas envolvidas.

Ademais, os estudos analisados nos permitiram observar que ações direcionadas e específicas para cada grupo trazem resultados positivos e promissores. O uso de recursos lúdicos, associados a escovação supervisionada nos escolares, por exemplo, foram presentes em grande parte dos programas de saúde com crianças e demonstram ser instrumentos que auxiliam no processo de formação de hábitos saudáveis no público infantil (SANTOS *et al.*, 2012; CARVALHO *et al.*, 2013; SIGAUD *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2017).

Por outro lado, poucos programas relatados analisaram contexto sociodemográfico dos participantes, o que segundo Lemkuhl *et al.* (2015) é peça importante para o desenvolvimento, manutenção e mudança do comportamento, já que o estabelecimento de um ambiente propício para a mudança é fundamental para facilitar a adoção de comportamentos saudáveis.

Em relação aos programas de saúde bucal voltados para o público adulto e idoso, observou-se nesta revisão a importância de ações educativas que busquem a integralidade do cuidado e a intersetorialidade, de forma a levar a educação em saúde bucal para espaços além das unidades básicas e além dos consultórios odontológicos, já que há uma tendência destes grupos procurarem o serviço apenas em casos de urgência. Desta maneira estratégias como incluir a educação em saúde bucal nos programas de saúde do trabalhador, ou ainda utilizar momentos de campanhas (ex. vacinação da gripe) são pontos chaves para alcançar bons resultados na melhoria das condições de saúde bucal nestes grupos (MARTINS *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos que a educação em saúde bucal é estratégia fundamental da promoção da saúde, sendo considerada essencial pela PNSB. As intervenções educativas em saúde bucal podem ser instrumentos de conscientização, motivação e empoderamento no processo de formação dos usuários do serviço voltado para o autocuidado.

Também reconhecemos que o processo de educação em saúde que envolve o usuário do serviço na troca de saberes e construção do conhecimento (educação dialógica) é mais efetiva, pois é capaz de despertar a reflexão e maior interesse no tema em questão. A educação tra-

dicional pautada na simples transmissão vertical do conhecimento não demonstra ser eficaz na mudança e incorporação de hábitos saudáveis.

Por fim, considerando o maior número de experiências de programas de saúde bucal direcionados às crianças, nota-se a necessidade de incentivo às equipes de saúde bucal para elaboração de programas voltados também para o público de adolescentes, adultos e idosos. O acesso aos serviços públicos de saúde bucal ainda é insatisfatório no Brasil, havendo alta demanda para tratamento restaurador e reabilitador para estes grupos populacionais. Assim, ações educativas que promovam a autonomia e o autocuidado são essenciais para incentivar o equilíbrio e a manutenção da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. *Normas e Manuais técnicos – Brasília: Cadernos de Atenção Básica*; 17, Série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARTA DE OTTAWA. In: *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá; 1986.

CARVALHO, T. H. L.; PINHEIRO, N. M. S.; SANTOS, J. M. A. DOS; COSTA, L. E. D.; QUEIROZ, F. S.; NÓBREGA, C. B. C. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar do município de Patos-PB. *Rev. odontol. UNESP, Araraquara*, v. 42, n. 6, p.426-431, dez. 2013.

FILHO, J. H. P.; COSTA, F. M. S.; XIMENES, J. R.; SILVA, A. P.; QUIRINO, A. B. G.; SILVA, C. H. F. Educação em saúde bucal para escolares: Um relato de experiência de alunos do curso de odontologia da UNICATÓLICA. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, v. 2, n. 2., 2016.

FERREIRA, V. F.; ROCHA, G. O. R. da; LOPES, M. M. B.; SANTOS, M. S. dos; MIRANDA, S. A. de. *Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, n. 2, p. 363-378, ago. 2014.

FIGUEIREDO, M. I. O.; MOREIRA, T.T.; CLOSS, P.S.; CASTRO, R. F. M. C.; CORTELLI, S. C.; CORTELLI, J. R. Avaliação de um programa de saúde bucal de uma creche situada em uma área de exclusão social em Porto Velho- RO. *Saber Científico Odontológico*, Porto Velho, v.1, n.1, p. 31 - 41, jan./jun., 2010.

FREIRE P. *Pedagogia do oprimido*. 46a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

HAIKAL, D. S.; MARTINS, A. M. E. B. L.; AGUIAR, P. H. S.; SILVEIRA, M. F.; PAULA, A. M. B. de; FERREIRA, E. F. e. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 287-300, jan. 2014.

LEMKUHL, I.; SOUZA, M. V. C. de; CASCAES, A. M.; BASTOS, J. L. A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 336-346, set. 2015.

LIMA, L. S.; ARAÚJO, M. S.; CASTRO, P. P.; CANGUSSU, M. C. T. Condições de saúde bucal de industriários participantes de Programa de Saúde Bucal na Empresa. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 40, n. 132, p. 137-146, dez., 2015.

MARTINS, J. S; ABREU, S. C. C.; ARAÚJO, M. E.; BOURGET, M. M. M.; CAMPOS, F. L.; GRIGOLETTO, M. V. D. *et al.* Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev. Panam Salud Publica*. 2012.

MIGLIATO, K.; MENDES, E.; SOUZA, L.; CORTELLAZZI, K.; MISTRO, F.; PAGANINI, G.; BOZZO, R. Avaliação de um programa preventivo-educativo desenvolvido entre Uniararas e a Usina São João de Araras, SP. *RFO*, v. 13, n. 1, p. 14-18, janeiro/abril, 2008.

SUMÁRIO

MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; ROCHA, N. B.; SANTOS, S. M. G.; SALIBA, N. A. S. Resultados de dez anos do Programa de Atenção Odontológica à Gestante. *Rev. Ciênc. Ext.* v.7, n.1, p.42, 2011.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

NETO, J. N. C.; FALCÃO, M. M. L.; FREITAS, V. S. Participação dos homens em atividades de rastreamento do câncer bucal: um relato de experiência. *Extensão: Revista Eletrônica de Extensão*, Florianópolis, v. 12, n. 19, p. 25-32, nov. 2015.

OLIVEIRA, R. C. N.; SOUZA, J. G. S.; OLIVEIRA, C. C.; OLIVEIRA, L. F. B de; PELINO, J. E. P.; MARTINS, A. M. E. B. L.; ALMEIDA, E. R. de. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 85-94, jan. 2015.

QUEIROZ, S. M. P. L.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; BISINELLI, J. C.; MOYSÉS, S. T. Percursos para promoção da saúde bucal: a capacitação de líderes na Pastoral da Criança da Igreja Católica no Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 619-632, setembro, 2010.

ROBERTO, L. L.; NORONHA, D. D.; SOUZA, T. O.; MIRANDA, E. J. P.; MARTINS, A. M. E. B. L.; PAULA, A. M. B. de; FERREIRA, E. F. e; HAIKAL, D. S. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 823-835, mar., 2018.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p.4-5, jan. 2011.

SANTOS, K. T.; GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S. Saúde bucal nas escolas: relato de experiência. *Rev. Ciênc. Ext.*v.8, n.1, p.161-169, 2012.

SIGAUD, C. H. de S.; SANTOS, B. R. dos; COSTA, P.; TORIYAMA, A. T. M. Promoção da higiene bucal de pré-escolares: efeitos de uma intervenção educativa lúdica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 70, n. 3, p. 519-525, junho, 2017.

SILVA, R. A. da; NÓIA, N. B.; GONÇALVES, L. M.; PINHO, J. R. O.; CRUZ, M. C. F. N. da. Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes. *Rev. paul. Pediatr.* São Paulo, v. 31, n. 1, p. 83-89, mar. 2013.

SUMÁRIO

SILVA, G. G.; CARCERERI, D. L.; AMANTE, C. J. Estudo qualitativo sobre um programa de educação em saúde bucal. *Cad. Saúde colet.*, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.7-13, mar. 2017.

SOUSA, J. B. DE; LIMA, E. M. M.; BENTO, A. K. M.; QUEIROZ, L. G. S.; SILVA, C. H. F. DA. Saúde bucal na escola: Um estudo sobre atividades de educação em saúde para estudantes. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, [S.l.], v. 3, n. 1, nov. 2017.

TAGLIETTA, M. F. A. ; BITTAR, T. O. ; BRANDÃO, G. A. M. ; VAZQUEZ, F. L.; PARANHOS, L. R.; PEREIRA, A. C. Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba - SP / *RFO UPF*, v. 16, n. 1, 2011.

TURRIONI, A. P. S.; SALOMÃO, F. G. D.; MONTI, J. F. C.; VAZQUEZ, F. L.; CORTELLAZZI, K. L.; PEREIRA, A. C. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1841-1848, julho, 2012.

VIERO, V. S. F.; FARIAS, J. M. de; FERRAZ, F.; SIMÕES, P. W.; MARTINS, J. A.; CERETTA, L. B. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 484-490, setembro, 2015.

SUMÁRIO



4

Sarah dos Santos Conceição
Marília de Matos Amorim
Tatiana Frederico de Almeida

AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM ADULTOS:

panorama sobre a realidade
do nordeste brasileiro

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste capítulo é descrever a condição de saúde bucal na região Nordeste do Brasil a partir de dados extraídos da Pesquisa Nacional em Saúde 2013 (PNS). A PNS 2013 desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), foi um inquérito epidemiológico em que adultos foram entrevistados sobre a auto percepção de saúde bucal (padrões de higiene bucal e condições de saúde bucal com enfoque na perda dentária e necessidade de uso de prótese). Foram entrevistados 19.160 domicílios na região Nordeste. Na análise de dados, os indicadores de cobertura foram estratificados de acordo com grandes regiões, capitais, área urbana/rural, idade, cor da pele, sexo e escolaridade. Foram realizadas análises descritivas, verificadas as prevalências e seus intervalos de confiança a 95%. Os resultados indicaram que 85,9% das pessoas com 18 anos ou mais de idade escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia; 47,9% trocavam a escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso; 46,28% avaliaram sua saúde bucal como boa ou muito boa; 25,4% dos adultos informaram perda de 13 ou mais dentes e 30,9% usavam algum tipo de prótese dentária. Os dados desse estudo reforçam a necessidade de políticas e ações que reduzam as injustiças sociais em saúde bucal, principalmente na região Nordeste e que garantam o acesso universal aos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde bucal no serviço público brasileiro por muitos anos caracterizou-se em prestar assistência a grupos populacionais restritos, por meio de programas voltados para a cárie e doença periodontal, deixando grande parte da população excluída e depen-

dente de serviços meramente curativos e mutiladores, essas práticas tinham como resultado uma baixa cobertura da população e também pouca resolutividade (OLIVEIRA; SALIBA, 2005; NARVAI, 2006; ESSVEIN *et al.*, 2019) a política de saúde bucal no Brasil foi centrada na prestação de assistência à doença, e ainda hoje grande parcela da população brasileira não tem acesso a cuidados odontológicos. Pela Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal aos municípios. Insere-se, assim, a Odontologia no programa e, conseqüentemente, a possibilidade de ampliar e reorientar a atenção odontológica no Brasil. Dentro desse contexto, este estudo teve por objetivo avaliar a situação da equipe de saúde bucal inserida no Programa de Saúde da Família (PSF).

Com o objetivo de superar as desigualdades e reorientar o modelo de atenção à saúde bucal, foram estabelecidas em 2004 as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente (BRASIL, 2004). Desta forma, a partir de 2004, observou-se uma mudança positiva na resposta do Estado em relação à saúde bucal, que saiu de um papel secundário, passando a assumir condição mais prioritária nas ações governamentais (CHAVES *et al.*, 2017).

Conseqüentemente, houve uma expressiva melhora na condição de saúde bucal da população brasileira nos últimos vinte e cinco anos, tais mudanças ocorridas podem ser constatadas pela comparação dos inquéritos epidemiológicos nacionais realizados no país ao longo da história, destacando-se os levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986, 2003, 2010 e 2013, este último teve a colaboração do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BORGES *et al.*, 2014).

As informações da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) apontaram que a prevalência da cárie na população adulta de 35-44 anos reduziu, quando comparado com o inquérito de 2003.

SUMÁRIO

No que se refere à perda dentária, os dados evidenciaram que esta ocorreu em 25% dos adultos, sendo que a média de dentes perdidos reduziu de 13,5 em 2003 para 7,4 em 2010. No entanto, mais da metade dos idosos era acometida pelo edentulismo, tanto em 2010 quanto em 2003 (BRASIL, 2003, 2010).

Levando em consideração que as condições de saúde bucal retratam experiências acumuladas ao longo da vida e que são o resultado de uma profunda interação entre fatores biológicos e sociais, o monitoramento das iniquidades em saúde possibilita a avaliação das diferenças nos indicadores de saúde bucal entre os estratos socioeconômicos, raciais e de gênero, em diferentes momentos e territórios, podendo desta forma avaliar o impacto que as políticas de saúde desempenham sobre a coletividade, além do resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde (PERES *et al.*, 2014; VETTORE; DE AMORIM MARQUES; PERES, 2014; WATT *et al.*, 2015; CASH-GIBSON *et al.*, 2018; BASTOS *et al.*, 2019; DELGADO-ANGULO; MANGAL; BERNABÉ, 2019; RONCALLI *et al.*, 2019).

Neste sentido, os inquéritos de base populacional são ferramentas primordiais para a eleição de grupos e demandas prioritárias de atenção, além da elaboração de instrumentos para a formulação e a avaliação de políticas públicas vigentes segundo fatores sociodemográficos (NICO *et al.*, 2016). Realizou-se um estudo descritivo, utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Indicadores referentes às práticas de higiene e condições de saúde bucal foram analisados. Homens, idosos, pretos e pardos, indivíduos sem instrução e com nível fundamental incompleto, residentes na área rural e na região nordeste apresentaram as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal adequada e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa. Com relação à perda dentária, a total afetou cerca de 16,0 milhões. Tanto a perda dentária total quanto a de 13 ou mais dentes foi mais frequente em mulheres, indivíduos com 60 anos e

SUMÁRIO

mais de idade, com baixa escolaridade, residentes na área rural. Conclui-se que os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 reforçam a necessidade de políticas e ações que minimizem as desigualdades em saúde bucal, garantindo acesso aos subgrupos populacionais mais vulneráveis de acordo com suas necessidades de saúde. (NICO et al., 2016. PNS 2013 é a investigação de base domiciliar mais recente acerca da saúde bucal dos brasileiros. Nesta, adultos responderam a questionamentos sobre auto percepção de saúde bucal quanto aos padrões de higiene bucal, condições de saúde bucal com enfoque na perda dentária e necessidade de uso de prótese (PINHEIRO; TORRES, 2006; IBGE, 2015; NICO *et al.*, 2016).

Tendo em vista as disparidades regionais encontradas na situação de saúde bucal dos brasileiros, este capítulo se propõe descrever a condição de saúde bucal auto referida na PNS 2013, segundo fatores sócio demográficos na região Nordeste.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo utilizando os dados secundários da PNS 2013, realizada pela parceria entre o IBGE e o MS. A população de estudo da PNS foi composta por moradores do município participante, residentes em domicílios particulares permanentes e pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa. O tamanho amostral mínimo foi determinado em 1.800 domicílios por Unidade da Federação. Na região Nordeste a amostra selecionada foi de 24.980 domicílios, no entanto, apenas 19.160 domicílios participaram do estudo, portanto, a mesma quantidade de indivíduos foi entrevistada. Os dados deste trabalho foram obtidos através do DATASUS, módulo U – Saúde Bucal.

A PNS 2013 coletou dados de uma amostra probabilística em três etapas distintas: na primeira etapa, os setores censitários constituíram as unidades primárias de amostragem; na segunda etapa, os domicílios foram sorteados; e na terceira, foi selecionado aleatoriamente um morador com 18 anos ou mais de cada domicílio selecionado. O sorteio em cada etapa foi feito por amostragem aleatória simples. As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade do entrevistado e feitas com a utilização de computadores de mão programados adequadamente para processos de crítica das variáveis. O questionário foi subdividido em três partes: informações do domicílio, informações de todos os moradores e informações individuais do morador selecionado.

No presente estudo, foram avaliadas as seguintes variáveis de acordo com alguns indicadores sociodemográficos (sexo, faixa etária, raça-cor, nível de instrução, situação do domicílio, região metropolitana): a) frequência de pessoas de 18 anos ou mais de idade que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia; b) frequência de pessoas com 18 anos ou mais de idade que utilizavam escova dental, creme dental e fio dental para manutenção da saúde bucal; c) frequência de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que trocaram sua escova por uma nova, pelo menos, a cada três meses; d) frequência de pessoas com 18 anos ou mais que consideraram sua saúde bucal como boa ou muito boa; e) frequência de pessoas com 18 anos ou mais que apresentaram dificuldade de alimentar-se por problemas nos dentes ou dentadura e f) frequência de pessoas com 18 anos ou mais de idade com problemas de saúde bucal auto referidos, como perda dentária e uso de prótese.

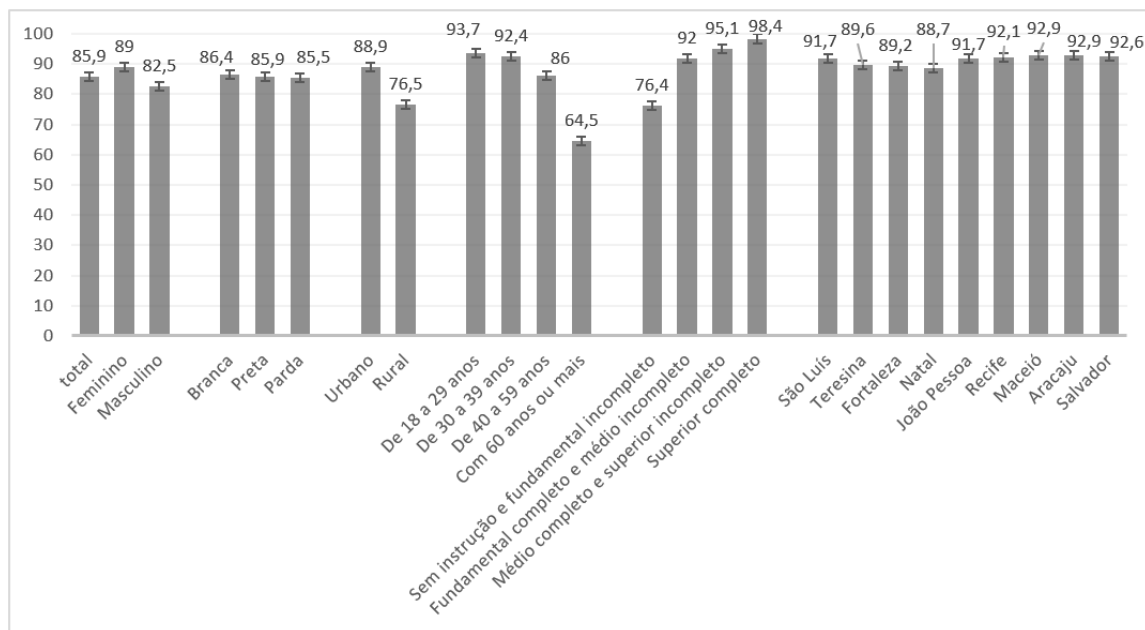
ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada a análise descritiva dos dados coletados pela PNS no que se refere à frequência absoluta e relativa para região Nordeste. Posteriormente, procedeu-se à estimativa da prevalência e seus intervalos de confiança a 95%, segundo sexo (masculino; feminino), faixa etária (em anos: 18-29; 30-39; 40-59 e 60 e mais), raça/cor da pele (branca; preta; parda), nível de instrução (sem instrução e ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo e médio incompleto; ensino médio completo e superior incompleto; ensino superior completo), área de residência (urbana; rural), além das metrópoles nordestinas. A análise dos dados do estudo foi realizada com o emprego do Excel e do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 22.0.

RESULTADOS

Segundo os dados da PNS 2013, na região Nordeste 85,9% dos indivíduos com faixa etária de 18 anos ou mais escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo este hábito menos frequente entre os homens em relação às mulheres, entre os pardos, indivíduos da zona rural, idosos, sem instrução e ensino fundamental incompleto. Com relação às regiões metropolitanas, dentre as capitais nordestinas, Natal apresentou o menor índice de indivíduos que escovavam os dentes duas vezes ou mais ao dia (Gráfico 1).

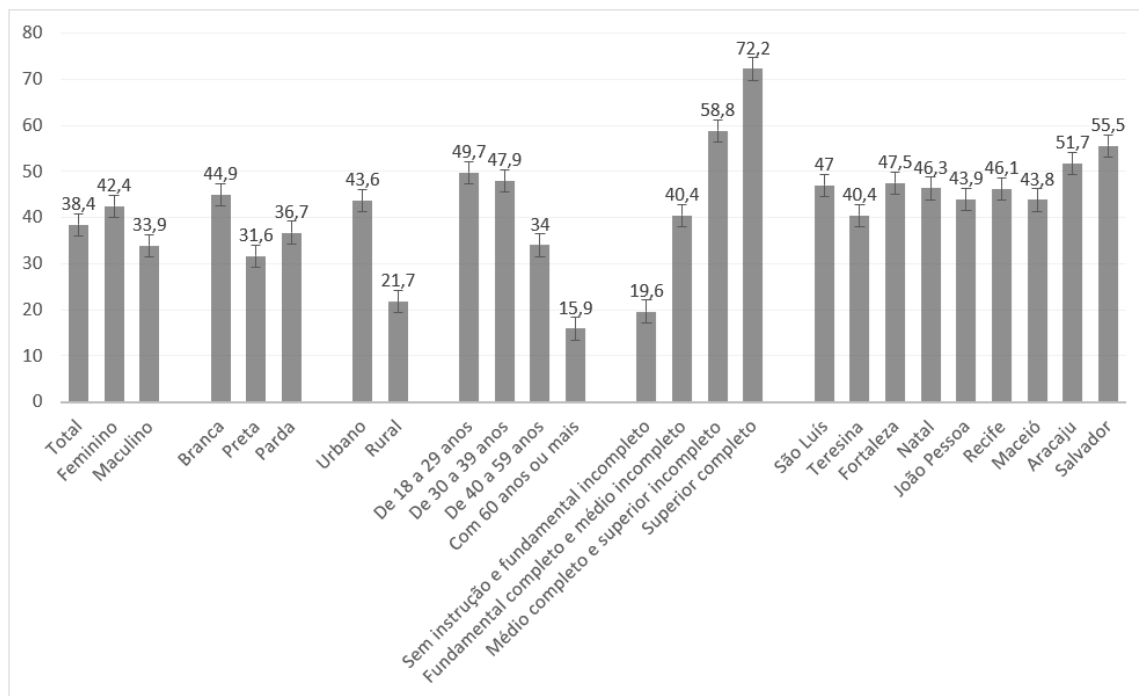
Gráfico 1 - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, segundo variáveis selecionadas (IC 95%) na região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

Em relação à frequência de pessoas com 18 anos ou mais que utilizavam escova, creme e fio dental para manutenção da saúde bucal, os menores percentuais observados na pesquisa foram entre os indivíduos do sexo masculino, pretos, da zona rural, com mais de 60 anos, sem instrução e ensino fundamental incompleto. Dentre as regiões metropolitanas, Teresina foi a metrópole que usou com menos frequência escova, pasta e fio dental para a higiene bucal (Gráfico 2).

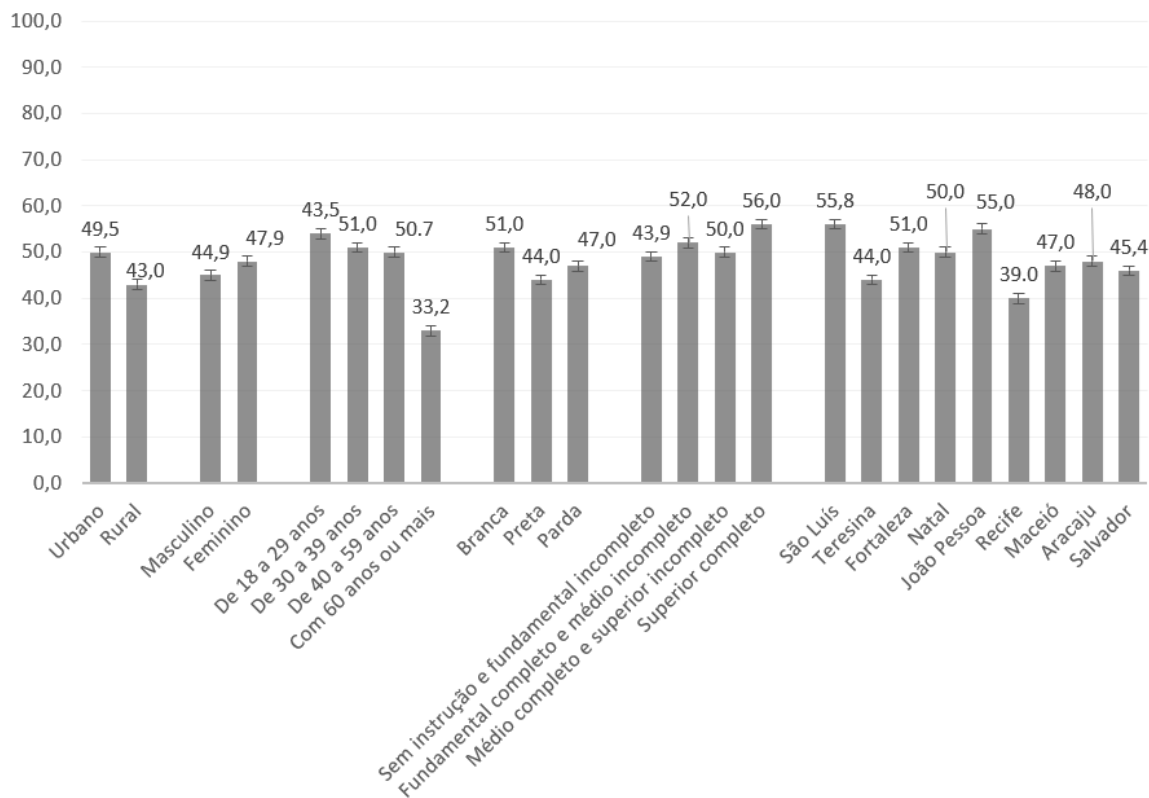
Gráfico 2 - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam escova, pasta e fio dental para a higiene bucal, segundo variáveis selecionadas (IC 95%), na região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

No que concerne à troca de escovas dentais por uma nova com menos de três meses de uso, os grupos que mostraram menor frequência foram os homens, da zona rural, com mais de 60 anos, de cor/raça preta, sem instrução e ensino fundamental incompleto e da região metropolitana de Recife. Por outro lado, maiores percentuais foram encontrados nos grupos de faixa etária de 18 a 29 anos, com cor/raça branca, com nível superior e residentes de São Luís (Gráfico 3).

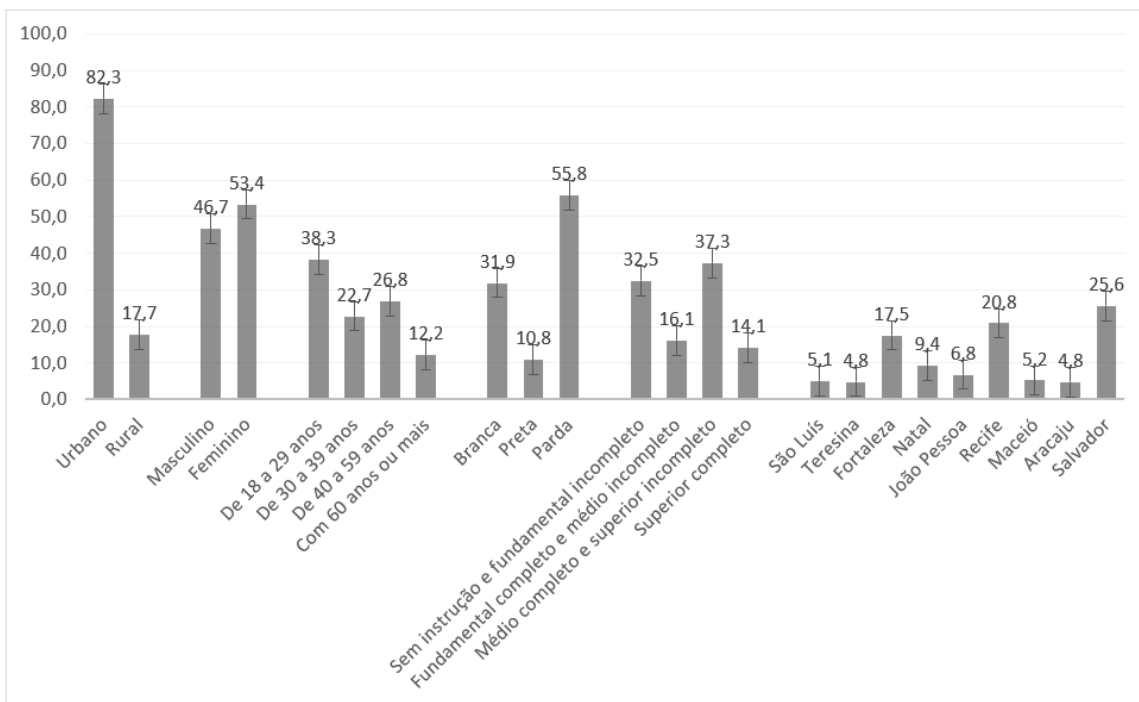
Gráfico 3 - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que trocaram escova dentais em menos de três meses de uso, segundo variáveis selecionadas (IC 95%), na região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

Levando em consideração a auto percepção de saúde bucal como boa ou muito boa, representaram os menores percentuais deste indicador os indivíduos do sexo masculino, idosos, de cor da pele preta, com nível superior completo e residentes da zona rural. Dentre as regiões metropolitanas nordestinas, Teresina e Aracaju apresentaram os piores resultados para este indicador (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição média de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consideram sua saúde bucal como boa ou muito boa, segundo variáveis selecionadas, (IC 95%) na região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

A tabela 1 evidencia a proporção de alguns indicadores da condição de saúde bucal verificadas, segundo variáveis selecionadas, indicando o intervalo de confiança a 95%. Os resultados demonstraram que 10,7% dos indivíduos entrevistados perderam todos os dentes. Entre estes a maioria foi constituída por mulheres, residentes na área rural, sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, de raça/cor branca, com mais de 60 anos e moradores da região metropolitana de Teresina. A proporção de indivíduos que perderam 13 ou mais dentes (25,4%) foi maior quando comparada àqueles que sofreram perda total dos dentes. O perfil sociodemográfico deste grupo foi semelhante

ao grupo que perdeu todos os dentes, sendo a maioria mulheres, moradoras da zona rural, sem instrução ou com fundamental incompleto, com mais de 60 anos. No entanto, a raça/ cor mais frequente neste caso foi a branca, e Natal foi a região metropolitana mais acometida.

Em relação à condição bucal “dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar”, as maiores proporções deste indicador foram verificadas entre os homens, pretos, de área de residência urbana, idosos e com menor escolaridade. Quanto à necessidade de algum tipo de prótese dentária, observou-se maior frequência nos indivíduos do sexo feminino, na faixa etária maior que 60 anos, com baixa escolaridade, residentes em zona urbana, de cor da pele branca e moradores na região de Natal (Tabela 1).

Tabela 1 - Proporção dos indicadores de condição de saúde bucal em adultos de 18 anos ou mais de idade, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança a 95%, na Região Nordeste.

Variáveis	Perda total dos dentes % (IC95%)	Perda de 13 ou mais dentes % (IC95%)	Dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar % (IC95%)	Uso de algum tipo de prótese dentária % (IC95%)
TOTAL	10,7(9,9-11,5)	25,4 (24,3-26,4)	5,9 (4,8-7)	30,9 (29,5-32,3)
Sexo				
Masculino	7,4 (6,6-8,3)	20,7 (19,2-22,1)	6,1 (4,2-8,1)	24,4 (22,7-26,2)
Feminino	13,6 (2,4-14,7)	29,5 (28-31,1)	5,8 (4,4-7,2)	36,6 (34,6-38,5)
Situação				
Urbano	9,7(8,8-10,6)	23,1 (21,9-24,4)	6 (4,6-7,4)	31,5 (29,8-33,1)
Rural	13,9(12,3-15,4)	32,6 (30,7-34,5)	5,7 (4-7,4)	29 (26,7-31,3)
Nível de instrução				
S/ instrução e fundam. Incomp.	19(17,6-20,4)	42 (40,3-43,8)	6,9 (5,5-8,2)	38,6 (36,7-40,6)
Fund.comp. e médio incomp.	4,5(2,8-6,1)	11,7 (9,7-13,8)	*	23,3 (20,5-26,1)
Médio comp. e sup. incomp.	2,6(2,0-3,2)	8,9 (7,6-10,2)	*	21,6 (19,5-23,6)

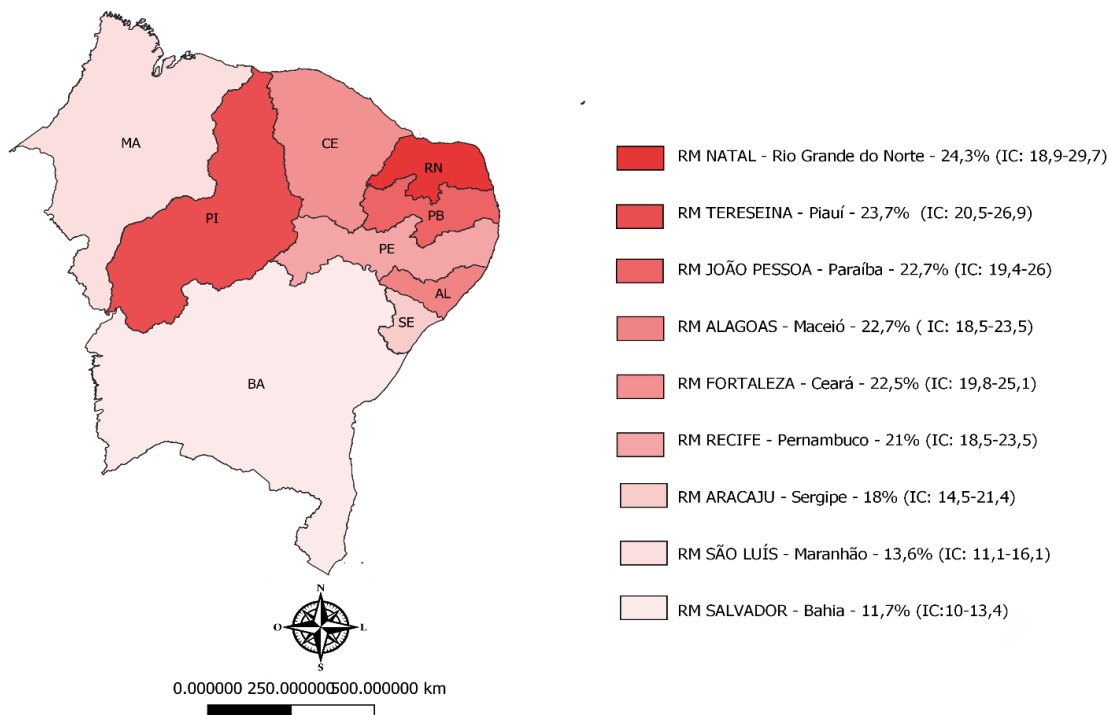
Superior completo	1,8(1,0-2,6)	10,4 (8,4-12,3)	*	31,8 (28,3-35,3)
Raça/cor				
Branca	11,7(10,4-13)	26,1 (24,3-28,1)	6,4 (4,4-8,5)	34,6 (32,7-36,6)
Preta	10,4(7,6-13,2)	24 (21,3-28,1)	8,6 (4,6-12,5)	27,8 (24,1-31,5)
Parda	10,4(9,4-11,4)	25,4 (24-26,8)	5,1 (3,7-6,4)	29, (28-31,4)
Faixa etária				
De 18 a 29 anos	*	*	*	4,6 (3,4-5,7)
De 30 a 39 anos	*	5,2 (4,2-6,3)	*	21,1 (19,1-23,1)
De 40 a 59 anos	9,4(8,3-10,6)	34,5 (32,2-36,8)	5,3 (3,6-7)	45,4 (43-47,9)
Com 60 anos ou mais	43,5(40,4-46,5)	75,1 (72,6-77,6)	6,7 (5-8,3)	59,1 (56-62,3)
Região Metropolitana				
RM São Luís	6(4,2-7,8)	13,6 (11,1-16,1)	*	20,3 (17,5-23,2)
RIDE Teresina	11,4(8,9-14)	23,7 (20,5-26,9)	*	27,8 (24,4-31,1)
RM Fortaleza	10,4(8,4-12,3)	22,5(19,8-25,1)	*	31,8 (28,5-35,2)
RM Natal	9,9(6,1-13,8)	24,3 (18,9-29,7)	*	36,7 (32,6-40,9)
RM João Pessoa	7,9(6,4-9,5)	22,7 (19,4-26)	*	35 (31,7-38,4)
RM Recife	6,5(5,2-7,9)	21 (18,5-23,5)	*	33,4 (30,4-36,4)
RM Maceió	7,3(5,5-9,2)	22,7 (18,5-23,5)	*	33,6 (30-37,3)
RM Aracaju	6,5(4,4-8,6)	18 (14,5-21,4)	*	28,3 (24,3-32,4)
RM Salvador	4,4(3,2-5,5)	11,7 (10-13,4)	*	27 (24,1-30)

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

* Número de casos menor que 30, insuficiente para determinar qualquer estimativa com precisão aceitável.

A Figura 1 traz a distribuição espacial da condição “perda de 13 ou mais dentes” na região Nordeste, mostrando que as regiões metropolitanas com maiores frequências deste indicador foram Natal, seguida de Teresina e João Pessoa. As menores frequências foram encontradas nas regiões metropolitanas de Salvador, São Luís e Aracaju.

Figura 1 - Frequência da perda de 13 ou mais dentes por Regiões Metropolitanas, com indicação do intervalo de confiança a 95%, na Região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

DISCUSSÃO

De acordo com análise dos dados, os homens, os pretos e pardos, os idosos, residentes na área rural da região Nordeste e com nenhuma ou com baixo nível de instrução apresentaram as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal e de auto percepção da

saúde bucal como boa ou muito boa, semelhantemente aos achados relacionados à perda dentária e dificuldade de se alimentar por problemas nos dentes ou prótese total em uso. As regiões metropolitanas de Natal, Teresina, Recife e São Luís apresentaram as piores condições referentes nos indicadores supracitados.

Segundo pesquisas nacionais, dentre as regiões brasileiras, o Nordeste apresentou as menores frequências de indicadores de higiene bucal adequada e de auto percepção da saúde bucal como boa ou muito boa, com maior prevalência entre os homens, pretos e pardos sem instrução e residentes nas áreas rurais, corroborando os achados desse estudo (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007; NICO *et al.*, 2016). Apesar dos avanços na condição bucal dos brasileiros atribuídos aos progressos da PNSB, são exorbitantes as diferenças entre as regiões brasileiras, o Nordeste apresenta as piores condições sociais, sanitárias e econômicas quando comparadas às outras regiões do país (VETTORE; AMORIM MARQUES; PERES, 2014).

No Brasil, a prevalência de doenças bucais relaciona-se com fatores de ordem biológica, comportamental e socioeconômica. Além disso, as iniquidades no acesso aos serviços de saúde por parte da população negra são evidentes (GUIOTOKU *et al.*, 2012; DELGADO-ANGULO; MANGAL; BERNABÉ, 2019) pretas ou pardas no Brasil. MÉTODOS: Foram utilizados dados secundários obtidos da base de dados da pesquisa nacional sobre a condição de saúde bucal da população brasileira (SB Brasil 2002-2003). No caso específico da assistência odontológica, bem como foi verificado no presente estudo, o acesso e o tratamento são mais acessíveis à população branca (BARRETO, 2017).

Indicadores epidemiológicos mostram uma associação positiva entre melhores níveis de frequência de escovação dentária com o sexo feminino, adultos jovens e maior nível de escolaridade (MAES *et al.*, 2006; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013) ratificando os achados do presente trabalho. O uso de produtos de higiene bucal

como escova, pasta e fio dental apresentou menor frequência em indivíduos com baixo nível de escolaridade e a situação de moradia em zona rural. Estudos nacionais e internacionais acerca da temática demonstram correlação entre o baixo nível de escolaridade, situação de moradia e o menor uso de produtos de higiene bucal (CURI; FIGUEIREDO; JAMELLI, 2018; GHAFARI *et al.*, 2018). Evidencia-se, também, que maior renda *per capita*, condições de moradia e nível de escolaridade podem resultar em maior acesso a serviços odontológicos e produtos de higiene bucal (MALTZ; BARBACHAN; SILVA, 2001; SUSIN *et al.*, 2005; PERES *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, indivíduos com diferenças acentuadas de escolaridade, moradia e renda apresentam desvantagens quanto à ocorrência de agravos bucais (GUIOTOKU *et al.*, 2012). Nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, em que os indivíduos apresentam melhores condições socioeconômicas e educacionais, mais de 80% da população em todas as faixas etárias passou por consulta odontológica com predomínio de utilização de serviços particulares, de acordo com dados do SB Brasil 2010, sendo tal realidade completamente diferente da região Nordeste (BRASIL, 2011). Ainda segundo este inquérito, o Brasil conseguiu sair da condição mundial de média prevalência da cárie dentária para baixa. Contudo, apesar dos resultados satisfatórios nacionalmente, chamam a atenção alguns aspectos que necessitam ser enfrentados, tais como: diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, pouca redução da cárie na dentição decídua, perda dentária e necessidade de prótese (NASCIMENTO *et al.*, 2014; ESSVEIN *et al.*, 2019). Infelizmente, a região Nordeste apresenta os maiores índices de perdas dentárias, comparadas a outras regiões do Brasil, demonstrando que a resolutividade dos programas de saúde bucal vigentes no país ainda é deficiente na região (VETTORE; AMORIM MARQUES; PERES, 2014).

SUMÁRIO

De acordo com estudo realizado no Sudeste brasileiro com adultos de 20 a 59 anos, residentes em zona rural, consideraram a auto avaliação da saúde bucal como negativa aqueles indivíduos com baixa escolaridade e raça/cor da pele preta ou parda, semelhante aos dados encontrados nesse trabalho (MATOS; LIMA-COSTA, 2006). Salienta-se que o avanço da idade parece ter influência na pior auto percepção de saúde bucal, pois os indivíduos com mais de 60 anos apresentaram os piores índices de auto avaliação de saúde bucal (PERES *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2016). Esta situação pode estar relacionada ao edentulismo e à necessidade prótese neste grupo etário. A literatura revela uma alta prevalência da necessidade de prótese dentária entre idosos, em ambas as arcadas (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011; GUIOTOKU *et al.*, 2012; LEITÃO, 2012; SOUZA *et al.*, 2016).

Outra questão que pode estar diretamente associada ao acesso da população aos serviços de saúde é o financiamento dos serviços públicos, principalmente nas regiões menos favorecidas economicamente. O Brasil Sorridente recebeu até 2005 investimentos de mais de R\$ 1,2 bilhão. No ano de 2006, foram investidos mais de R\$ 535,2 milhões e, em 2007, estimava-se uma ordem de R\$ 640 milhões. Para o período entre 2007 e 2010, o montante investido alcançou cerca de R\$ 2,7 bilhões (PUCCA JR., 2006). Todavia, o acesso dos nordestinos ao atendimento odontológico no setor público ainda era menor, quando comparados ao acesso dos moradores das regiões Sul e Sudeste.

Neste sentido, apesar dos avanços da PNSB e significativo crescimento de recursos financeiros voltados para a atenção à saúde bucal após sua implementação, a continuidade e a sustentação desta política estão ameaçadas, principalmente no cenário político-econômico atual brasileiro. Ainda persistem situações desfavoráveis em saúde, principalmente na região nordestina que necessitam ser reavaliadas e repensadas pelas políticas públicas (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011; BASTOS *et al.*, 2019) na perspectiva do financiamento federal, o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

SUMÁRIO

São fatores limitantes do presente estudo: a utilização de dados secundários e a análise de um inquérito que ocorreu há 07 anos. Ademais, a PNS 2013 trata-se de uma pesquisa com coleta de dados auto referidos, ou seja, não foi realizado o exame clínico bucal para a confirmação do estado de saúde dos indivíduos (BASTOS *et al.*, 2019). Dentre as vantagens deste estudo, é possível considerar que a análise realizada permite o reconhecimento da situação de saúde bucal dos moradores do Nordeste, o que possibilita o planejamento, execução e avaliação de ações específicas e mais efetivas em saúde.

Ressalta-se, também, a escassez de trabalhos acerca dessa temática realizados no Nordeste brasileiro, sendo necessário aprofundar a compreensão dos determinantes sociais em saúde para que possamos pensar em políticas justas e democráticas nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos grandes avanços provenientes da PNSB, ainda existem grandes desigualdades em saúde bucal na região Nordeste, conforme foi observado nesta análise dos dados coletados na PNS 2013. Este estudo revelou piores indicadores de higiene, agravos e auto percepção de saúde bucal entre homens, idosos, pretos ou pardos, moradores da zona rural e com baixa escolaridade. Desta forma, estes achados reforçam a necessidade de políticas e ações que minimizem estas desigualdades, de forma a garantir acesso às populações socialmente desprivilegiadas. Salienta-se também a necessidade de se desenvolverem estudos com metodologias mais robustas que evidenciem melhor inferências causais que embasem os resultados encontrados na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. Health inequalities: A global perspective. *Ciência e Saude Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017.

BASTOS, T. F.; MEDINA, L. DE P. B.; SOUSA, N. F. DA S.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National health survey, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, n. Suppl 2, 2019.

BORGES, C. M.; CAMPOS, A. C. V.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. E. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1849–1858, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB Brasil 2003 – Resultados Principais*. Brasília, 2003.

_____. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.

_____. *Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. – Resultados Principais*. Brasília, 2011.

CASH-GIBSON, L.; ROJAS-GUALDRÓN, D. F.; PERICÀS, J. M.; BENACH, J. Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966-2015). *PLoS ONE*, v. 13, n. 1, p. 1–22, 2018.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. DE L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F. DE; BARROS, S. G. DE; SANTOS, C. M. L. Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: Cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência e Saude Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.

CURI, D. S. C.; FIGUEIREDO, A. C. L.; JAMELLI, S. R. Factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population: An integrative review. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1561–1576, 2018.

DELGADO-ANGULO, E. K.; MANGAL, M.; BERNABÉ, E. Socioeconomic inequalities in adult oral health across different ethnic groups in England. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 17, n. 1, p. 3–9, 2019.

ESSVEIN, G.; BAUMGARTEN, A.; RECH, R. S.; HILGERT, J. B.; NEVES, M. Dental care for early childhood in Brazil: From the public policy to evidence. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, n. 1, p. 1–12, 2019.

GABARDO, M. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 33, n. 7, p. 439–445, 2013.

GHAFFARI, M.; RAKHSHANDEROU, S.; RAMEZANKHANI, A.; NOROOZI, M.; ARMOON, B. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. *International Journal of Dental Hygiene*, v. 16, n. 1, p. 59–67, 2018.

GUIOTOKU, S. K.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; BISENELLI, J. C. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 31, n. 2, p. 135–141, 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: Uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*, v. 21, n. 1, p. 197–215, 2011.

LEITÃO, R. Fatores Socioeconômicos Associados à Necessidade de Prótese, Condições Odontológicas e Autopercepção de Saúde Bucal em População Idosa Institucionalizada. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 12, n. 2, p. 179–185, 2012.

MAES, L.; VEREECKEN, C.; VANOBBERGEN, J.; HONKALA, S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal*, v. 56, n. 3, p. 159–167, 2006.

MALTZ, M.; BARBACHAN E SILVA, B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 170–176, 2001.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: Results from the SB-Brasil Project, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1699–1707, 2006.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. D. S. C. F. Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cadernos de saúde pública / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, v. 23, n. 6, p. 1383–1392, 2007.

SUMÁRIO

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 141–147, 2006.

NASCIMENTO, A. C.; MOYSÉS, S. T.; BISINELLI, J. C.; MOYSÉS, S. J. Oral health in the family health strategy: A change of practices or semantics diversionism [Saúde bucal na estratégia de saúde da família: Mudança de práticas ou diversionismo semântico]. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 455–462, 2009.

NASCIMENTO, S. DO; FRAZÃO, P.; BOUSQUAT, A.; ANTUNES, J. L. F. Dental health in Brazilian adults between 1986 and 2010. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. SUPPL.3, p. 69–77, 2014.

NICO, L. S.; ANDRADE, S. S. C. DE A.; MALTA, D. C.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; PERES, M. A. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 389–398, 2016.

OLIVEIRA, J.-L. C. de; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. suppl, p. 297–302, 2005.

PERES, M. A.; BARBATO, P. R.; REIS, S. C. G. B.; FREITAS, C. H. S. DE M.; ANTUNES, J. L. F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. suppl 3, p. 78–89, 2014.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. de. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 999–1010, 2006.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 243–246, 2006.

RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A.; CURY, J. A.; ZILBOVICIUS, C.; PINHEIRO, H. H. C.; ELY, H. C.; NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Fluoretação da água no Brasil: distribuição regional e acurácia das informações sobre vigilância em municípios com mais de 50 mil habitantes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, p. e00250118, 2019.

SOUZA, J. G. S.; SOUZA, S. E.; SAMPAIO, A. A.; SILVEIRA, M. F.; FERREIRA, E. F. E; MARTINS, A. M. E. DE B. L. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 11, p. 3407–3415, 2016.

SUSIN, C.; OPPERMAN, R. V.; HAUGEJORDEN, O.; ALBANDAR, J. M. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 63, n. 2, p. 85–93, 2005.

SUMÁRIO

VETTORE, M. V.; DE AMORIM MARQUES, R. A.; PERES, M. A. Social inequalities and periodontal disease: Multilevel approach in SB Brasil 2010 survey. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. SUPPL.3, p. 29–39, 2014.

WATT, R. G.; LISTL, S.; PERES, M.; HEILMANN, A. Social inequalities in oral health: from evidence to action. *International Centre for Oral Health Inequalities Research & Policy*, 2015.



SUMÁRIO



5

Eneli Rios Beserra
Ana Maria Freire de Souza Lima

ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS: um olhar sobre os métodos e possíveis vieses

DOI: [10.31560/pimentacultural/2021.827.119-139](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2021.827.119-139)

INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta os achados de uma revisão da literatura sobre estudos avaliativos da percepção e satisfação do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2005 a 2020, com análise das metodologias utilizadas e os possíveis vieses presentes nos seus resultados.

Em diversas áreas do saber, a avaliação é um elemento relativo às práticas em diferentes âmbitos e campos do espaço social (COSTA *et. al.*, 2008). A avaliação “pode ser considerada como um dos tipos de julgamento que se faz sobre as práticas sociais” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 15). Sendo a avaliação em saúde um julgamento de valor a respeito de uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), sobre qualquer um de seus componentes, para o seu aperfeiçoamento ou modificação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Há um espectro no campo da avaliação em saúde, e este julgamento pode ser resultado desde impressões primeiras até a pesquisa avaliativa, tendo uma diversidade de estudos que se situam na avaliação para a gestão ou na avaliação normativa (HARTZ, 1997; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

É uma área complexa pela diversidade terminológica, de enfoques teóricos, possíveis abordagens, atributos ou componentes avaliados (SILVA; FORMIGLI, 1994). Pela perspectiva de gerar mudanças, se apresenta como uma atividade essencial nos programas e políticas de saúde (COSTA *et. al.*, 2008). Na abordagem, há a tríade clássica proposta por Donabedian de “estrutura-processo-resultados”, a partir do referencial sistêmico, a qual pressupõe uma relação de causalidade entre esses três elementos dentro de uma determinada realidade (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A “estrutura” corresponde às características relativamente estáveis, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais, o “processo” é composto pelo conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, e os “resulta-

dos” são as mudanças verificadas no estado de saúde das pessoas, podendo ser consideradas nessa classificação as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Para proceder uma avaliação, além da delimitação do atributo a ser avaliado e da abordagem, é necessário delimitar o nível e escopo dessa avaliação, o qual pode contemplar ações de saúde de rotina, como por exemplo as consultas, internações e ações preventivas ou de promoção, os diversos setores de um serviço de saúde, as agências reguladoras, bem como os sistemas municipal, estadual e nacional (HARTZ e VIEIRA-DA-SILVA, 1995; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A percepção dos usuários é, portanto, um dos atributos denominados “relacionais” que pode fazer parte da avaliação, sendo muito útil para produzir informações relevantes sobre os serviços ofertados (VIEIRA -DA-SILVA, 2014).

Os estudos de satisfação dos usuários ganharam destaque principalmente na década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, na perspectiva do consumismo e da cultura da qualidade, sendo a satisfação do cliente uma meta a ser alcançada (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Nesse período, as pesquisas de satisfação focalizavam desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). No Brasil, essas pesquisas cresceram a partir da década de 1990, com a progressiva ampliação do controle social e participação dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), e desenvolvimento de ferramentas e políticas que permitissem a avaliação das equipes e intervenções no sentido de melhorar a qualidade dos serviços, dos resultados e da própria participação e controle social (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2010; BRANDÃO *et al.*, 2013; PAIVA *et al.*, 2015). Nesses estudos, os usuários relatam suas experiências na obtenção do acesso ao tratamento, estado físico e emocional diante dos problemas e necessidades de saúde, além de fornecerem informações relacionadas ao processo técnico do tratamento recebido (OLIVEIRA, 2009).

SUMÁRIO

Nessa perspectiva, estudos de avaliação da satisfação e percepção dos usuários em relação à saúde passaram a fazer parte do planejamento de ações e programas (MOIMAZ *et al.*, 2010). Verifica-se na literatura do campo o uso dos dois termos, percepção e satisfação, sendo bastante frequente o uso da expressão “satisfação”. Existem vários modelos que medem a satisfação do usuário, mas todos têm como pressupostos as percepções da pessoa que recebe o serviço em relação às suas expectativas, valores e desejos.

A satisfação pode ser definida como “avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde” (VAISTMAN; ANDRADE, 2005, p. 600). Envolve também o sentimento que resulta da comparação que a pessoa faz do resultado que ela obteve com determinado serviço com as expectativas que ela tinha em relação ao atendimento (GOUVEIA *et al.*, 2011). O conhecimento da expectativa e percepção das pessoas em relação aos serviços de saúde são uma das formas mais comuns de se medir a satisfação com esses serviços (VAISTMAN; ANDRADE, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Entretanto, há uma ênfase dada à categoria expectativa, por parte dos referenciais teóricos do marketing e da psicologia social, que nem sempre são aplicáveis no campo da saúde, em especial da saúde coletiva, onde valoriza-se mais a noção de necessidade (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Cabe destacar que a percepção de saúde deve ser entendida não somente pela interpretação de experiências e estado atual de saúde, mas também pelo conhecimento prévio sobre saúde e doença, e devem envolver ainda aspectos culturais e sociais do indivíduo e de sua comunidade (BRANDÃO *et al.*, 2013).

É muito comum nas investigações sobre satisfação dos usuários um resultado de satisfação elevada, o que pode representar um viés de gratidão ou medo de perder o direito ao serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Estudos dessa natureza são majoritariamente de base empírica, e poucos buscaram testar hipóteses ou

SUMÁRIO

teorias (*theory-testing studies*), ou mesmo construir uma teoria (*theory-building studies*) (OLIVEIRA, 2009). Essa pouca teorização ocorre por serem objeto de interesse apenas da gestão e de profissionais vinculados ao serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; 2006). Observa-se também polissemia de termos, métodos, abordagens e técnicas, com pouco consenso entre os pesquisadores. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivos identificar estudos de percepção e satisfação do usuário no SUS, no período de 2005 a 2020, e discutir as metodologias utilizadas e os possíveis vieses.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de uma revisão de literatura sobre estudos de avaliação da percepção e satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram selecionados artigos publicados sobre o tema em língua portuguesa, indexados na base de dados SciELO, LILACS e BIREME, no período de 2005 a 2020. Os descritores utilizados para busca foram: satisfação do usuário, percepção, instrumentos, avaliação em saúde.

Inicialmente, foram identificadas as características gerais, os métodos e instrumentos usados pelos estudos. Em seguida, foi realizada análise dos resultados e discussão a partir dos principais vieses desse tipo de estudo apontados por Esperidião e Trad (2005), a saber: o viés de gratidão, onde há omissão de questionamentos e críticas negativas dos usuários, o viés da aquiescência, no qual há tendência do indivíduo em concordar com o primeiro item da escala independente do seu conteúdo, o viés da influência da mídia como formadora de opinião, e o fenômeno da “alta” satisfação/ “exagero” da alta satisfação, o qual pode expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço mesmo que seja de baixa qualidade (Quadro 1).

Quadro 1 - Principais vieses e características relacionadas à alta satisfação de usuários dos serviços de saúde, identificados por Esperidião e Trad (2005).

Viés	Características
Gratidão – <i>gratitude bias</i>	Omissão de questionamentos e críticas negativas por parte dos usuários, e é verificado especialmente na avaliação de serviços públicos e em países em desenvolvimento. Pode aparecer em situações onde o usuário tem grande afinidade com os profissionais e/ou refletir uma postura de gratidão diante do pesquisador.
Aquiescência	Tendência do indivíduo em concordar com o primeiro item da escala independente do seu conteúdo, é, portanto, relacionada aos instrumentos que dispõem de escala. A ordem dos itens pode influenciar a resposta para mais ou para menos, e essa tendência aparece mais entre os usuários mais idosos e nos indivíduos com menor renda.
Fenômeno da “alta” satisfação/ “exagero” da satisfação	Quando o usuário atribui uma avaliação alta nas respostas fechadas e nas respostas abertas incluem comentários, restrições e recomendações sobre o mesmo item. Pode expressar contradição no serviço oferecido e/ou receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo sendo este de baixa qualidade. Pode também representar a expressão das técnicas empregadas na obtenção da informação como o tipo de entrevistador e o modo pelo qual as perguntas são formuladas e endereçadas.
Influência da Mídia	Influência da mídia de grande circulação como formadora de opinião pública. Por exemplo, quando conjuntos de mídia propagam uma ideia de serviço público desprovido de qualidade.

Fonte: Adaptado de Esperidião e Trad (2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento realizado na literatura científica reforça a existência de uma polissemia conceitual e metodológica sobre a percepção e satisfação do usuário. O Quadro 2 apresenta uma síntese dos treze estudos selecionados, no período de 2005 a 2020, com destaque para o autor/ano, título, tipo de estudo, amostra e local, instrumento de avaliação, dimensões avaliadas e resultado da avaliação (Quadro 2).

Dentre os treze artigos selecionados, 08 (61,5%) apresentaram metodologia quantitativa, 03 (23,1%) eram qualitativos e 02 (15,4%) eram de abordagem quali-quantitativa. Todos os estudos realizaram entrevistas, sendo que três deles utilizaram questionários semiestruturados (Quadro 2). Esperidião e Trad (2005) apontam que os métodos quantitativos são valorizados por permitirem alcançar uma amostra de usuários mais representativa da população, podendo ser administradas anonimamente, dispensando a presença de um pesquisador ou entrevistador treinado quando o questionário é autoaplicável. Entretanto, as autoras destacam que há um reducionismo nessa perspectiva, por não trabalhar os dados subjetivos do fenômeno da satisfação, e defendem a combinação de métodos por privilegiar espaços de análises quantitativas, as quais captam a amplitude do fenômeno, e qualitativas, que permitem aprofundar sua complexidade.

Além dos usuários, três estudos (23,1%) avaliaram também a percepção de profissionais (IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; MENDES *et al.*, 2012). Quanto ao local, a maioria das avaliações foram sobre dimensões relacionadas aos serviços de atenção primária à saúde, incluindo Unidades Básicas Tradicionais (UBS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (n=11, 84,6%) (COTTA *et al.*, 2005; IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; MOIMAZ *et al.*, 2010; MENDES *et al.*; BRANDÃO *et al.*, 2013; SANTIAGO *et al.*, 2013; MOIMAZ *et al.*, 2015; ARRUDA; BOSI, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018; FURLANETTO *et al.*, 2020). Um foi sobre o serviço de saúde bucal do município (REIS *et al.*, 2009) e um foi realizado nos Pronto Atendimentos de Ribeirão Preto, São Paulo (GOMIDE *et al.*, 2017).

Quanto aos questionários e instrumentos utilizados, 06 foram elaborados pelos próprios autores sem fazer referência direta a nenhum outro instrumento ou metodologia (COTTA *et al.*, 2005; REIS *et al.*, 2009; MOIMAZ *et al.*, 2010; MENDES *et al.*, 2012; ARRUDA; BOSI, 2016 e GOMIDE *et al.*, 2017), dois foram adaptados do *Primary Care*

SUMÁRIO

Assessment Tool (PCAT) (IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008), um adaptado do *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) (BRANDÃO *et al.*, 2013), dois usaram adaptações dos instrumentos do PMAQ (MOIMAZ *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2018), um se baseou na Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) (SANTIAGO *et al.*, 2013) e um citou ter se baseado na metodologia de Pasquali (FURLANETTO *et al.*, 2020). Quatro estudos destacaram o uso de escalas baseadas no modelo Likert (VAN STRALEN *et al.*, 2008; MENDES *et al.*, 2012; SANTIAGO *et al.*, 2013; FURLANETTO *et al.*, 2020).

O PCAT, instrumento elaborado nos Estados Unidos, na Universidade de John Hopkins e validado no Brasil, analisa os aspectos relacionados à atenção primária em países industrializados, com aplicabilidade em gestores, profissionais e usuários (IBAÑEZ *et al.* 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; PAIVA *et al.*, 2015). Contempla oito dimensões na atenção básica sendo eles: acesso, porta de entrada, vínculo, coordenação, enfoque familiar, orientação comunitária, elenco de serviços, profissionais de saúde. Na avaliação, cada resposta possuiu um significado numérico (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5) (IBAÑEZ *et al.* 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008). Van Stralen e colaboradores (2008) consideraram que devido ao PCAT mensurar apenas a ação de profissionais, na maioria médicos e enfermeiros, e não contemplar os agentes comunitários de saúde, pode ter levado ao baixo índice de satisfação das dimensões enfoque familiar e orientação comunitária considerando os princípios e as diretrizes da Saúde da Família.

O EUROPEP, instrumento desenvolvido por médicos e generalistas em oito países da Europa, tem como objetivo avaliar o cuidado recebido no atendimento pela perspectiva do usuário (PAIVA *et al.*, 2015). Avalia serviços de medicina geral e familiar em cinco dimensões de satisfação: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e

apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços. O instrumento utilizado é constituído por 3 categorias: 1) indicadores chaves - relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, organização dos serviços; 2) indicadores de áreas específicas de satisfação - consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados; 3) informações sobre os usuários - dados socioeconômicos, condições de saúde e experiência pós atendimento. A mensuração das respostas é feita através de cinco expressões distintas de satisfação "muito bom", "bom", "regular", "ruim", "péssimo", "não se aplica" (BRANDÃO *et al.*, 2013). Brandão *et al.* (2013) consideraram que a adaptação da versão europeia para uma realidade de grande centro urbano da região sudeste do Brasil pode não ser adequada para outras regiões do país, devido à diferentes realidades socioeconômicas e demográficas e pelo enfoque da atuação do profissional médico de família não abranger outros profissionais da ESF.

O instrumento do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade (PMAQ), elaborado pelo Ministério da Saúde, objetivou ampliar o acesso e qualidade e é aplicado em equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centro de Especialidades Odontológicas e usuários (PAIVA *et al.*, 2015). Rodrigues *et al.*, (2018) utilizaram uma adaptação da versão desse instrumento de 2015, e consideraram como principal limitação do uso de questionários apenas quantitativos não contemplar a subjetividade da percepção da satisfação. Moimaz *et al.*, (2015) elaboraram um formulário adaptado dos instrumentos PMAQ e Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). O instrumento PNASS busca avaliar a qualidade dos serviços de saúde do usuário e tem aplicabilidade a usuários, gestores e profissionais (PAIVA *et al.*, 2015). Em ambos estudos, os autores apresentam como limitação a realização das entrevistas na própria unidade de saúde, que apesar da imparcialidade dos entrevistadores e do questionário ser aplicado em

SUMÁRIO

sala separada os usuários entrevistados podem não ter relatado tudo o que julgavam pertinente (MOIMAZ *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2018)

Santiago *et al.*, (2013) tiveram como referência a análise de estudos sobre indicadores, dimensões e propostas de qualificação da atenção à saúde realizado pela Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), priorizando a avaliação da relação interpessoal no âmbito da atenção básica nas dimensões de confidencialidade das informações, direito à informação, conforto, dignidade e cortesia, acessibilidade, assistência clínica, tempos de espera e desenvolvimento de atividades comunitárias. Os autores também utilizaram como referencial teórico a proposta de Donabedian, através da avaliação da estrutura (condições oferecidas pelas unidades de saúde) e processo de trabalho (ação e inter-relação humana na atenção à saúde do usuário).

Furlanetto *et al.* (2020) utilizaram um questionário elaborados segundo a metodologia de construção de testes psicológicos proposta por Pasquali, na qual consta um bloco para caracterização sociodemográfica dos usuários e dois blocos referentes à satisfação dos usuários e responsividade das UBS, e mensurou os níveis de satisfação como “muito satisfeito”, “satisfeito”, “nem satisfeito, nem insatisfeito”, “insatisfeito” e “muito insatisfeito”.

A avaliação baseada na escala Likert foi utilizada por Van Stralen *et al.*, (2008), Mendes *et al.*, (2012), Santiago *et al.*, (2013) e Furlanetto *et al.*, (2020). Mendes *et al.*, (2012) e Santiago *et al.*, (2013) utilizaram um questionário com questões fechadas mensuradas com valor de 0 a 10, calculadas a média por indivíduo e categoria e consideraram a satisfação estabelecida como “boa” ou “muito boa”, “alta” ou “muito alta” quando a média geral das notas foi igual ou superior a 7,03. Van Stralen *et al.*, (2008) atribuíram ao seu questionário seis opções de resposta (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; e sempre = 5), e Furlanetto *et al.*, (2020) utilizaram escala

do tipo Likert de 5 fases para avaliar o nível de satisfação com perguntas indiretas e diretas. Para Esperidião e Trad (2005), as escalas baseadas nesse modelo abordam a satisfação de modo indireto, pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o serviço ou sobre o profissional, a partir de categorias que variam entre: “concordo plenamente” e “discordo plenamente”. Esses tipos não são considerados escalas de satisfação propriamente ditas, e sim instrumentos psicométricos ou escalas de sintomas ou de qualidade de vida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Com relação as dimensões avaliadas a maior parte dos estudos avaliaram acolhimento, vínculo e o atendimento prestado pelos profissionais (COTTA *et al.*, 2005; IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; REIS *et al.*, 2009; MOIMAZ *et al.*, 2010; MENDES *et al.*, 2012; BRANDÃO *et al.*, 2013; SANTIAGO *et al.*, 2013; ARRUDA; BOSI, 2016; GOMIDE *et al.*, 2017; FURLANETTO *et al.*, 2020). De maneira geral, os autores caracterizam o perfil dos usuários entrevistados, mas as dimensões sociodemográficas e econômicas foram elementos mais discutidos por Cotta *et al.*, (2005), Ibañez *et al.*, (2006), Moimaz *et al.*, (2010, 2015), Furlanetto *et al.*, (2020). As dimensões acesso e/ou acessibilidade, incluindo subdimensões como tempo de espera e de agendamento também aparecem na maioria dos artigos (IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; REIS *et al.*, 2009; MOIMAZ *et al.*, 2010; MENDES *et al.*, 2012; SANTIAGO *et al.*, 2013; ARRUDA; BOSI, 2016; GOMIDE *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018) (Quadro 2).

Quanto aos principais resultados, verificou-se satisfação ou elevada satisfação para a maioria das dimensões relacionadas ao atendimento da equipe e dos profissionais, e para o serviço em geral. A insatisfação total ou parcial esteve presente nas dimensões de coordenação, enfoque familiar e orientação comunitária (IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; SANTIAGO *et al.*, 2013), acesso, incluindo consultas, medicamentos e exames, tempo de espera para atendimento e agendamento, acolhimento e comunicação profissional-paciente,

SUMÁRIO

estrutura física e conforto (REIS *et al.*, 2009; MOIMAZ *et al.*, 2010; MENDES *et al.*, 2012; SANTIAGO *et al.*, 2013; ARRUDA; BOSI, 2016).

Um importante aspecto identificado ou discutido pelos autores dos estudos sobre percepção e satisfação dos usuários dos serviços de saúde são os vieses. Os principais vieses de resposta estão sintetizados no Quadro 1, adaptado de Esperidião e Trad (2006). Dos treze estudos revisados, cinco identificaram e/ou discutiram sobre esses vieses, particularmente os da “alta satisfação” e da “gratidão”. Além desses, alguns autores relataram outros aspectos que podem ter interferido nos resultados da avaliação.

Cotta *et al.*, (2005) e Reis *et al.*, (2009) usaram como instrumento um questionário semiestruturado elaborado pelos próprios autores para avaliar o grau de satisfação do usuário. Os instrumentos elaborados numa “produção caseira”, os chamados *homem a de questionnaire*, segundo Esperidião e Trad (2005) corroboram com a falta de padronização entre os instrumentos dentro de um mesmo país, dificultando a comparação dos resultados. Reis *et al.*, (2009) identificaram o viés da alta satisfação, relatando que apesar de os usuários classificarem os serviços de saúde geral e odontológico como satisfatórios em quase metade dos casos, havia diversas queixas nos relatos sobre os atendimentos, como organização dos serviços e da demanda, infraestrutura ruim, falta de recursos humanos e humanização no atendimento. Ambos estudos verificaram alta satisfação dos entrevistados, associando-a à tendência por parte dos usuários mais vulneráveis, com baixa escolaridade e renda mensal, de avaliar positivamente os serviços.

Cotta *et al.*, (2005) destacam também outros aspectos em seu estudo, como o predomínio de mulheres, pelo fato de as entrevistas terem sido realizadas no domicílio e no período diurno, a escolaridade e a renda, sendo no estudo 54,7% dos entrevistados analfabetos funcionais e 53% trabalhadoras do lar ou aposentadas (23,4%). Os autores consideram que o baixo nível de escolaridade, bem como a

baixa renda familiar mensal dos usuários podem ter contribuído para um juízo de valor menos crítico e mais condescendente com o serviço recebido (COTTA *et al.*, 2005). Esse fenômeno também foi relatado por Moimaz *et al.*, (2015), e pode ser caracterizado como viés da gratidão (Quadro 1). Brandão e colaboradores (2013) consideram que além do viés da gratidão, induzido também pela aplicação do questionário logo após a consulta, a alta satisfação pode estar relacionada a um nível baixo de expectativas, já que a rede de serviços de saúde no Rio de Janeiro configura-se como uma rede com dificuldades de acesso pelos usuários. Assim, com a expectativa mais baixa, o usuário afirma estar satisfeito com um serviço de qualidade ruim. Os autores também destacam as relações assimétricas e pouco participativas entre usuários, profissionais e gestores, reduzindo a capacidade críticas dos envolvidos (BRANDÃO *et al.*, 2013).

Van Stalen *et al.* (2008) não utilizaram a dimensão de confiabilidade/expectativa em seu estudo, e discutiram que mesmo havendo um grau alto de satisfação para com os serviços de saúde em geral, poderá existir insatisfação em relação a componentes específicos, particularmente o tempo de espera e a comunicação entre profissionais e usuários. Esse achado condiz com o fenômeno do “exagero” da satisfação (Quadro 1). Gomide *et al.* (2017) também reconhecem o viés da alta satisfação na sua pesquisa, e o associa ao receio do próprio usuário de perder o direito ao atendimento, além da baixa escolaridade influenciar no conteúdo de suas falas (GOMIDE *et al.*, 2017).

Brandão *et al.* (2013) consideram o instrumento EUROPEP adaptado de fácil aplicação. Os autores discutem que na Europa utiliza-se o instrumento de forma autoaplicável, onde as pessoas recebem o questionário, preenchem e o devolvem pelo correio ao centro de saúde. No processo de adaptação, o instrumento foi aplicado por entrevistadores treinados, do lado de fora do serviço de saúde, após o atendimento do usuário (BRANDÃO *et al.*, 2013). Moimaz *et al.*, (2005), Rodrigues

et al., (2018) e Furlanetto *et al.*, (2020) também realizaram entrevista individual para coletar os dados nas Unidades de Saúde. Entrevistas no próprio serviço após o atendimento podem favorecer o fenômeno da “alta satisfação” / “exagero” de satisfação. A satisfação medida logo após a consulta costuma estar associada a aspectos da relação médico – paciente, em especial a informação dada a respeito da doença e seu tratamento, e, o indivíduo tende a ser mais crítico com o passar do tempo à medida que tem sua expectativa superada, novas são formadas (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Rodrigues *et al.*, (2018) discutem sobre o “fenômeno da elevação da taxa de satisfação” relacionando-o às piores condições socioeconômicas, mas afirmam que não foi encontrado em seu estudo, pois a insatisfação foi reportada com mais frequência. Por outro lado, os autores apontam como uma limitação a realização das entrevistas na própria UBS, mesmo em sala reservada, os usuários podem não ter relatado tudo o que gostariam. Santiago *et al.*, (2013) destacam que o viés da alta satisfação não apareceu no seu trabalho devido à avaliação das equipes de Saúde da Família terem sido realizadas em diferentes momentos do atendimento.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de diversos instrumentos e dificuldades metodológicas relatadas na literatura comprometem a comparação dos achados. Verificou-se no período analisado a presença dos vieses sistematizados por Esperidião e Trad (2005), principalmente do fenômeno da “alta satisfação” e do viés da gratidão.

Cabe destacar a avaliação da percepção e satisfação dos usuários dos serviços de saúde como um processo complexo, sobretudo na realidade brasileira, um país desigual, de dimensões continentais, com diferentes níveis de implantação e qualidade dos serviços do SUS, bem

como a baixa escolaridade de parte significativa da população e presença de fragilidades nos aspectos relacionados ao exercício da cidadania, empoderamento e autonomia dos usuários. Recomenda-se o aperfeiçoamento das metodologias e instrumentos de avaliação, busca de consensos, incorporação e aprofundamento de teorias analíticas nos estudos, reflexões sobre a aplicação, vantagens e limitações em cada realidade, bem como investimento por parte dos avaliadores na construção de estratégias para fomentar o engajamento dos usuários no processo avaliativo.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no nordeste do Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 21, n. 61, p. 321-332, 3 out. 2016.
- BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, jan. 2013.
- COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; BATISTA, R. S.; GOMES, A. P.; MARTINS, P. C.; FERREIRA, M. L. S. M. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 705-726, 2008.
- COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, out/dez. 2005.
- ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 303-312, dec. 2005.
- ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.
- FURLANETTO, D. L. C.; LIMA, A. A.; PEDROSA, C. M.; PARANAGUÁ, T. T. B.; XAVIER, M. F.; SILVA, A. K. P. et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária

no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1851-1863, maio 2020.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, A. L. P.; GAL-LARDO, M. P. S.; A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 387-398, 21 set. 2017.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, mar. 2011.

HARTZ, Z. M. A. (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H. D.; VIANA, A.L.D. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 683-703, set. 2006.

MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; FIGUEIREDO, K. E. G.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, nov. 2012.

MOIMAZ, S. A. S.; MARQUES, J. A. M.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; ZINA, L. G.; SALIBA, N. A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010.

MOIMAZ, S. A. S.; ROS, D. T.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, C. A. S. O cidadão usuário do serviço odontológico do Sistema Único de Saúde sabe onde reclamar? O controle social na saúde. *J Health Sci Inst.* v. 33, n. 4, p.323-327, 2015.

OLIVEIRA, R. S. Avaliação do grau de satisfação do usuário nos serviços de saúde bucal nos serviços da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 11, n. 4, p. 34-38, 2009.

PAIVA, M. B. P. Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

PAIVA, M. B. P.; MENDES, W.; BRANDÃO, A.L.; CAMPOS, C. E. A. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva

SUMÁRIO

do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 925-950, set. 2015.

REIS, C.; MARTELLI-JÖNIOR, H.; FRANCO, B. M.; SANTOS, A. A.; RAMALHO, L. M. P. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1287-1295, ago. 2009.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, dez. 2010.

RODRIGUES, K. Z.; MATTOS, C. F. P.; FERREIRA DA, K. L. F. A.; SCHMITT, E. J.; GABARDO, M. C. L. Grau de satisfação entre os usuários de uma unidade básica de saúde no estado do Paraná, Brasil. *Sci Med.*, v. 28, n. 4, p. 1-10, 2018.

SANTIAGO, R. F.; MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M.; SOUZA, W. V. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, jan. 2013.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, set. 2005.

VAN STRALEN, C.J.; BELISÁRIO, S. A.; VAN STRALEN, T. M. B. S.; LIMA, A. M. D.; MASSOTE, A. W.; OLIVEIRA, C.D.L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008.

VEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SUMÁRIO

Quadro 2 - Síntese dos artigos sobre avaliação da percepção e satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde do SUS, 2005 a 2020.

Autor/ ano	Título	Tipo de Estudo e amostra	Instrumento	Dimensões avaliadas	Principais resultados	Autores identificam/ discutem vieses*
Cotta <i>et al.</i> , 2005	A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde	Observacional de corte transversal, quanti-qualitativo; 364 usuários do PSF do município de Teixeira, Minas Gerais	Questionário semiestruturado elaborado pelos autores	Aspectos socio-demográficos e econômicos; Nível de satisfação do atendimento prestado pela equipe; Acolhimento; Vínculo	Elevado grau de satisfação para todas as dimensões	Alta satisfação
Ibañez <i>et al.</i> , 2006	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	Quantitativo; 2.923 usuários e acompanhantes e 167 profissionais de Sufis em municípios do estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes	Questionário adaptado dos instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT)	Sexo, idade, escolaridade, formação, e bens de consumo; Acesso; Porta de entrada; Vínculo; Integralidade; Coordenação; Enfoque familiar; Orientação comunitária	Porta de entrada e vínculo: satisfatória para profissionais e usuários. Elenco de serviços: bem avaliada pelos profissionais e razoável pelos usuários. Coordenação, enfoque familiar e orientação comunitária: satisfatórias para profissionais e insatisfatória para usuários	Não
Van Stralen <i>et al.</i> , 2008	Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família Região Centro-Oeste do Brasil	Quantitativo; 490 usuários, 133 acompanhantes e 302 profissionais em UBS tradicional e ESF em cidades com mais de 100 mil habitantes em Goiás e Mato Grosso do Sul	Questionário elaborado a partir do PCAT adaptado para a pesquisa do tipo Likert (0-5) Questionário autoaplicável para os profissionais e aplicado com usuários e acompanhantes	Acesso; Porta de entrada; Vínculo; Coordenação; Enfoque familiar; Orientação comunitária; Elenco de serviços; Profissionais de saúde	Na perspectiva dos usuários (ESF/ UBS Tradicional): Acesso: 2,0/2,22 Porta de entrada: 4,51/ 4,33 Vínculo: 3,92/3,63 Coordenação: 3,4/7/3,43) Enfoque familiar: 1,88/1,45 Orientação comunitária: 2,23/1,48 Elenco de serviços: 2,23/1,48 Profissionais de saúde: 3,74/3,64	Não

Reis <i>et al.</i> , 2009	Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário"	Qualitativa; 26 usuários do serviço de saúde bucal do município de Grão Mogol, Minas Gerais	Questionário semiestruturado elaborados pelos autores e observação direta	Percepção processo saúde/doença bucal; Conhecimentos, práticas e valor atribuído à saúde bucal; Acesso aos serviços; Relação profissional/paciente e assistência recebida	Serviço passa por mudanças, mas há prática iatrogênica-mutiladora. Usuários percebem a evolução, mas também a necessidade de melhora no acesso e na comunicação profissional/paciente. Percebeu-se maior valorização da saúde bucal como algo importante na vida dos indivíduos.	Não
Moimaz <i>et al.</i> , 2010	Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde	Qualitativo e quantitativo; 471 chefes de família ou respectivos cônjuges da usuários da atenção básica de cinco municípios do Estado de São Paulo	Questionário semiestruturado elaborado pelos autores, com questões abertas e fechadas	Aspectos socio-demográficos e econômicos e de assistência; Acessibilidade; Resolubilidade; Integralidade; Vínculo; Acolhimento	61,7% considerou os serviços gerais como ótimo e bom; 41,7% considerou os serviços odontológicos como ótimo e bom. Deficiência quanto ao acolhimento, vínculo, tempo de espera e filas, recursos físicos e materiais.	Alta satisfação
Mendes <i>et al.</i> , 2012	Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer	Quantitativo; 1.180 usuários e 117 profissionais da ESF e UBS Tradicionais do Recife, Pernambuco	Questionário estruturado com questões fechadas, baseado na escala Likert (0-10), questionário baseado em conceitos aplicado aos profissionais e observação sistemática	Acesso; Vínculo; Situação de saúde; Caracterização do atendimento Condições do atendimento; Tempo de espera	Na perspectiva do usuário (ESF/UBS Tradicional) Satisfeitos: vínculo (86,2%/92%); nível de saúde bom ou regular (90,5%/ 95,5%); distância da unidade (80,4%/ 71,6%) Insatisfeitos: Tempo de espera, recebimento de medicação, facilidade para realizar exames (> 50% nos dois tipos de unidade).	Não

Brandão <i>et al.</i> , 2013	Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros	Quantitativo; 289 usuários da ESF em um Centro de Saúde Escola no município do Rio de Janeiro	Questionnaire adaptado do European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)	Relação e Comunicação; Cuidados Médicos; Informação e Apoio; Continuidade e Cooperação; Organização dos serviços	Relação e comunicação: muito bom (88,9%); Cuidados médicos: bom (79,5%) Informação e Apoio: bom (82,3%); Continuidade e Cooperação: regular (61%); Organização do serviço: regular (60,4%)	Alta satisfação e Gratidão
Santiago <i>et al.</i> , 2013	Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários	Quantitativo de corte transversal; 939 usuários das ESF do Recife, Pernambuco	Questionário elaborado pelos autores com base na Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) e referencial teórico de qualidade proposto por Donabedian. Questões baseadas na escala Likert (0-10)	Condições oferecidas; Trabalho dos profissionais; Qualidade dos atendimentos: Direito à informação, confidencialidade, assistência clínica ao usuário, acessibilidade, dignidade e cortesia; conforto, tempo de espera; Atividades educativas e comunitárias	Insatisfeito: condições oferecidas (58,3%); tempo de espera (67,1%); atividades educativas e comunitárias (58,5%) Satisfeito: trabalho dos profissionais (75,5%); acessibilidade (56,9%); dignidade e cortesia (65%); conforto (54,8%); assistência clínica ao usuário (90,6%); confidencialidade (91,6%) e direito à informação (92,6%)	Alta Satisfação
Moimaz <i>et al.</i> , 2015	O cidadão usuário do serviço odontológico do Sistema Único de Saúde sabe onde reclamar? O controle social na saúde	Quantitativo de corte transversal; 461 usuários adultos das Unidades de Saúde do município de Aratuba, São Paulo	Questionário estruturado adaptado dos protocolos para avaliação da satisfação dos usuários do PNASS (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde) e do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica),	Condições socioeconômicas; Motivo de procura dos serviços odontológicos; Resolubilidade	73,3% afirmou que o dentista da unidade está conseguindo resolver todos os seus problemas de saúde bucal; 76,2% estavam satisfeitos com a resolubilidade dos serviços odontológicos	Alta satisfação e Gratidão

Arruda e Bosi, 2016	Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil	Qualitativo; 43 usuários de 06 Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, Ceará.	Entrevista não diretiva, associada à observação livre registrada em diário de campo	Acesso; Acolhimento; Integralidade; Atendimento as necessidades e expectativas	Insatisfação à integralidade dos serviços, falta de especialistas e barreiras de acesso; Pouca satisfação em relação a acolhimento e necessidades e expectativas do usuário.	Não
Gomide <i>et al.</i> , 2017	A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento	Qualitativo 28 usuários não urgentes de Pronto Atendimento dos cinco Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo	Entrevista semidirigida com roteiro elaborado pelos autores	Acesso; Acolhimento; Atendimento dos profissionais; Resolução do problema; Motivo da procura pelo serviço; Integralidade	Identificou-se satisfação com o atendimento e insatisfação com a demora no agendamento de consultas e dificuldade de acolhimento por demanda espontânea	Alta satisfação
Rodrigues <i>et al.</i> , 2018	Grau de satisfação entre os usuários de uma unidade básica de saúde no estado do Paraná, Brasil	Quantitativo e transversal; 373 usuários adultos de UBS de Campo Largo, Paraná	Questionário estruturado com informações sociodemográficas e questões adaptadas do instrumento PMAQ	Atendimento da equipe de saúde; Tempo de espera; Estrutura física local	Atendimento da equipe de saúde: "muito bom"/"bom" (> 73,3%); Tempo de espera: "ruim" ou "muito ruim" (61,5%); Estrutura física local: "regular" (44,3%)	Alta satisfação
Furlanetto <i>et al.</i> , 2020	Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar	quantitativo, transversal 4.476 usuários adultos das 62 equipes da ESF existentes na Região de Saúde Leste, Distrito Federal, Goiás	Questionário, questões abertas e fechadas, baseado na metodologia proposta por Pasquali, uso de escalas do tipo Likert de 5 fases	Aspectos sociodemográficos; Atendimento prestado pelos profissionais	Maioria do sexo feminino (77,4%), parda (60,0%) e negra (18,7%), cursou ensino médio (48,7%), adultos 44,2% adultos, renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos (59,8%); Satisfação geral em relação ao serviço: "satisfeito" (54,9%) e "muito satisfeito" (23,0%); Chance de Recomendar o serviço para outras pessoas: "Alta" (43,4%) e "Muito Alta" (17,7%)	Não

ESF = Estratégia de Saúde da Família; UBS = Unidade Básica de Saúde; *vieses sistematizados no Quadro 1, adaptados de Esperidião e Trad (2005).

Fonte: Elaboração própria



6

Indira Rodrigues de Souza Ferrari Oliveira
Ana Maria Freire de Souza Lima

**O DIAGNÓSTICO
PRECOCE E A ATENÇÃO
À PESSOA COM
CÂNCER DE BOCA:**
revisão da literatura
e proposta de modelização
do fluxo do usuário no SUS

CÂNCER DE BOCA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E UM FLAGELO SOCIAL

A estimativa para o ano de 2018 no Brasil eram de 14.700 novos casos de câncer (CA) de boca, sendo 11.200 em homens e 3.500 em mulheres (BRASIL, 2018a). Para o triênio 2020-2022 são esperados 15.190 novos casos. As neoplasias malignas são a segunda maior causa de morte no Brasil e as da cavidade oral ocupam o 5º lugar entre os tipos de cânceres mais incidentes em homens (BRASIL, 2020a). No ano de 2018, ocorreram no Brasil 227.920 óbitos por câncer de boca (BRASIL, 2020b). Esse tipo de neoplasia pode ocorrer na boca em gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua, assoalho da língua, lábios de amígdalas (BRASIL, 2018b). Dentre esses locais, a borda lateral de língua é a região mais acometida, seguida de lábio inferior e assoalho bucal (SILVA et al., 2009; DHANUTHAI et al., 2018). Já o trabalho de Bezerra e colaboradores (2018) mostrou que a maior prevalência de estadiamento avançado de câncer bucal está relacionado à localização na base da língua. Sendo o carcinoma epidermoide o tipo mais comum (BRASIL, 2002).

De 80 a 90% dos cânceres de boca são por causas externas e existem fatores de risco modificáveis, tais como uso de tabaco, álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiações ionizantes e situação socioeconômica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2018b). Há também fatores não modificáveis, intrínsecos, como idade, gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade (BRASIL, 2002). Sendo comumente etilistas e tabagistas, a junção desses fatores tem efeito sinérgico para a predisposição de CA de boca (RIBEIRO et al., 2017). Não há relação com histórico familiar, mas sim com diagnóstico prévio de câncer, e o envolvimento direto do Papilomavírus Humano (HPV) com os carcinomas orais ainda não foi devidamente comprovado, todavia apresenta ação sinérgica com outros

carcinógenos químicos e físicos (SIMONATO e MIYAHARA, 2007). As lesões são mais comuns no sexo masculino, entre a 5ª e a 7ª décadas de vida, e a maioria ocorre em homens negros/pardos, com baixo grau de escolaridade e que não possuem companheiro (a) (SILVA et al., 2009; DHANUTHAI et al., 2018; ANDRADE et al., 2015).

A magnitude epidemiológica do câncer de boca o condiciona como um problema de saúde pública, mas a constituição desse problema como um “flagelo social” no sentido atribuído por Pinell (2010), envolve o nascimento de um espaço de luta contra o câncer, no qual se inserem atores de diversos campos, como o campo médico, o campo político, a mídia e os espaços associativos. Esse autor estudou a história do enfrentamento do câncer na França, e observou uma transformação na percepção social da doença a partir do final do século XIX, com o surgimento de instituições públicas e filantrópicas, sociedades médicas interessadas na questão, hospitais especializados e centros de pesquisa (PINELL, 2010). Isso também ocorreu em outros países da Europa e nos EUA, e a radioterapia foi uma importante tecnologia usada nos países desenvolvidos (TEIXEIRA, 2010). No caso do Brasil, apesar dos primeiros institutos de câncer surgirem no início dos anos de 1920 e a atuação dos dermatologistas terem contribuído para a primeira ação estatal, as ações cresceram mais depois de iniciativas individuais ou de grupos profissionais cerca de dez anos depois, particularmente ligadas ao interesse do cirurgião Mário Kroeff pela eletrocirurgia e sua proximidade com Getúlio Vargas (TEIXEIRA, 2010). Todavia, essas respostas foram limitadas e somente a partir do final da década de 1940, a área da cancerologia e as políticas públicas no Brasil começaram a se institucionalizar, com destaque para a criação, em 1937, do Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal que veio a se constituir no Instituto Nacional de Câncer (INCA) (BARRETO, 2005; TEIXEIRA, 2010).

SUMÁRIO

Já na década de 1990, com Sistema Único de Saúde (SUS), o então Programa de Oncologia (PRO-ONCO) criado em 1987, sofreu modificações e passou a ser a Coordenação de Programas de Controle de Câncer do INCA. A partir de 2000, o Decreto Presidencial nº 3.496 tornou o INCA a referência nacional para a prestação de serviços oncológicos no âmbito do SUS (BARRETO, 2005). O INCA se constitui atualmente no órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação de ações integradas para prevenção e controle do câncer no Brasil. Suas ações compreendem assistência médico-hospitalar prestada a pacientes com câncer pelo SUS, e atua com prevenção, detecção precoce, e formação de profissionais especializados, desenvolve pesquisa e informação epidemiológica sobre câncer no Brasil (INCA, 2018).

Em 2013, foi lançada a Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, e essa política pode ser considerada uma atualização da resposta do Estado brasileiro diante desse flagelo social e seus determinantes, através de práticas ou ações de saúde (PAIM, 2013). Seu objetivo é reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pela doença, diminuir a incidência e melhorar a qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

O câncer de boca é mais comum em grupos com baixo grau de escolaridade e menor acesso aos serviços de saúde, e apesar da introdução de políticas públicas para seu enfrentamento, ainda é muito prevalente em indivíduos em diferentes idades, gêneros e regiões (MARTINS-FILHO, 2014). Apesar da persistência de desigualdades raciais e socioeconômicas refletirem na acessibilidade a bens e serviços de saúde no Brasil, incluindo a pessoa com câncer, a literatura nacional é escassa na análise do elemento raça/cor/etnia para essa questão (PAULISTA; ASSUNÇÃO; LIMA, 2019). Estudo na capital São Paulo

revelou que a mortalidade por câncer bucal aumentou nas mulheres em relação aos homens e duplicou entre os negros (ANTUNES et al., 2013). Na cidade de Olinda, Pernambuco, por exemplo, houve 87 mortes por CA de boca, num período de quatro anos (2008 a 2012), o que representa um coeficiente de mortalidade específico de 21, 5/100.000 habitantes. Em sua maioria, esses indivíduos eram do sexo masculino, não casados e com idade superior a 60 anos e 83,78% dos óbitos ocorreram em estabelecimentos do SUS (AQUINO et al., 2015). O diagnóstico precoce, seguido de tratamento imediato geram maiores chances de cura, todavia, os pacientes demoram em média 197 dias desde a percepção dos primeiros sinais e sintomas até a procura por atendimento (LE CAMPION et al., 2016). Após o primeiro atendimento, há um atraso de 19 a 20 dias para receber o diagnóstico de câncer, e entre o diagnóstico e o início da terapia verifica-se um atraso do sistema de saúde de 65 a 71 dias (COSTA e MIGLIORATI, 2001).

A partir dessa realidade, o presente capítulo revisou a literatura nacional sobre a atenção ao câncer de boca, formulou uma proposta de modelização do fluxo do usuário na rede de atenção do SUS, além de refletir sobre as dificuldades e potencialidades dessa rede de atenção.

SUMÁRIO

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Estudo de revisão bibliográfica e análise documental sobre diagnóstico precoce e atenção ao câncer de boca no Sistema Único de Saúde (SUS). A busca de artigos foi realizada nas bases de dados Bireme, SciELO e Pubmed, utilizando os descritores: *Câncer de boca*, *Sistema Único de Saúde*, *Diagnóstico precoce* e *Saúde Coletiva*. Foram selecionados artigos publicados na língua portuguesa e inglesa que abordavam o tema. Foram também incluídos na análise documentos e publicações do governo federal e do Ministério da Saúde, tais como

portarias, decretos, leis e informativos, coletados nos sites oficiais: www.saude.gov.br; www.inca.gov.br.

A partir das informações encontradas foi elaborada uma proposta de modelização do fluxo do usuário com câncer de boca na rede de atenção do SUS. A modelização compreende um esquema visual que apresenta como uma determinada intervenção ou programa de saúde deve ser operacionalizado, as etapas necessárias e resultados esperados (VIEIRA-DA-SILVA, 2015).

A ATENÇÃO À PESSOA COM CÂNCER DE BOCA NO SUS: REVISÃO DA LITERATURA E ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO E NORMATIZAÇÃO VIGENTE

Foram selecionados quatorze artigos sobre o tema diagnóstico precoce e atenção à pessoa com câncer de boca no SUS. As principais características, resultados e conclusões dos estudos estão sumarizados no Quadro 1.

Verificou-se que 42,8% (n=6) dos estudos apresentaram informações sobre perfil epidemiológico e de morbimortalidade (SILVA *et al.*, 2009; MARTINS-FILHO *et al.*, 2014; AQUINO *et al.*, 2015; LE CAMPION *et al.*, 2016; DHANUTHAI *et al.*, 2018), 35,7% (n=5) evidenciaram fatores associados ao câncer bucal (SIMONATO e MIYAHARA, 2007; ANDRADE *et al.*, 2015; LE CAMPION *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2017; BEZERRA *et al.*, 2018) e 28,5% (n=4) abordaram aspectos dos serviços de saúde com destaque para as equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (COSTA e MIGLIORATI, 2001; COSTA e SERRA, 2011; LE CAMPION *et al.*, 2016; NORO *et al.*, 2017).

Em relação ao perfil epidemiológico e de morbimortalidade os estudos apontaram que este tipo de câncer é mais comum em homens, com média de idade de 58 anos (SILVA *et al.*, 2009). O trabalho de Aquino e colaboradores (2015) revelou número maior da doença em homens pretos ou pardos. E que na maioria dos casos, o diagnóstico ocorre em casos avançados da doença (MARTINS-FILHO *et al.*, 2014). Quanto aos fatores associados ao câncer bucal os autores encontraram que o tempo de consumo do tabaco mostrou forte associação com o câncer de boca. Indivíduos que fumaram mais de 20 anos têm o risco maior de desenvolver a doença (ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Já associação entre álcool e tabaco apresentou maior prevalência para estágio clínico mais avançado da doença (BEZERRA *et al.*, 2018).

Pesquisa feita com cirurgiões-dentistas atuantes na Atenção Básica sugere que, segundo os profissionais, o atraso do diagnóstico e tratamento do câncer de boca estão relacionados a falha na identificação precoce, ausência de trabalho multidisciplinar, falta de responsabilização da comunidade com a própria saúde e deficiência da comunicação entre os diferentes níveis de atenção (LOMBARDO *et al.*, 2014). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) revela que entre os anos de 2011 e 2014 houve um aumento de 50% na produção de biópsias, onde 60% delas foram realizadas pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Esse procedimento pode ser realizado por médicos ou dentistas, mas são feitos em maior número pelos cirurgiões-dentistas, profissionais que possuem papel importante para o acesso ao diagnóstico de lesões malignas na cavidade oral (BRASIL, 2016). O CEO compreende a atenção ambulatorial odontológica especializada e é o serviço de referência para as equipes de saúde bucal da Atenção Básica, possuindo serviços nas especialidades de periodontia, endodontia, prótese e procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2004; 2008).

SUMÁRIO

Costa Jr e Serra (2011) entrevistaram cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde de Resende, no estado do Rio de Janeiro, e 90% dos participantes nunca realizaram capacitação institucional sobre diagnóstico precoce de câncer de boca. Os mesmos 90% afirmaram possuir boas condições físicas e materiais de insumos para atendimento clínico e investigação de lesões suspeitas. Esse estudo revelou que os pacientes atendidos com lesões suspeitas são encaminhados com ficha padronizada para o CEO, dependente ainda de marcação de consulta para realização da biópsia. O CEO é responsável pelo diagnóstico, e em caso de diagnóstico positivo, o serviço entra em contato com o paciente por telefone, ou por meio do agente comunitário do seu território. E então o paciente é encaminhado para tratamento no INCA, na cidade do Rio de Janeiro. Noro et al. (2017) apontaram que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas da rede pública, trabalhadores de Unidades de Saúde da Família (USF), não está preparada para realizar biópsias dos tecidos orais, um procedimento considerado de baixa complexidade e ambulatorial. Obrigando o usuário a passar pelo sistema de referência e contrarreferência, que inclui mais uma etapa na assistência, aumentando a possibilidade de absenteísmo ou atraso do diagnóstico (Quadro 1).

Sobre a legislação e normatização vigente para a atenção à pessoa com câncer bucal no SUS foram encontradas três leis federais, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o Caderno de Atenção Básica nº17- Saúde Bucal, uma Portaria que institui Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e dois informativos do MS sobre o tema (Quadro 2).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal deve-se realizar prevenção e controle do câncer bucal através de exames para a detecção precoce, busca ativa por lesões bucais e acompanhamento de casos suspeitos e confirmados através de serviços de

referência com garantia de tratamento. Essas ações são realizadas pela atenção básica em conjunto com os CEOs (BRASIL, 2004). O Caderno de Atenção Básica nº 17 sobre Saúde Bucal também reafirma a importância das ações coletivas de detecção precoce, estimulando o exame sistemático da cavidade oral dos usuários pelos profissionais de saúde. Estes exames devem ser realizados periodicamente em pessoas com maior vulnerabilidade, tais como, do sexo masculino, maior de 40 anos, tabagista e etilista. Essas ações devem ser realizadas sistematicamente pela atenção básica através de uma boa anamnese e completo exame da cavidade bucal durante a primeira consulta assim como nas de urgência (BRASIL, 2008). O INCA não recomenda rastreamento para câncer de boca (INCA, 2012).

A reorganização da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família e ampliação das equipes de saúde bucal, representa um avanço na oferta dos serviços odontológicos no SUS. Na atenção especializada, destacam-se os serviços de diagnóstico bucal, cirurgia oral menor e biópsia de tecidos moles em boca ofertados pelo CEO. A biópsia é o principal procedimento diagnóstico para cânceres de lábio e cavidade oral, e a gestão deve monitorar sua produção e os prestadores de serviço, com vistas a organizar a rede e a otimizar o fluxo para o diagnóstico precoce (BRASIL, 2016). As estratégias de detecção precoce aumentam a possibilidade de cura para alguns tipos de câncer e reduzem a morbidade resultante da doença e de seu tratamento. Existem tratamentos curativos para um terço dos tipos de câncer, entre eles o de cavidade oral (BRASIL, 2018b).

No âmbito da prevenção e da promoção da saúde, o INCA contribui também através de campanhas e informativos sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer bucal, além de orientações aos profissionais e usuários dos serviços. Uma iniciativa também identificada foi a instituição da Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal, celebrada anualmente na primeira semana do mês de novembro

com o intuito de estimular ações preventivas e educativas e difundir os avanços tecnológicos relacionados ao câncer bucal (BRASIL, 2015).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS foi instituída pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Entre as normas e diretrizes da Política estão o enfrentamento do consumo de álcool, tabagismo e obesidade, a garantia de confirmação diagnóstica, tratamento oportuno e seguro aos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras, educação permanente dos profissionais envolvidos, adotar mecanismos de avaliação e auditoria incluindo tempo de espera para o início do tratamento. Preconiza-se também que o tratamento oportuno e seguro seja o mais próximo possível do domicílio da pessoa. Além de elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes (BRASIL, 2013).

O tratamento de pacientes com câncer no SUS deve ser realizado em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Os quais devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Todos os estados brasileiros possuem pelo menos uma unidade/centro de tratamento oncológico, e são 347 no total (INCA, 2020) (Tabela 1).

Apesar de já se conhecer o perfil dos pacientes acometidos pelo câncer bucal - mais comum em homens tabagistas, etilistas e entre a 5ª e a 7ª década de vida - o diagnóstico muitas vezes é feito apenas em estágios avançados (SILVA et al., 2009; ANDRADE et al., 2015; DHANUTHAI et al., 2018). Cabe destacar que após confirmado o diagnóstico, o paciente com neoplasia maligna tem o direito de iniciar o tratamento pelo SUS no prazo máximo de até 60 dias (BRASIL, 2012a).

Tabela 1 - Distribuição dos serviços de tratamento oncológico do SUS (UNACON/CACON) por região do Brasil. 2020.

Região	Quantidade de serviços de tratamento oncológico do SUS
Norte	17
Nordeste	69
Centro-oeste	26
Sudeste	157
Sul	78
Total	347

Fonte: INCA, 2020.

A ATENÇÃO A PESSOA COM CÂNCER DE BOCA NO SUS: PROPOSTA DE MODELIZAÇÃO DO FLUXO DO USUÁRIO

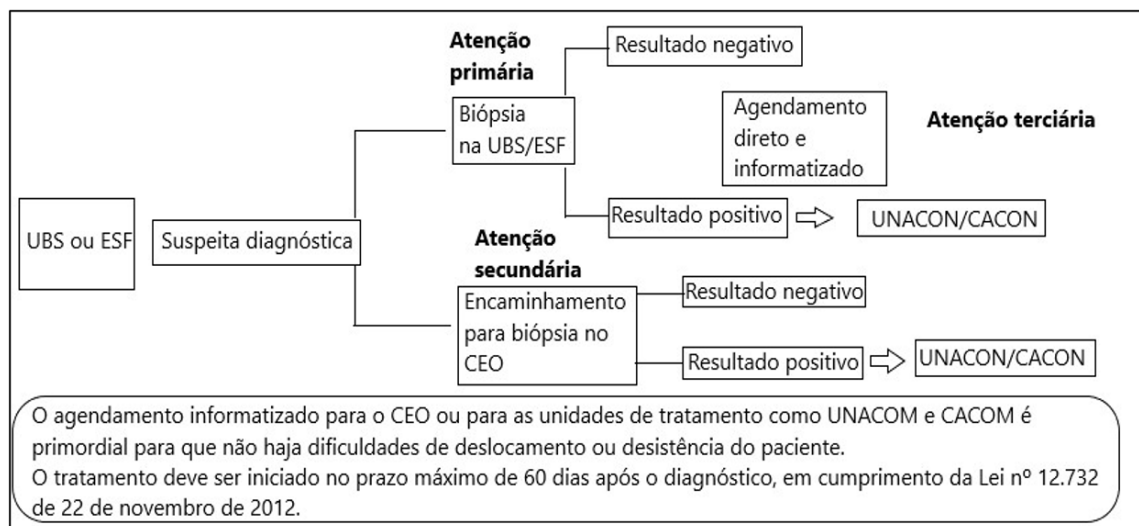
O diagnóstico de câncer de boca geralmente é feito após suspeita de lesões clinicamente detectáveis pelo profissional cirurgião-dentista, os usuários em sua maioria não são capazes de diferenciar lesões com potencial maligno de outras lesões não cancerizáveis (INCA, 2012). Após a suspeita, a lesão precisa ser biopsiada para confirmação e pelo SUS pode ser feita de duas formas: a) na Atenção Básica, pelo cirurgião-dentista que atua na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade de Saúde da Família; b) no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), pelo dentista especialista, após o encaminhamento do usuário pela equipe de saúde bucal da atenção básica.

A literatura científica e as políticas e normatizações vigentes no SUS apontam que a primeira opção é a melhor para o usuário, pois ele

recebe o diagnóstico sem sair de seu território e sem precisar marcar consultas, tendo maior chance de iniciar o tratamento em tempo oportuno. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial e principal porta de entrada dos usuários na Rede de Atenção à Saúde e desempenham um papel central na garantia do acesso aos serviços (BRASIL, 2012b). Na segunda opção, o paciente é encaminhado através de ficha de referência para o CEO e precisa realizar a marcação do procedimento e há algumas barreiras de acesso como a necessidade de deslocamento, disponibilidade de vagas e tempo de espera, que podem causar desistências ou atrasos no diagnóstico e início do tratamento.

Confirmado o diagnóstico de neoplasia maligna a entidade responsável pelo procedimento de biópsia entra em contato com o paciente através de telefone, ou por meio do agente comunitário de saúde de sua região para que compareça à unidade, saiba o diagnóstico e tenha acesso ao tratamento em no máximo 60 dias, conforme preconiza a Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012. O tratamento deverá ser realizado nas unidades de tratamento denominadas de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACOM) e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACOM), localizadas na atenção hospitalar, com procedimentos de média e alta complexidade (BRASIL, 2005). A marcação para os locais de tratamento deve ser feita no ato do diagnóstico, preferencialmente por meio de sistema de informatizado, para que o paciente não se submeta a filas e grandes deslocamentos para estes agendamentos, conforme proposta de modelização do fluxo do usuário com câncer de boca na rede de atenção do SUS (Figura 1).

Figura 1 - Proposta de modelização do fluxo do usuário com câncer de boca na rede SUS.



Fonte: Elaboração própria.

Legenda:

UBS: Unidade Básica de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

CEO: Centro de Especialidade Odontológica

UNACON: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CACON: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer se constituiu no Brasil enquanto um “flagelo social” desde o início da década de 1920, e atualmente, o câncer de boca representa uma dessas neoplasias que são uma questão de saúde pública. A prevenção é fundamental, e a Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que sejam feitas ações de detecção precoce, prevenção, autocuidado e hábitos saudáveis de vida. Todavia, no momento

que a doença já está instalada, o acesso ao serviço de diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno são essenciais para redução da morbimortalidade dos indivíduos acometidos. E, diante do perfil epidemiológico envolver predominantemente usuários de álcool e tabaco, a maioria negros/pardos e com baixo grau de escolaridade, são necessários esforços e ações intersetoriais para o cumprimento dos princípios do SUS, enfrentamento desse flagelo e redução das iniquidades, desigualdades injustas e evitáveis.

O SUS ao longo de seus 32 anos avançou muito no arcabouço normativo e na produção de materiais orientadores nessa área. Entretanto, as dificuldades de operacionalização da política de atenção de acordo com suas diretrizes e normatizações vigentes é uma realidade em todas as regiões do país. Há diversos fatores e barreiras de acesso envolvidas, com destaque para a cobertura insuficiente das equipes de saúde bucal na atenção básica e CEO, e de serviços de diagnóstico e tratamento, dificuldades relacionadas à capacitação profissional dos cirurgiões-dentistas para realizar diagnóstico e encaminhamentos adequados e em tempo oportuno, além das fragilidades e falta de apoio e suporte da gestão local para funcionamento dos sistemas de referência e regulação. Nesse sentido, a revisão dos documentos normativos e orientadores, bem como a modelização para o fluxo dos usuários aqui proposta pode contribuir para melhorar o conhecimento e trabalho dos profissionais e gestores, bem como para o aumento do acesso à informação e da autonomia dos cidadãos que utilizam esses serviços.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.O.M.; SANTOS, C.A.S.T.; OLIVEIRA, M.C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras Epidemiol*, v.18, n. 4, p.894-905, out. /dez. 2015.

ANTUNES, J. L.F.; TOPORCOV, T. N.; BIAZEVIC, M. G. H.; BOING, A. F.; BASTOS, J. L. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 3, p. 470-478, jun. 2013.

AQUINO, R. C. A.; LIMA, M. L. L. T.; MENEZES, C. R. C. X.; RODRIGUES, M. Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação. *Rev. CEFAC*, v.17, n.4, p.1254-1261, jul. /ago. 2015.

BARRETO, E.M.T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Rev. Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.51, n.3, p.267-275, 2005.

BEZERRA, N.V.F; LEITE, K. L. F; MEDEIROS, M. M. D.; MARTINS, M. L.; CARDOSO, A. M. R.; ALVES, P. M. et al. Impact of the anatomical location, alcoholism and smoking on the prevalence of advanced oral cancer in Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. v.1;23, n.3, p.295-301, maio. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do câncer, abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 17*. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativa 2018 Incidência de Câncer no Brasil*. INCA. Rio de Janeiro, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativa 2018 Incidência de Câncer no Brasil*. INCA. Rio de Janeiro, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Falando sobre o câncer de boca*. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde: TABNET- DATASUS-Mortalidade Brasil*. Brasília- DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> acesso em: 18 agosto 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informativo detecção precoce*. Instituto Nacional do Câncer- INCA. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012*. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 13.230 de 28 de dezembro de 2015*. Institui a semana nacional de prevenção ao câncer bucal. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 13.685 de 25 de junho de 2018*. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação

compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas. Brasília, DF, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº741, de 19 de dezembro de 2005*. Considerando a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 847 de 16 de maio de 2013*. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013.

COSTA, J. R. S.; SERRA, C. G. Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do Município de Resende no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos UniFOA*, ed. 15 abril, 2011.

COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47, n.3, p.283-89, 2001.

DHANUTHAI, K.; ROJANAWATSIRIVEJ, S.; THOSAPORN, W.; KINTARAK, S.; SUBARNBHESAJ, A.; DARLING, M. et al. Oral câncer: A multicenter study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. v.1;23, n.1 p.23-9, janeiro, 2018.

FONSECA, E.P.; OLIVEIRA, C.L.; CHIARAVALLI-NETO, F.; PEREIRA, A. C.; VEDOVELLO, S. A. S.; MENEHIM, M. C. Baseyan model and spatial analysis of oral and oropharynx cancer mortality in Minas Gerais, Brazil. *Ciência e Saúde coletiva*, v.23, n.1, p.153-160, 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. *Revista Rede Câncer*. Ed 19; p. 28-30 set. 2012. INCA: disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstituto>. Acesso em: 16. Agosto. 2018.

INCA. *Instituto Nacional do Câncer*. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>. Acesso em: 18. agosto. 2020.

LE CAMPION, A.C.O.V.; SANTOS, K. C. B.; CARMO, E. S.; SILVA JÚNIOR, F. F.; PEIXOTO, F. B.; RIBEIRO, C. M. B. et al, Caracterização do atraso no diag-

SUMÁRIO

nóstico de câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 178-18, 2016.

LOMBARDO, E.M.; CUNHA, A. R.; CARRARD, V. C.; BAVARESCO, C. S. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.4, p.1223-1232, 2014.

MARTINS FILHO, P. R.; SANTOS, T. S.; SILVA, L. C. F.; PIVA, M. R. Oral cancer in Brazil: a secular history of Public Health Policies. O, *Rev. Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v.62, n.2, p. 159-164, abr./jun., 2014.

NORO, L. R. A.; LANDIM, J. R.; MARTINS, M. C. A.; LIMA, Y. C. P. The challenge of the approach to oral câncer in primary health care. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. v.22, n.5, p.1579-1587, 2017.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M. Z. E ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6.ed., Rio de Janeiro. MEDSI, 2013, p.587-603.

PAULISTA, J. S.; ASSUNÇÃO, P. G.; LIMA, F. L. T. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 65, n. 4, e-06453, 2019.

PINELL, P. Algumas reflexões sobre as políticas de luta contra os flagelos sociais. In: *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p.229-250.

RIBEIRO I. L. A.; NÓBREGA, J. B. M.; VALENÇA, M. G.; CASTRO, R. D. Predictors for oral cancer in Brazil. *Rev. Odontol. UNESP*, v.46, n.6, p. 325-329, nov-dez, 2017.

SILVA, P. S. L.; LEÃO, V. M. L.; SCARPEL, R.D. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA. *Revista CE-FAC*, v.11, Supl3, p. 441-447, 2009.

SIMONATO, E. L.; MIYAHARA, G. I. O papel do Papilomavírus Humano na carcinogênese bucal. *Revista Brasileira de Cancerologia*; v.53, p.4, p. 471-476, 2007.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, 2010, p.13-31.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Avaliação de políticas e programas de saúde. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.651-665, mar.,2015.

SUMÁRIO

Quadro 1 - Estudos sobre diagnóstico precoce e atenção a pessoa com câncer de boca no SUS, 2001 a 2018. Brasil.

Ano	Autoria	Título	Tipo de estudo	Principais resultados e conclusões
2001	COSTA e MIGLIORATI	Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento	Estudo observacional	Observou-se que em média os pacientes aguardam 19,3 dias para receberem o diagnóstico de câncer. Do momento do diagnóstico até o início da terapia da lesão decorreram em média 65,7 dias. O tempo médio decorrido entre a primeira visita à FOU SP e o início do tratamento foi de 84 dias.
2007	SIMONATO e MIYAHARA	O papel do Papiloma-vírus Humano na carcinogênese bucal.	Revisão de literatura	Estudos permitem considerar o HPV como o agente causal do câncer de colo de útero, mas não se pode estabelecer com precisão o real papel desse vírus no câncer bucal.
2009	SILVA, LEÃO e SCARPEL	Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA	Estudo retrospectivo por meio da análise de prontuários	Dos pacientes com carcinoma espinocelular em boca, a relação de incidência masculino-feminino foi de 2,5:1, a idade média de 58 anos. Os sítios mais acometidos foram a língua (29,2%) e soalho (21,2%). Para a orofaringe, a relação masculino-feminino foi de 1,95:1, e as tonsilas palatinas foram o sítio mais acometido (29,2%).
2011	COSTA-JR e SERRA	Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro	Estudo qualitativo em Equipes de Saúde Bucal, com entrevistas semiestruturadas.	A cobertura de equipe de saúde bucal da população de Resende é de 45,94%. 10 (90,9%) dentistas relataram que não tiveram nenhum tipo de capacitação institucional sobre diagnóstico precoce de câncer de boca. Entretanto, 09 (81,8%) afirmaram que, ao longo de sua trajetória profissional, fizeram algum tipo de capacitação sobre o tema. Destaca-se necessidade de ampliação da cobertura de saúde bucal e do diagnóstico precoce do câncer oral na atenção básica.
2014	MARTINS-FILHO <i>et al.</i>	Oral cancer in Brazil: a secular history of Public Health Policies	Revisão de literatura	Verificou-se prevenção primária ainda frágil no Brasil, incidência de câncer bucal em várias regiões do Brasil ainda elevada, a maioria dos casos diagnosticados ocorre em estágios avançados da doença e os cuidados aos pacientes permanecem fragmentados. Existem variações no perfil epidemiológico.

2014	LOMBARDO <i>et al.</i>	Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas	O presente estudo teve como público-alvo cirurgiões-dentistas que estivessem atuando na Atenção Básica. O instrumento para coleta de dados foi a técnica de grupo focal com aplicação de questionário estruturado.	Os seguintes fatores estão associados ao atraso da chegada do paciente aos setores de atenção em saúde de maior complexidade: falha na identificação precoce, ausência de trabalho multidisciplinar, desvalorização da necessidade de corresponsabilização pela própria saúde por parte da comunidade e a deficiência da rede de atenção no que tange a qualidade da comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção
2015	ANDRADE, SANTOS e OLIVEIRA	Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil	Caso-controle	Verificou como fatores de risco mais importantes para o câncer bucal o consumo de mais de 20 cigarros por dia, a alta ingestão de bebida alcoólica, e o consumo sinérgico de tabaco e álcool.
2015	AQUINO <i>et al.</i>	Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação.	Estudo epidemiológico, de base populacional, do tipo seccional, a partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade no período de 2008 a 2012.	Ocorreram 87 óbitos por câncer de boca, com coeficiente de mortalidade específico de 21,5/ 100.000 habitantes. Houve predomínio dos óbitos entre homens, não casados, em pretos ou pardos, com ocupação não braçal, escolaridade inferior a 7 anos de estudo, com localização anatômica do tumor em faringe e língua.
2016	LE CAMPION <i>et al.</i>	Caracterização do atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência	Foi realizado um estudo analítico longitudinal retrospectivo.	Prevaleceram pacientes do sexo masculino, com idade média de 64,3 anos, pardos, procedentes do interior, analfabetos, tabagistas e etilistas. A grande maioria (85,1%) foi diagnosticada nos estádios avançados. O maior atraso estava relacionado ao paciente, com média de tempo de 197,8 dias. O atraso no diagnóstico profissional foi de 20 dias, e aquele relacionado ao sistema de saúde foi de 71,1 dias.
2017	RIBEIRO	Predictors for oral cancer in Brazil	Estudo de série temporal, em que foram avaliados 14.959 diagnósticos primários de câncer de cabeça e pescoço.	Concluiu-se que o câncer bucal possui os seguintes preditores em comparação com outros tipos de câncer de cabeça e pescoço durante o mesmo período: ter aproximadamente 12 anos de estudo (fator de proteção) e ser ex-consumidor ou consumidor de álcool, tabagismo e ter tido um diagnóstico prévio de câncer sem tratamento (fatores de risco).

2017	NORO <i>et al.</i>	The challenge of the approach to oral cancer in primary health care O desafio da abordagem do câncer de boca na atenção primária em saúde	Estudo transversal com uso de questionários.	Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à capacidade dos profissionais de realizar biópsia por sexo, ano de graduação, especialização ou tempo de serviço público. Apenas 22 profissionais (18,2%) relataram ser capazes de realizar biópsias, e 13 (10,7%) poderiam fazê-la na Unidade de Saúde da Família. Destaca a necessidade de ampliar a realização deste procedimento na atenção primária para a diminuição da mortalidade por câncer oral.
2018	BEZERRA <i>et al.</i>	Impacto da localização anatômica, alcoolismo e tabagismo na prevalência de câncer bucal avançado no Brasil	Estudo transversal a partir da análise de um sistema de informação que reúne dados de todos os casos de câncer no Brasil (Integrador HRC, INCA), entre 26 estados e o DF, excluindo o estado de São Paulo que não coleta dados sobre alcoolismo e tabagismo no momento do diagnóstico.	A maior prevalência de estágio avançado de câncer bucal está relacionada à localização na base da língua em pacientes que fazem uso de fatores que levam a um pior prognóstico. O estadiamento IV geralmente está combinado com o uso de álcool e tabaco.
2018	DHANUTHAI <i>et al.</i>	Câncer oral, um estudo multicêntrico	Revisão dos registros de biópsias de pacientes com lesões malignas na cavidade oral entre os anos de 2005 e 2014. Foram usados dados de diversos Departamentos de Patologia da China.	Dos 474.851 casos de acesso, 6.151 casos (1,30%) foram câncer bucal. A idade média dos pacientes foi de $58,37 \pm 15,77$ anos. Um total de 4.238 casos (68,90%) foram em homens, enquanto 1911 casos (31,07%) foram em mulheres. A relação homem-mulher foi de 2,22: 1. Os locais de predileção por câncer bucal foram língua, mucosa labial / bucal, gengiva, palato e mucosa alveolar, respectivamente. Os três cânceres bucais mais frequentes foram o carcinoma de células escamosas, o linfoma não-Hodgkin e o carcinoma mucoepidermóide.
2018	FONSECA <i>et al.</i>	Bayesian model and spatial analysis of oral and oropharynx cancer mortality in Minas Gerais, Brazil	Estudo ecológico com dados secundários, foram analisados os números de óbitos por câncer de boca e orofaringe no estado de Minas Gerais, Brasil no ano de 2012.	Foram registrados 769 óbitos por câncer de boca e orofaringe, dos quais 607 (78,96%) foram em homens e 162 (21,04%) em mulheres. Houve uma grande variação na distribuição espacial da taxa de mortalidade bruta, tendo aglomerações nas regiões Sul, Central e Norte, com maior precisão pelo Modelo Baseyano.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 - Publicações do governo federal e Ministério da Saúde sobre o câncer bucal. 2004 a 2018. Brasil.

Ano	Autor	Documento
2004	MINISTÉRIO DA SAÚDE	<i>BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm</i>
2008	MINISTÉRIO DA SAÚDE	<i>BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica nº 17. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf</i>
2012	PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA	<i>BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm</i>
2013	MINISTÉRIO DA SAÚDE	<i>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html</i>
2015	PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA	<i>BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.230 de 28 de dezembro de 2015. Institui a semana nacional de prevenção ao câncer bucal. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13230.htm</i>
2016	MINISTÉRIO DA SAÚDE	<i>BRASIL. Ministério da Saúde. Informativo detecção precoce. Instituto Nacional do Câncer- INCA. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativodeteccaoprecoce_jana-br2016.pdf</i>
2018	MINISTÉRIO DA SAÚDE	<i>BRASIL. Ministério da Saúde ABC do câncer, abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf</i>
2018	PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA	<i>BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.685 de 25 de junho de 2018. Altera a Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662 de 5 de junho de 2011, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13685-25-junho-2018-786890-publicacaooriginal-155900-pl.html</i>

Fonte: Elaboração própria.

A large, bold yellow number '7' is positioned in the upper right quadrant of the page. The background is a deep blue with a dense, textured pattern of small, light blue and white elements. On the left side, there is a vertical strip of colorful fabric scraps in shades of green, yellow, orange, and red, some with frayed edges.

7

Anna Beatriz Santos Ribeiro Silva
Maria Beatriz Barreto de Sousa Cabral

**INCLUSÃO DA SAÚDE
BUCAL NO PRÉ-NATAL DE
GESTANTES ASSISTIDAS
PELA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO CALABAR,
SALVADOR (BA):
relato de experiência**

APRESENTAÇÃO

A gestante passa por transformações físicas, biológicas e psicológicas durante o período gestacional e nelas estão incluídas alterações que podem levar a problemas de saúde bucal, como gengivite, periodontite e cárie. Além disso, promover saúde bucal à gestante implica em uma conscientização da mãe sobre a sua própria saúde bucal e a do bebê. O objetivo deste relato é mostrar a experiência de implantação do acompanhamento odontológico na rotina do pré-natal de risco habitual das gestantes cadastradas na Equipe 1, da USF Calabar, em Salvador, Bahia. Esse trabalho é um estudo descritivo na modalidade de relato de experiência, desenvolvido pelos profissionais de Saúde Bucal da Equipe e mostra seus desafios e estratégias para que o maior número possível de gestantes passasse pela consulta odontológica e tivessem, conseqüentemente, acesso à educação em saúde como principal forma de promoção da saúde bucal. Os dados foram analisados no período de 2015, quando se iniciou, a 2017 e mostram um aumento do número de gestantes que passaram pelo pré-natal odontológico. A partir do relato de experiência, percebe-se que cada vez mais as gestantes têm acesso às informações de prevenção em saúde, e, conseqüentemente, maior possibilidade de adotar medidas de autocuidado para a sua saúde bucal, assim como para a saúde da criança.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988, a saúde, no Brasil, foi norteada por alguns princípios básicos: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Baseado na premissa de que “saúde é um direito de todos e dever do estado”, o modelo escolhido para a reformulação do sistema de saúde foi o Programa Saúde da

Família (PSF). Esse modelo de atenção propõe uma humanização das práticas de saúde, estreitando o relacionamento entre os profissionais e comunidade onde está inserido; além de juntar práticas educativas e assistenciais. Nesse programa de saúde, cada equipe é composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis pela população cadastrada e vinculada à unidade básica de saúde (BRASIL, 2000).

Desde o ano de 2000, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida no PSF, através da portaria 1.444/2000, buscando ampliar o acesso do usuário do SUS às ações de saúde bucal. O dentista é, então, peça fundamental dessa equipe multiprofissional e atua em estreita parceria com os outros profissionais, proporcionando atenção integral à saúde dos usuários assistidos (BRASIL, 2002).

Partindo, então, dos princípios do PSF, o atendimento às gestantes vinculadas à equipe de saúde é considerado prioritário e a mulher, nessa fase, precisa ser acolhida desde o início da gravidez até o fim da gestação, sendo garantidos todos os recursos para o bem-estar materno e neonatal.

A gestação consiste em um período de intensas modificações no corpo feminino, durante o processo de formação do bebê. Seu início se dá na concepção, após a fecundação do óvulo e a posterior fixação no útero. A partir de então se iniciam todos os processos de formação do novo ser e a grávida passa por transformações físicas, biológicas, hormonais e sociais (PICCININI *et al.*, 2008).

A odontologia, então, pode atuar nessa fase, desde as modificações orais sofridas pela gestante, passando por aspectos de promoção de saúde bucal no binômio mãe e filho, até a interferência na formação oral do bebê e o papel do dentista no estímulo à amamentação (BRASIL, 2012).

O pré-natal é um conjunto de rotinas e acompanhamentos direcionados à mulher durante os nove meses de gestação, segundo o Ministério da Saúde. O acompanhamento ao pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança e se constitui em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de monitorar a evolução da gravidez, bem como, orientar e esclarecer a mulher e sua família sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido. Busca ainda prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período (SANTOS *et al.*, 2018).

No pré-natal odontológico, de acordo com o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde, os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde, sempre em constante interação. O tratamento da saúde bucal das gestantes deve ser entendido como parte dos cuidados pré-natais necessários, considerando aspectos biológicos e clínicos (FINKLER *et al.*, 2004).

É no pré-natal odontológico que se trabalha com os problemas de saúde bucal mais comuns na gravidez: cárie dentária, erosão no esmalte, mobilidade dentária, gengivite e periodontite. Alguns fatores levam ao aumento da cárie dentária nessa fase, tais como maior acidez bucal e alta frequência de ingestão de alimentos. Orientações de escovação frequente e ajustes na alimentação são extremamente importantes na prevenção de problemas. A erosão de esmalte ocorre por conta da hiperêmese gravídica e as mulheres grávidas devem ser orientadas a usar escovas macias e fazer bochechos com flúor (REIS *et al.*, 2010).

Durante o período gestacional, as alterações hormonais, principalmente de estrógeno e progesterona, podem afetar o periodonto, refletindo em uma ligeira mobilidade dentária, reversível (PASSINI JÚNIOR *et al.*, 2007); vale alertar as grávidas sobre essa condição inerente à fase. Dentre todos os problemas de saúde bucal, o que está mais intimamente ligado à gestação é a periodontite. O processo inflamató-

rio do periodonto tem como subproduto toxinas que estimulam resposta inflamatória crônica, que afetam a gravidez (PASSINI JÚNIOR *et al.*, 2007). Os marcadores inflamatórios estão associados à parto prematuro e ao nascimento de bebês de baixo peso. Vale a ressalva de que a condição de grávida, por si só, não determina a doença periodontal; para tanto, relaciona-se a uma dieta desbalanceada e a uma má higiene oral. Mais uma vez, fazem-se extremamente necessárias todas as medidas de promoção à saúde da paciente gestante (BRASIL, 2012).

Outro aspecto a ser considerado durante o pré-natal odontológico é promover o estímulo à amamentação natural. Entre os benefícios do leite materno quanto à sua composição bioquímica (efeito protetor contra a mortalidade infantil, prevenindo infecções gastrointestinais, dermatite atópica, alergia alimentar, além do efeito contra a obesidade), sua vantagem social (não representa ônus para o orçamento familiar), pode-se destacar o estímulo a um correto crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático, prevenindo as más oclusões e a instalação de hábitos bucais deletérios. Crianças que nunca receberam aleitamento materno podem apresentar frequência de hábitos respiratórios e de sucção deletérios superior àquelas que foram amamentadas no seio da mãe (SALIBA *et al.*, 2008).

O pré-natal se baseia nos protocolos de atendimento às gestantes de risco habitual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e nas diretrizes da Rede Cegonha, rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

O objetivo deste trabalho foi apresentar a experiência sobre a inclusão da saúde bucal no pré-natal de gestantes assistidas pela Unidade de Saúde da Família do Calabar, Salvador (BA), com reflexões do processo de implantação dessas ações e serviços, levantando as principais dificuldades, limites e possibilidades, sob o olhar da equipe de saúde.

METODOLOGIA

Esse trabalho foi descritivo na modalidade de relato de experiência, desenvolvido pelos profissionais de Saúde Bucal da Equipe 01 da USF Calabar, a partir de 2015, baseado em protocolos para atendimentos às gestantes cadastradas e busca atender às diretrizes da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a) no bairro do Calabar, no município de Salvador, Bahia e, mais recentemente, na comunidade da Roça da Sabina, integrada à área adscrita. Ambas as comunidades têm uma população de baixa renda e escolaridade e moram em habitações consideradas aglomerados subnormais, além de não terem coleta pública de lixo e a rede de esgoto ser deficiente (BAHIA, 2016).

A Unidade é composta de duas equipes de saúde, com um médico, um enfermeiro, um dentista, um TSB/ASB, dois técnicos de enfermagem e seis ACS, Agente Comunitário de Saúde, em cada uma; conta ainda com o apoio do NASF, Núcleo de Apoio À Saúde da Família, que conta com uma psicóloga, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais, uma fisioterapeuta e um educador físico. Em relação à parte administrativa, tem uma gerente, dois recepcionistas e um responsável pela farmácia.

Esse relato de experiência se baseia no acompanhamento às gestantes da Equipe 01 da USF Calabar, responsável pelo atendimento de 6 microáreas, cobertas por 6 agentes comunitários de saúde. Cada microárea tem uma média de 650 usuários cadastrados, o que abrange uma população estimada de 3900 pessoas atendidas. A média mensal de gestantes atendidas em consultas com médica, enfermeira e dentista é de 30 mulheres.

Todas as gestantes da equipe que iniciam o pré-natal com a médica e/ou a enfermeira são agendadas para a consulta odontológica, preferencialmente no início da gestação. Esse agendamento é

feito diretamente com a dentista ou a TSB da equipe, evitando que a paciente pegue fila de marcação no SAME ou saia da Unidade sem sua consulta garantida.

Na primeira consulta odontológica é feita uma criteriosa anamnese acerca do estado geral de saúde da mulher, suas comorbidades, idade gestacional, hábitos de higiene oral, queixas e expectativas em relação ao tratamento. No exame intrabucal são avaliados atividade de cárie, doença periodontal, alterações em tecido mole, oclusão e é preenchido o odontograma e o plano de tratamento. Caso a gestante tenha necessidade de tratamento, consultas subsequentes são agendadas para o retorno, buscando concluir o tratamento antes do parto.

No momento da consulta é feito o trabalho de educação em saúde, individualmente, sob a forma de bate papo e troca de experiência, onde são abordados temas como a relação entre doença periodontal e parto prematuro, além de recém-nascido de baixo peso, desenvolvimento do paladar do bebê e o período gestacional, formação intrauterina dos dentes, importância da alimentação saudável, importância da amamentação natural, além de orientações de higiene bucal para a mãe e para o bebê.

O controle das gestantes que passam pela consulta odontológica no pré-natal é feito através de registros no prontuário da paciente, nos livros de atendimentos às gestantes da enfermagem e da saúde bucal. O SisPreNatal, software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b), é preenchido com a informação de que a gestante foi atendida em consulta odontológica, colaborando com a atualização de dados e alimentação do sistema.

A avaliação da eficácia do pré-natal odontológico é feita através da comparação entre o número de gestantes cadastradas na equipe,

de acordo com cadernos de registros da enfermeira e médica, e o percentual delas que têm acesso à consulta odontológica pelo menos uma vez durante o período gestacional. Outra fonte de avaliação é o *feedback* das pacientes nas visitas e consultas puerperais, onde são colhidos dados de amamentação exclusiva, higiene oral da mãe e bebê e presença/ausência de hábitos deletérios (chupeta, mamadeira); essas informações são registradas em prontuários e no Sisvan, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2018).

MARCO REFERENCIAL

Todo trabalho desenvolvido com as gestantes em torno da saúde bucal está fundamentado na educação em saúde. Longe daquele modelo tradicional, em que as mulheres recebiam informações de forma passiva e unilateral, onde o profissional era o único detentor do saber, hoje esse processo é feito através de troca de experiências, na busca pelos determinantes do processo saúde/doença (ALVES, 2005; BRASIL, 2018).

O conceito de saúde, defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fala sobre os elementos que proporcionam o bem-estar físico, mental e social ao indivíduo, não apenas a ausência ou presença de doenças. A saúde bucal, então, trabalha para além da prática odontológica, com ações de promoção e proteção, minimizando riscos à sua saúde integral (SEGRE; FERRAZ, 1997)

Levando essa filosofia para a prática, a educação em saúde consiste em troca de saberes, levando em conta vivências, culturas e épocas, culminando com mudanças de hábitos, conquista de autonomia, objetivando capacitar o indivíduo para ser o protagonista de sua própria condição de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2011).

O dentista, bem como todos os outros profissionais de saúde da equipe, deve estar empenhado em estimular a gestante a identificar e buscar informações quanto à prevenção e controle de seus problemas de saúde bucal. Deve-se pensar em educação em saúde sempre relacionada à aprendizagem, buscando alcançar a saúde, e se adequando a realidade de cada paciente.

A Educação em saúde é feita tanto no consultório odontológico, desde a primeira consulta, se estendendo às consultas subjacentes, se necessárias, quanto em espaços alternativos como salas de espera, grupos de gestantes e feiras de saúde, dentre outros equipamentos. Para além dos ensinamentos sobre higiene oral, cuidados com alimentação e mudanças orais ocorridas nessa fase, faz-se necessário abordagens sobre amamentação, mitos da proibição do atendimento odontológico às grávidas e a inserção do cuidado com a saúde bucal de bebês.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inclusão do pré-natal odontológico, segundo as orientações do Ministério da Saúde, iniciou-se em 2015, estimulada pelas diretrizes da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a). Anteriormente, as gestantes já eram atendidas pela equipe de saúde bucal, mas sem uma padronização ou protocolo adequados.

Desde então, o alto índice de faltas entre as gestantes, principalmente à primeira consulta, é uma barreira para o sucesso do pré-natal odontológico. Várias estratégias foram adotadas ao longo desses anos, na tentativa de melhorar a adesão das pacientes grávidas ao tratamento odontológico: a) enfermeira e a médica tem livre acesso à agenda do consultório odontológico, facilitando a marcação; b) marcação da consulta odontológica no mesmo dia e turno de uma consulta de enfermagem e/ou médica, diminuindo consideravelmente as faltas, já que

a gestante tem um compromisso maior com as consultas do pré-natal regular; c) prévia apresentação da dentista à gestante, pela enfermeira, criando, desde antes da consulta, um vínculo entre profissional e paciente; d) as estratégias adotadas surtiram efeito positivo na frequência das gestantes à consulta odontológica, conforme registros nos cadernos de controle da enfermagem e saúde bucal. Tomando como base os dados de atendimentos às gestantes cadastradas na equipe, observa-se um número consideravelmente maior de mulheres grávidas que passaram por, pelo menos, uma consulta odontológica em 2017, quando comparado com os dados de 2016 e 2015, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Ações desenvolvidas entre as gestantes da USF entre 2015 e 2017. Salvador – Bahia

Procedimentos	Ano		
	2015	2016	2017
Gestantes cadastradas	23	34	59
Consultas odontológicas	12	22	43
Visita domiciliar	10	5	8

Fonte: Sistema de Informação Vida. SMS, Salvador.

Analisando os dados expostos, pode-se ver um maior acesso das gestantes às consultas odontológicas e, conseqüentemente, maior acesso às ações de educação em saúde. Enquanto em 2015 apenas metade das gestantes passaram pela consulta odontológica, em 2017 quase 73% delas foram atendidas no consultório odontológico e tiveram informações sobre saúde bucal e amamentação.

O encerramento do pré-natal odontológico ocorre com a visita e/ou consulta puerperal. De acordo com a Rede Cegonha, o ideal é que essa consulta aconteça até 10 dias após o nascimento do bebê. (BRASIL, 2011a). Na USF Calabar não foi possível atender a esse prazo e a visita ocorre até 20 dias após o parto. Pode-se citar como causas desse atraso, questões como alta demanda por atendimentos, visitas domiciliares diversas, bebês que ficam internados por mais tempo

que o habitual, dificuldade de carro disponibilizado pela Secretaria de Saúde para visitas em locais de difícil acesso. Esse, então, é hoje um dos desafios da equipe, onde estudam-se estratégias para atender corretamente as orientações do Ministério da Saúde.

Outro problema a ser enfrentado pela equipe de saúde bucal é o atendimento a esses bebês acompanhados desde o pré-natal. A equipe discute como priorizar esse público, padronizando rotinas e construindo fluxos de atendimento. Por enquanto, busca-se estimular e orientar as mães a agendarem a consulta odontológica dos seus bebês, seguindo o padrão de marcação da Unidade.

Sobre os encontros de gestantes, essa é uma importante ferramenta de educação em saúde utilizada durante o pré-natal. Essas reuniões ocorrem periodicamente e participam gestantes cadastradas na unidade, independente de qual equipe ela esteja vinculada. Sob a forma de bate papo e roda de conversa, as futuras mães são convidadas a participarem de uma troca de experiências, utilizando um modelo dialógico de educação em saúde, onde a usuária é reconhecida como portadora de saberes a serem compartilhados (ALVES, 2005). Como forma de tornar esses encontros mais atrativos e descontraídos, são promovidos aquecimentos inespecíficos de apresentação, brincadeiras de “mitos e verdades”, recortes e colagens, além do fornecimento de lanche e brindes para a mamãe e o bebê.

Mesmo com toda a filosofia do pré-natal odontológico, voltada para a promoção e educação em saúde, muitas mães estabelecem rotinas que prejudicam a saúde bucal do bebê. Uma parcela das mães não adota a amamentação natural e exclusiva por 6 meses, usam mamadeiras, bicos e chupetas, além de introduzirem, precocemente, dieta cariogênica para os seus filhos. Vários fatores podem ser responsáveis pela adoção desses hábitos deletérios: a) pequeno número de gestantes que frequentam os encontros quando comparado com o número de gestantes cadastradas na unidade; b) falta de uma rede de apoio para

incentivar a mãe a amamentar exclusivamente seu bebê, em face das dificuldades do processo, principalmente nos primeiros dias; c) grande apelo comercial para venda de alimentos industrializados, ricos em açúcares, que são introduzidos cada vez mais cedo para esses bebês; d) pressão de familiares e amigos para que a mãe reproduza conceitos e hábitos antigos como, por exemplo, uso de chupetas e mamadeiras.

É através das consultas de acompanhamento e desenvolvimento que são colhidos dados sobre a adoção de hábitos de promoção de saúde bucal do bebê. Geralmente as mães que passaram pelos encontros de gestantes tendem a ser mais cuidadosas com higiene oral e alimentação do bebê, em comparação com as que tiveram orientações apenas no consultório odontológico.

A atuação da equipe de saúde bucal no pré-natal vai muito além do atendimento em consultório, ingressando na educação em saúde, desde a prevenção de problemas bucais até o estímulo à amamentação. A formação de uma consciência sobre a importância da saúde bucal nas gestantes impacta em mães mais sensíveis a hábitos saudáveis para os bebês e mais estimuladas a ajudarem seus filhos a adotarem a higiene oral desde cedo.

A interação de toda a equipe de saúde com a equipe de saúde bucal, principalmente a enfermeira, traz ganhos reais quanto a adesão das gestantes ao pré-natal odontológico. Ao longo desses anos de trabalho em conjunto, a enfermeira desenvolveu um olhar sensível aos problemas de saúde bucal e estimula as gestantes e as mães de bebês a procurarem a dentista da equipe, identifica hábitos deletérios, agenda consultas odontológicas, quando necessário e participar de ações educativas promovidas pela saúde bucal.

O excesso de demanda do profissional na Estratégia de Saúde da Família, com uma área adscrita cada vez maior, com cobranças por aumento de produtividade das ações curativas em detrimento de ações

preventivas, torna a assistência à gestante e a seu bebê mais restritiva e menos resolutiva que o ideal proposto como meta por diversos programas de atenção à gestante e ao bebê, com a Rede Cegonha, por exemplo, incluindo o atual programa de incentivo Previne Brasil.

Ressalta-se, portanto, a importância do pré-natal odontológico na atenção básica, de modo especial, no âmbito das ações da Estratégia de Saúde da Família, numa perspectiva da promoção de saúde, visando contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal do grupo materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, V. S. *et al.* A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, n. 5, p. 7-17, dez. 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005.

BAHIA. Secretaria de Desenvolvimento Urbano. CONDER/INFORMS. *Painel de informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro* /Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia. 5ª ed., Salvador, Bahia, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SISVAN – Sistema de Vigilância alimentar e Nutricional*. Brasília: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha*. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sisprenatal - Sistema de acompanhamento à gestante*. Brasília: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. *Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, June /2000.

FINKLER, M. *et al.* Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto contexto – enferm.* Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 360-368, Sept.. 2004

PASSINI JUNIOR, R. *et al.* Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 370-375, jul., 2007

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a Constituição da Maternidade. *Psicologia em estudo*, Maringá, V.13, n.1, p. 63-72, jan. /mar.2008.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, jan., 2010.

SALIBA, N. A. *et al.* Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 8, n. 4, p. 481-490, Dec. 2008.

SANTOS, L. A. V. *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 617-625, 2018.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997.

SUMÁRIO

A large, bold yellow number '8' is positioned in the upper right quadrant of the page. The background is a deep blue with a dense, textured pattern of colorful fabric strips in shades of green, yellow, orange, and red, which appear to be part of a traditional craft or textile. The overall aesthetic is vibrant and culturally rich.

8

Tharita Vieira Costa Cattai
Maria Beatriz Barreto De Sousa Cabral

**ATENÇÃO
ODONTOLÓGICA PRÉ-
NATAL NA USF VALE DO
MATATU, SALVADOR, BA:
projeto de intervenção**

APRESENTAÇÃO

Este capítulo buscou elaborar um projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família Vale do Matatu, Salvador, Bahia, na atenção odontológica das gestantes acompanhadas no pré-natal. É de fundamental importância para a Educação em Saúde desse grupo, que a informação, nossa colaboradora primária, esteja presente em todas as atividades a serem realizadas. Inicialmente, foi necessário conhecer a realidade existente atualmente dentro da Unidade de Saúde, o funcionamento do seu atendimento pré-natal e quais atividades já são realizadas. A proposta seria promover um debate com a ESF a respeito da saúde bucal no período gestacional e capacitar os profissionais para uma atuação integrada; em seguida, estabelecer um protocolo de atenção à saúde bucal da gestante, que contemple ações individuais e coletivas, com a participação da família. O impacto dessa linha de cuidado provocará o aumento do interesse das gestantes sobre bons hábitos de higiene oral, assim como, sobre seus direitos quanto ao acesso à prevenção e tratamento odontológico. Existe assim, a possibilidade do desenvolvimento de indivíduos com consciência crítica sobre a importância da Odontologia no pré-natal, fomentando o desejo e a responsabilidade com a sua própria saúde e a do bebê. Espera-se a redução dos índices de gestantes com problemas odontológicos, dentre os quais os mais prevalentes, como a cárie e a doença periodontal; em consequência, diminuição de complicações locais, relacionadas à saúde oral, e gerais, a exemplo do aumento da prevalência de partos prematuros.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, faz-se importante inserir ações voltadas à saúde bucal, visto que durante a gravidez, as mulheres estão mais suscetíveis a determinadas alterações, a exemplo das hormo-

nais, que interferem sobremaneira na saúde delas e de seus bebês. Os hormônios sexuais femininos podem contribuir no agravamento de alterações periodontais, já que o tecido em questão está propenso a mudanças inflamatórias provocadas pelo biofilme dental e associado a essas alterações, a exemplo da progesterona e do estrogênio, que aumentam sua produção durante a gestação (BASTIANI *et al.*, 2010).

Esse público-alvo tem muitas especificidades que são provocadas pelas transformações físicas, biológicas e hormonais que ocorrem na gestação, incluindo situações como *zíper* salivação, náuseas, alterações no periodonto, que influenciadas por mudanças dos hábitos de vida, criam um ambiente propício para o início e a evolução de doenças orais como lesões de cárie, gengivite, periodontite, entre outras (NASCIMENTO *et al.*, 2012). Para tanto, a literatura científica, de uma forma geral, considera as gestantes como grupo populacional de escolha para realização de programas de educação em saúde bucal (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2007).

Nesse contexto, insere-se a atenção primária a saúde, que deve ser responsável pela coordenação do cuidado e, a Estratégia Saúde da Família, como prioridade para organização dos serviços, acesso principal aos usuários, respostas às necessidades de saúde da população e contribuição para a mudança do modelo assistencial (ARANTES *et al.*, 2016). A proposta dessa estratégia é uma assistência acolhedora, humanizada, holística e com direito ao acesso de informações, principalmente no que diz respeito a conhecer o processo e se envolver, participando e decidindo sobre suas necessidades.

O processo de trabalho, a organização dos serviços de saúde e o acompanhamento gestacional nas Unidades de Atenção Primária são iniciativas de humanização para uma assistência pré-natal adequada, através de intervenções precoces, quando necessárias, para garantir uma gravidez saudável, segura e sem complicações, sempre

SUMÁRIO

utilizando a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada principal, assegurando os princípios do acesso e integralidade (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família formam um conjunto de ações em saúde, representando modelos de atenção que favorecem a expansão dos cuidados primários e a institucionalização da avaliação. Essa política pública permite a expansão da oferta dos serviços e sua relevância quanto ao desempenho, trabalho multidisciplinar, enfoque familiar, entre outros, e demonstra a capacidade em identificar os problemas que incidem sobre o processo saúde-doença.

Para êxito do projeto e melhoria do modelo assistencial, a sensibilização dos profissionais inseridos é fundamental, para que possam compreender a relevância que a Odontologia, seus determinantes e condicionantes, tem na saúde da gestante como um todo. Portanto, a qualificação dos profissionais envolvidos é considerada como uma das ferramentas mais importantes para o sucesso do projeto, já que além de aprimorar suas habilidades e complementar sua formação técnica, promovendo a execução adequada de oficinas e atividades educativas junto aos usuários, provoca o despertar de uma conscientização pessoal quanto à saúde oral, independente de profissão.

A partir da educação permanente, dos conhecimentos teóricos sobre o tema e específicos ao assunto, é que consideramos o enriquecimento e aprofundamento que subsidia uma formação profissional. E esse processo deve ser permanente, contribuindo para o avanço do trabalho dentro dos serviços de saúde, tendo o reconhecimento dos profissionais como uma necessidade, enfatizando o processo de ensino-aprendizagem (SARRETA, 2009).

No grupo e rodas de conversas propostas, os profissionais abordarão os temas pertinentes ao assunto para conscientizar os usuários da importância do acompanhamento odontológico durante o pré-natal. Temas como problemas odontológicos mais frequentes

durante a gestação, como cárie e doença periodontal, dor e urgência durante a gravidez, mitos e verdades, auxiliam as gestantes a sentirem-se mais seguras para procurar o dentista durante esse período. As gestantes são incentivadas, durante as atividades do grupo, a assumirem o papel de sujeito principal da ação, além de oportunizar troca de experiências com profissionais e demais participantes, assim como desconstruir preconceitos e medos que estão fortemente presentes. Além da parte teórica, esse público participa periodicamente de atividades práticas coletivas, como instrução de higiene oral, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, a serem realizadas no “escovódromo” presente na Unidade de Saúde.

As consequências desse processo extrapolam para as práticas em consultório, no tocante ao atendimento odontológico, visto que o grupo de gestantes tenderá a aproximá-las do acompanhamento odontológico pré-natal, proporcionando ações de prevenção a agravos na saúde bucal, assim como procedimentos curativos quando estes forem necessários. O fato da Equipe de Saúde da Família trabalhar com agenda compartilhada entre os profissionais de Medicina, Enfermagem e Odontologia também favorece a aceitação e a procura por marcação de consultas odontológicas durante o pré-natal. Os Agentes Comunitários de Saúde também desempenham papel de extrema importância, quando realizam busca ativa das gestantes que precisam agendar uma primeira consulta, assim como daquelas faltosas nas consultas previamente agendadas.

Delfino *et al.* (2004) definem que o grupo de gestantes é o ambiente micro e dinâmico, que objetiva a promoção da saúde integral individual-coletiva das gestantes, mediada pelas interações que nele acontecem. A participação da gestante permite que ela seja multiplicadora de saúde, causando entre esse público e os profissionais de saúde uma cascata de possibilidades de promoção da saúde integral com repercussões individuais e coletivas.

SUMÁRIO

Barreto e colaboradores (2015) relatam que a educação permanente apresenta “potenciais pedagógicos e políticos para transformação do modelo de atenção à saúde e das práticas de cuidado à gestante”. Ocorre que os profissionais são levados a refletir sobre suas práticas, provocando uma renovação e facilitando a promoção humanizada da saúde. Em um estudo de Ceccim (2005), o autor refere que a educação permanente viabiliza a descentralização da saúde, pois conceitua-se como “estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”. Ocorre através da educação em saúde, nesse caso, na figura do grupo de gestantes, o empoderamento dos usuários por meio de um ambiente de aprendizagem promotor de saúde.

A Educação em Saúde desse grupo em questão é de fundamental importância, já que a informação colabora, no primeiro plano, para o olhar cuidador e de promoção de saúde do indivíduo como um todo, sendo este o principal objetivo da Equipe de Saúde da Família. Em consonância com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), que diz : “Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos: orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação; exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal; diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo; diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento; orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal; em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando sempre a vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração”.

Conseqüentemente, o impacto dessa estratégia se estenderá para aumentar o interesse das gestantes sobre bons hábitos de higiene oral, seus direitos quanto ao acesso à prevenção e tratamento odontológi-

co. Existe assim, a possibilidade do desenvolvimento de indivíduos com consciência crítica quanto às causas dos seus problemas, fomentando o desejo e a responsabilidade com a sua própria saúde e a do bebê.

Dessa forma, é provável que uma análise crítica aconteça quanto às atividades executadas na Unidade de Saúde Vale do Matatu no município de Salvador-Bahia, identificando pontos positivos das intervenções e sugerindo novas possibilidades de atuação no cuidado em saúde das gestantes da sua área de abrangência.

O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção a ser realizado na USF Vale do Matatu. Cabe ressaltar a importância da análise da situação existente no pré-natal para, a partir deste diagnóstico, propor algo novo no Programa de Saúde da Família da referida Unidade de Saúde.

GESTAÇÃO E SAÚDE BUCAL

A gestação é considerada como um período único e valioso no ciclo de vida de uma mulher. Esse período pode proporcionar o momento adequado para desconstruir crenças e preocupações sobre o tratamento odontológico durante a gestação, evidenciando a importância da Odontologia. Surge a oportunidade então de desmistificar os mitos e inseguranças que existem sobre a atenção odontológica no pré-natal, bem como informar e esclarecer dúvidas sobre controle da placa dental, dieta adequada, possíveis alterações bucais durante esse período e o que fazer para prevenir e tratá-las (BASTIANI *et al.*, 2010).

Nesse momento marcante da sua vida, as mulheres estão mais propensas à aquisição de conhecimentos e cuidados pertinentes e determinantes no pré-natal. Essa combinação é a oportunidade para enriquecer a mulher de informações pertinentes para a adoção de no-

vos e melhores hábitos saudáveis, pessoais e para os outros membros da família e da comunidade em geral, já que a mãe exerce o papel de cuidadora dentro do núcleo familiar (CODATO *et al.*, 2011).

Por outro lado, é no período gestacional, que também podem ocorrer desordens relacionadas à personalidade, acrescidas de mudanças hormonais, cardíacas e respiratórias que alteram o funcionamento do organismo e modificam o equilíbrio bucal, notadamente conhecidas, como coloca Batistella e colaboradores (2006). Essas alterações psicológicas estão relacionadas à necessidade da mulher de adaptar-se a situação, preparando-se para o processo do parto. Portanto, é possível um comportamento menos disponível e adepto ao acompanhamento odontológico durante o pré-natal, pois, a gestante pode estar sobre a influência do instinto de proteção ao futuro bebê, principalmente em terapias que necessitem de tomadas radiográficas, anestesia local e uso de medicamentos.

O conhecimento científico afirma que qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gravidez (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Porém, o tratamento durante o pré-natal requer a seleção de protocolos mais cuidadosos, a exemplo de limites preferencialmente pré-estabelecidos de duração do tratamento, redução da administração e das dosagens de anestésicos e medicações, a fim de se obter um processo mais seguro.

A prioridade deve ser sempre voltada para a prevenção, porém o tratamento curativo deve ser instituído diante dos problemas bucais existentes, visto que eles podem influenciar a saúde da mãe e do bebê, principalmente quando se tratar de questões nutricionais, infecções e disseminação de patógenos na circulação sanguínea. Diniz (2013) coloca a importância da presença do pai do bebê junto com a gestante, na primeira consulta odontológica, para esclarecimento de mitos e preocupações existentes sobre o tratamento odontológico no pré-natal.

SUMÁRIO

O período considerado mais seguro para as intervenções odontológicas é o segundo trimestre da gravidez; mas as urgências devem ser solucionadas em qualquer período gestacional, incluindo os procedimentos que envolvem anestesia local, desde que o profissional tenha domínio e conhecimento suficientes para administrar o tipo e a quantidade de substância anestésica adequada (BASTIANI *et al.*, 2010). Quanto ao uso de medicamentos, é recomendado que o profissional seja bastante criterioso e aja com cautela, visto que a droga de escolha para o tratamento, quando necessária, atravessa a barreira placentária e entra em contato com o feto. Muitos estudos destacam que existe relação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso ao nascer, elevando o índice de risco de morte, sequelas neurológicas e desenvolvimento neurológico insatisfatório (DINIZ, 2013).

Oliveira e Gonçalves (2009) destacam que para que a atenção odontológica durante a gestação aconteça de maneira responsável e cautelosa, o conhecimento do cirurgião-dentista acerca de alterações fisiológicas provenientes da gravidez faz-se necessário, visto que podem ocorrer, por exemplo, aumento do volume sanguíneo da gestante devido a progesterona (quadro de anemia fisiológica); aumento da frequência cardíaca e respiratória; alterações metabólicas, como a hipoglicemia frequente e motilidade gástrica mais lenta; alterações físicas, como ganho de peso devido à retenção hídrica e edema decorrente da compressão venosa.

Nascimento e colaboradores (2017) verificaram que existem profissionais de Odontologia que preferem não ofertar atendimento às gestantes, com receio de possível relação de causa entre aborto e realização de procedimentos, especialmente no primeiro trimestre de gestação. Também ocorre que alguns profissionais realizam procedimentos em outro período gestacional, por se sentirem mais seguros quanto ao momento mais adequado para uma intervenção.

Prescrição de medicamentos durante a gestação

A utilização de medicamentos durante a gestação obteve destaque nas décadas de 50 e 60, como resultado do aumento da incidência de nascimento de bebês com malformações de membros, devido ao uso de talidomida, substância comumente usada para aliviar enjoos matinais. A partir daí, durante uma terapia medicamentosa em gestantes, a prioridade é evitar efeitos teratogênicos, já que diversos fármacos podem atravessar a membrana placentária. Diante dessa possibilidade, o período entre a quarta e oitava semana é considerado o de maior risco, por se tratar da fase da organogênese, momento em que os primórdios dos principais órgãos e sistemas estão em formação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o cirurgião-dentista informe à paciente sobre os objetivos do tratamento, o tempo de uso da medicação, os benefícios, riscos e recomendações diante de reações adversas (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Quando não são respeitadas questões essenciais e garantidas pelos Princípios e Diretrizes do SUS, como a equidade, integralidade, humanização, garantia de acesso e de qualidade na atenção em saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2003), podem ser encontradas barreiras durante o atendimento odontológico. Apesar da ausência na literatura de um consenso quanto à periodicidade de consultas odontológicas pré-natais, existem estudos que apontam que esse público vai menos ao dentista do que as mulheres de faixa etária semelhante. Por isso, o Programa de Saúde da Família precisa estar atuante nesse momento, garantindo às gestantes ofertas de atividades educativas sobre o tema, periodicidade de visitas ao dentista (preconizando número mínimo de duas consultas odontológicas durante o pré-natal) e prevenção e tratamento odontológico. Dentro dessa proposta deve-se estabelecer um vínculo entre os atores envolvidos, equipe de saúde da família e paciente, possibilitando um canal de comunicação, uma ligação direta

entre eles, na qual o profissional de saúde não é o único detentor do conhecimento (BASTIANI *et al.*, 2010).

Anestésicos locais durante a Gestação

Os anestésicos locais são considerados muito seguros quanto à sua utilização no período gestacional, não apresentando contraindicações quanto ao seu uso. Isso ocorre pois, apesar da capacidade de atravessar a barreira placentária, os anestésicos locais não apresentam efeitos teratogênicos (VASCONCELOS *et al.*, 2012). Ressalta-se a importância, segundo Bastos *et al.*, (2014), da observação de aspectos como a técnica anestésica, quantidade da droga administrada, ausência/presença de vasoconstrictor e os efeitos citotóxicos.

O consenso na literatura é de que a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000 é a solução anestésica mais empregada, sendo sugerido a utilização de dois tubetes, no máximo, por sessão de atendimento. Ainda segundo a literatura, não se deve administrar a benzocaína e a prilocaína, uma vez que estes fármacos reduzem a circulação placentária e apresentam risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal; a substância felipressina deve ser usada com cautela, uma vez que esse potente vasoconstrictor em doses elevadas pode provocar contrações uterinas, devido a sua semelhança estrutural com o hormônio ocitocina.

Fluorterapia na gestação

Segundo Vasconcelos *et al.*, (2012), houve uma época em que a Medicina e a Odontologia acreditavam que os suplementos fluorados possuíam efeito anticariogênico sistêmico, e por isso, seriam funda-

mentais para a odontogênese presente na vida intrauterina. Porém, atualmente já está comprovado que o efeito sistêmico está relacionado apenas com a melhoria da qualidade da saúde bucal da gestante, não apresentando nenhum efeito sobre os dentes em formação do bebê.

Não foi encontrado na literatura nenhum estudo que comprove a efetividade da ingestão de flúor durante a gravidez, para promover a redução da incidência de cárie em dentes decíduos. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve estar inserido na equipe de saúde da família para fortalecer a prevenção de doenças bucais e desconstruir a possibilidade de utilização de suplementos fluorados para fins de efeitos sistêmicos.

Exames radiográficos durante a gestação

Vasconcelos *et al.*, (2012) apontam que 50% dos cirurgiões-dentistas apresentam dúvidas e receios em relação ao emprego do Raio X em gestantes e, portanto, não realizam as tomadas radiográficas durante o tratamento odontológico gestacional. Essa situação está amparada no medo que o profissional tem de causar má formação congênita no feto devido a exposição à radiação ionizante.

Existe um consenso na categoria odontológica que as radiografias devem ser evitadas no primeiro trimestre, mais precisamente na quarta e quinta semana da gestação, mais uma vez relacionado com a organogênese que acontece nesse período. Ocorre que, se todas as medidas preventivas de proteção, como o uso de avental plumbífero, regulação da dose e duração dos Raios X forem realizadas, o exame radiográfico não precisa ser evitado ou adiado para o momento pós-parto, ainda mais em casos de urgência. Além disso, o cirurgião-dentista tem obrigação de tomar outras medidas como evitar radiografias de rotina, erros de técnica, ângulos direcionados ao abdômen e repetições de tomadas radiográficas.

A radiação emitida na realização de uma radiografia periapical, a mais comumente usada, é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas, sendo que o feto recebe apenas 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Portanto, nenhum exame radiográfico precisa deixar de ser realizado durante a gestação, especialmente se esse exame complementar for importante na determinação de diagnóstico e tratamento adequado.

METODOLOGIA

Um projeto de intervenção pode realizar mudanças comportamentais por meio da reorientação das práticas. Dessa forma, a proposta foi elaborar um projeto que fomente na equipe de saúde, mais especificamente a de saúde bucal, na gestante e em sua família, o desejo pela qualidade da saúde oral, o autocuidado durante esse momento tão especial e peculiar que é a gravidez, e o posterior cuidado com o bebê. As atividades educativas durante esse período são pertinentes, visto que contribuem para a aquisição de informações valiosas para a experiência de vida do público-alvo, contribuindo para a autonomia e a responsabilidade com a sua própria saúde oral.

O projeto de intervenção apresentado neste capítulo abrange uma Equipe de Saúde de uma Unidade de Atenção Básica com Estratégia de Saúde da Família. Esta Unidade está localizada no Vale do Matatu, em um dos menores subdistritos do bairro de Brotas em Salvador, Bahia. A região é composta de morros ao redor de uma grande avenida, com saídas para outros bairros (Cosme de Farias, Luís Anselmo e Matatu de Brotas), sendo dividida em parte alta e parte baixa. A principal fonte de renda do local é o comércio, principalmente no ramo alimentício. A pretensão é que, em um segundo momento, todas

as equipes da Unidade de Saúde participem do projeto. No período do projeto de intervenção, a Unidade de Saúde possuía 7 Equipes de Saúde da Família, algumas delas incompletas, nas quais cada equipe possui 6 agentes comunitários de saúde. As equipes realizam o acompanhamento pré-natal, dentro das suas possibilidades, através de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas e atividades de busca ativa e visitas domiciliares. São realizadas poucas atividades educativas para esse público-alvo e existe a intenção de formação de um grupo de educação permanente para gestantes.

Esta é uma pesquisa descritiva, que busca identificar a situação atual na atenção odontológica pré-natal do Programa de Saúde da Família da USF Vale do Matatu, em Salvador, Bahia. A análise descritiva mostrou quais ações, e seus respectivos aspectos positivos, já são realizadas na Unidade de Saúde. Ela está baseada em avaliações qualitativas, que não utilizam instrumentos estatísticos, mas que realizam coleta de informações e dados a respeito das atividades e serviços oferecidos, frequência de consultas e tratamentos realizados. Após essa identificação, o intuito é construir um projeto de intervenção que favoreça o atendimento odontológico das gestantes durante o pré-natal, do serviço oferecido na Unidade de Saúde, anteriormente citada.

São propostas diversas ações como:

1. Oficina de capacitação de uma equipe de saúde da família da USF Vale do Matatu, a respeito da saúde bucal durante a gestação;
2. Formação de um grupo de gestantes permanente na Unidade, que inclua todos os aspectos pertinentes à saúde durante a gravidez, inclusive a Odontologia;
3. Realização periódica de escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor coletiva em escovódromo da Unidade;

4. Organização de agenda compartilhada de atendimentos entre os profissionais (médico, enfermeiro e dentista) dentro da mesma Equipe de Saúde da Família;
5. Realização de busca ativa feita pelos ACS das gestantes faltosas às consultas de pré-natal.

Vale ressaltar que, os tópicos 4 e 5 já são realizados por pelo menos uma Equipe de Saúde da Família da referida Unidade de Saúde.

ANÁLISE DE VIABILIDADE

O projeto apresenta como facilitador principal a independência de recursos financeiros para que ele seja operacionalizado, necessitando apenas de recursos físicos já existentes na própria estrutura da Unidade, e dos recursos móveis que podem ser solicitados junto ao Distrito Sanitário. Além disso, a presença como mediadora do processo, de profissional da área odontológica em processo de finalização de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde da Família, colabora sobremaneira no processo de qualificação dos profissionais de saúde da Unidade, assim como na construção do grupo de gestantes.

O grupo de gestantes poderá ser visto pela gestão, profissionais e usuários do sistema como elemento desencadeador de aproximação e aceitação ao atendimento durante o pré-natal, não somente odontológico, podendo, assim, facilitar a sustentabilidade do projeto no decorrer da implementação.

As dificuldades podem ser encontradas, quando existe uma proposta de transformação de uma assistência exclusivamente curativa e dolorosa em uma assistência pautada em educação em saúde, práticas de promoção e prevenção de saúde, desmistificando mitos

e preconceitos pré-estabelecidos quanto ao acompanhamento odontológico no pré-natal. Além disso, possíveis questões como falta de tempo e atropelos assistenciais podem impossibilitar a realização das atividades. A implantação do projeto deve contar com a parceria da gestão, no intuito de desempenhar o papel de facilitador e aliado de todo o processo. O quadro 1 descreve as ações já realizadas.

Quadro 1 - Ações realizadas na Unidade de Saúde.

Ações	Responsável	Cobertura
Individuais: Orientações de Higiene Oral, Escovação Supervisionada e Aplicação de Flúor.	Dentista de 1 Equipe de Saúde Bucal	17 gestantes em acompanhamento pré-natal pela referida Equipe de Saúde
Coletivas: Atividade Educativa.	1 Equipe de Saúde Bucal (Dentista e ASB)	Gestantes que frequentam a Unidade de Saúde (número variável)
Marcação de consulta odontológica	Dentista da Equipe de Saúde	Número variável
Agenda compartilhada entre médico, enfermeira e dentista	Médico, Enfermeira e Dentista da Equipe de Saúde	17 gestantes em acompanhamento pré-natal pela referida Equipe de Saúde
Atendimento Odontológico	Dentista de 1 Equipe de Saúde Bucal	17 gestantes em acompanhamento pré-natal pela referida Equipe de Saúde
Busca ativa de gestantes faltosas às consultas	ACS da Equipe de Saúde	Gestantes faltosas (número variável)
Visitas domiciliares no puerpério	Equipe de Saúde	Puérperas (10 dias pós-parto, número variável)

PROGRAMAÇÃO OPERATIVA PROPOSTA

Quadro 2 - Matriz do Plano de Intervenção para o objetivo de capacitação os profissionais sobre a saúde bucal durante o período gestacional para uma atenção integrada.

Ações	Metas	Indicadores	Recursos	Responsável	Prazo
Apresentar a todos os profissionais da equipe de saúde a proposta do projeto de intervenção.	Discutir com 100% dos profissionais sobre a importância da presença da Odontologia durante a gestação.	Número de profissionais que participaram da apresentação/ número de profissionais da equipe.	Espaço físico; Mesa; Cadeiras;	Equipe de saúde bucal	2 meses
Estudo em grupo de artigos relativos à Odontologia durante a gravidez, agravos à saúde oral e impactos na gestação.	Participação de 100% dos profissionais da equipe de saúde.	Número de profissionais qualificados/ número de profissionais da equipe. Número de encontros de estudo/ número de profissionais da equipe.	Recursos audiovisuais e materiais impressos; Espaço físico; Cadeiras; Mesa; Retroprojeter.	Dentista da equipe de saúde e gestão.	2 meses
Reunião de equipe para avaliação processual do projeto de intervenção e monitoramento dos resultados.	Reunião bimestral.	Número de reuniões realizadas/ número de reuniões planejadas.	Espaço físico. Mesa. Cadeiras.	Equipe de saúde bucal	4 meses

Quadro 3 - Matriz do Plano de Intervenção do objetivo para implementar o protocolo de atenção à saúde bucal da gestante., contemplando ações individuais e coletivas, envolvendo os familiares nesse processo.

Ações	Metas	Indicadores	Recursos	Responsável	Prazo
Convidar todas as gestantes acompanhadas no pré-natal.	Elaborar convites com as datas dos encontros mensais pré-estabelecidos.	Número de participantes no grupo/ número de gestantes.	Convites.	Equipe de saúde da família	1 mês
Divulgar para a comunidade do território de abrangência da USF Vale do Matatu sobre o grupo de gestantes.	Realizar salas de espera para conscientização da importância da participação nos grupos.	Número de participantes no grupo/ número de gestantes.	Espaço físico.	Equipe de saúde da família	1 mês

Produzir material educativo para sensibilizar os participantes.	Elaborar material educativo.	Número de participantes no grupo/ número de gestantes.	Panfletos.	Equipe de saúde bucal e gestão.	1 mês
Realizar escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor no escovódromo da Unidade	Orientar quanto à técnica correta de escovação, tirar dúvidas das gestantes e prevenir problemas odontológicos.	Número de participantes no grupo/ número de gestantes.	Escovas de dente; escovódromo; pasta de dente e flúor; macromodelos.	Equipe de saúde bucal e ACS da Unidade de Saúde.	1 mês
Realizar agenda compartilhada de atendimentos das gestantes dentro da mesma equipe de saúde da família	Evitar absenteísmo às consultas; Promover integração entre os profissionais envolvidos e seus atendimentos.	Número de gestantes marcadas/ número total de gestantes.	Agendas dos profissionais	Equipe de saúde da família e recepção da Unidade de Saúde.	2 meses
Realizar busca ativa das gestantes em acompanhamento no pré-natal que faltem aos encontros (grupos).	Garantir que os agentes comunitários de saúde realizem 100% da busca ativa das gestantes faltosas.	Número de faltosas/ número de buscas ativas.	Telefone ou WhatsApp	Dentista da equipe de saúde	1 mês

Este projeto tem a intenção de reduzir os índices de gestantes com problemas odontológicos, dentre os quais os mais prevalentes são: a presença de cárie e doença periodontal. Como consequência, as chances de complicações locais, relacionadas à saúde oral, e gerais, como aumento da prevalência de partos prematuros também seriam extremamente reduzidas. A oferta seria de um atendimento mais humanizado, por meio de mudanças culturais, mediante o uso das boas práticas de promoção e prevenção em saúde bucal, pautadas em evidências científicas. O acompanhamento odontológico deve servir como um dos instrumentos para um pré-natal de qualidade, com melhorias no processo, reduzindo as situações problemas e proporcionando um pré-natal tranquilo, seguro, na tentativa de minimizar transtornos e sofrimentos durante esse período especial.

Que seja um processo educativo, com promoção à informação, e que auxilie as mulheres na condução de desmistificar crenças e receios relacionados ao tema; que promovam o aumento do empoderamento feminino mediante o entendimento, protagonismo e autonomia

na tomada de decisões e cuidados, relativos num primeiro plano à sua saúde oral, e num segundo plano à sua saúde e à do bebê como um todo. Que sensibilize usuários e profissionais de saúde, para a criação de uma nova cultura e comportamento no que diz respeito à saúde bucal e às suas implicações na qualidade da atenção à saúde das gestantes, com a integração dos esforços para o alcance dos objetivos em comum, revisando as práticas e adequando-as quando necessário.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-796, maio-jun., 2004.

ARANTES, L. J. et al. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. *Ciência & Saúde de Coletiva*, v. 21, n. 5, p.1499-1509, 2016. Acesso em 20/08/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>.

BARRETO, C. N.; WILHELM, L. A; SILVA, S. C; et al. O Sistema Único de Saúde que dá certo: ações de humanização no pré-natal. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 36, n. esp, p. 168-76, 2015.

BASTIANI, C.; COTA, A. L. S.; PROVENZANO, M. G. A. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol. Clín.-Cient*, vol. 9, n. 2, Recife, abr/jun. 2010.

BASTOS, R.D.S.; SILVA, B. S.; CARDOSO, J. A.; FARIAS, J. G.; FALCÃO, G. G.V.C.S. Desmistificando o Atendimento Odontológico à Gestante – Revisão de Literatura. *Revista Bahiana de Odontologia*, 5 (2): 104-116, agosto, 2014.

BATISTELLA, F. I. D.; IMPARATO, J. C. P.; RAGGIO, D. P. et al. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal na rede pública e em consultórios particulares. *RGO*, v. 54, n.1, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília-DF, Brasil. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Brasília, 2017. Disponível em: <http://>

bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html. Acesso em 04/02/2018

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 13, n. 3, p.1075-1080, 2008.

CODATO, L. A. B *et al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4 p. 2297-2301, 2011.

DELFINO, M. R. R. *et al.* O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n. 4, p. 1057-1066, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a26v9n4>.

DINIZ, I. M. C. Organização da Assistência Odontológica para Gestantes de uma UBS do Município de Foz do Iguaçu. Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicado do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná. Foz do Iguaçu, 2013.

NASCIMENTO, E. P.; ANDRADE, F. S.; COSTA, A. M. D. D.; TERRA, F. S. Gestantes frente ao tratamento odontológico. *Rev. Bras. Odontol.* Vol.69, n.1, Rio de Janeiro, Jan/jun. 2012.

NASCIMENTO, P. O; SILVA, W. R; JUNIOR, J. E. L *et al.* Atendimento Odontológico a Gestantes: Uma Revisão Integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit/ Aracaju*, v. 4, n. 1, p. 43-50, maio de 2017.

OLIVEIRA, J. F. M.; GONÇALVES, P. E. Verdades e Mitos sobre o Atendimento odontológico da Paciente Gestante. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 50, n. 3, p. 165-171, 2009.

OLIVEIRA, E. C.; LOPES, J. M.O.; SANTOS, P. C. F; *et al.* Atendimento Odontológico a Gestantes: a Importância do Conhecimento da Saúde Bucal. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 11-23, 2014.

SARRETA, F. O. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>. Acesso em 15/06/2018.

VASCONCELOS, R.G.; VASCONCELOS, M.G.; MAFRA, R.P. *et al.* Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *Rev. Bras. Odontol.* v.69, n.1, Rio de Janeiro, Jan/Jun, 2012.

SUMÁRIO



9

Aline Melo Novais
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

**PRÉ-NATAL
ODONTOLÓGICO EM
UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM
SALVADOR, BAHIA**

DOI: [10.31560/pimentacultural/2021.827.195-222](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2021.827.195-222)

INTRODUÇÃO

As gestantes são consideradas pacientes especiais pelo fato de apresentarem alterações físicas, psicológicas e hormonais que podem provocar repercussões na cavidade oral, favorecendo o aparecimento de patologias orais como a cárie e a doença periodontal (POLETTTO *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Por conta disso, é de extrema importância que haja uma maior atenção à saúde bucal no período da gestação através da realização do pré-natal odontológico, mediante ações de educação, promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos.

A falta de informação adequada a respeito do pré-natal odontológico durante a gestação gera mitos e crenças que prejudicam a adesão das gestantes ao acompanhamento odontológico durante a gravidez (POLETTTO *et al.*, 2008; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

É necessário, portanto, desmistificar e conscientizar dessas mulheres sobre a importância do acompanhamento odontológico durante todo o período de sua gravidez. O cirurgião-dentista, portanto, deve atuar como importante agente de educação em saúde, contribuindo para o esclarecimento de medos, mitos e dúvidas relacionados à atenção odontológica durante o pré-natal e também sobre as alterações na cavidade oral que são atribuídas ao período gestacional (CODATO *et al.*, 2011). Por outro lado, sabe-se também que alguns cirurgiões-dentistas compartilhem deste receio e se recusam a prestar assistência odontológica às pacientes gestantes (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal do Brasil de 1988 em seu artigo 196 para garantir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Baseia-se nos princípios

ideológicos da universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou-se com o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 pelo Ministério da Saúde e foi criada como forma prioritária de reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS. É formada por uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017a).

A portaria nº 1.444, de 2000, regulamentou a inserção de profissionais de saúde bucal na ESF, incluindo cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal, compondo então as Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2000). Dentre as atribuições do cirurgião-dentista na ESF citadas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, está o atendimento a grupos específicos, podendo-se incluir nestes grupos as gestantes.

Em 2004, Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que ficou conhecida popularmente como “Brasil Sorridente”, com o objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Dessa maneira, buscou a reorganização da atenção básica em saúde bucal, a ampliação e qualificação da atenção especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a ampliação da cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público. Ao tratar sobre a ampliação e qualificação da atenção básica, a PNSB visa também à ampliação do acesso a assistência odontológica às gestantes, afirmando que se devem realizar ações coletivas de promoção e proteção de saúde e garantir o atendimento individual a este grupo (BRASIL, 2004a).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) compõem a Atenção Primária a Saúde (APS), que é o primeiro nível de acesso dos usuários ao SUS. É importante que a APS esteja organizada para cumprir os princípios doutrinários do SUS, especialmente a universalidade, equidade e integralidade. O acompanhamento da gestante deve ser multiprofissional, portanto, ao iniciar seu pré-natal com o (a) médico (a) ou enfermeiro (a), ela deve ser encaminhada também para o (a) cirurgião-dentista a fim de cumprir o princípio da integralidade do SUS e visando o diagnóstico precoce das condições patológicas orais (BRASIL, 2010). O Protocolo de Atenção Básica da Saúde das Mulheres publicado pelo Ministério da Saúde em 2016 afirma que o acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante e que se deve garantir para todas as gestantes a avaliação odontológica pelo menos uma vez no período da gestação.

A gestante pode ser tratada pelo cirurgião-dentista em qualquer período da gravidez. As mulheres com gestação de baixo risco que necessitem apenas de prevenção, profilaxia e restaurações simples, deverão ser atendidas nas UBS ou USF. Já as mulheres com gestação de alto risco, deverão ser encaminhadas para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para o atendimento necessário e adequado de acordo com sua fase gestacional. O cirurgião-dentista da APS deve continuar acompanhando a gestante nas consultas de pré-natal de rotina mesmo que esta tenha sido encaminhada para outro nível de atenção (BRASIL, 2010).

A saúde bucal faz parte da saúde como um todo, portanto, considerando que as gestantes são pacientes que precisam de uma atenção especial, é necessário que o pré-natal odontológico seja ofertado na APS e que toda gestante tenha o acesso garantido a ele. Nesse

sentido, o presente estudo tem como objetivo descrever a cobertura do pré-natal odontológico na Unidade de Saúde da Família (USF) Joanes Leste em Salvador, Bahia, Brasil no ano de 2017 a fim de avaliar se este direito está sendo garantido às gestantes cadastradas na referida unidade. Para isso, também buscou caracterizar a produção científica brasileira sobre o pré-natal odontológico e a situação dos serviços de saúde na atenção primária em Salvador.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental que consiste em método de recolha e análise de dados. Para se obter informações sobre a cobertura do pré-natal odontológico na USF Joanes Leste, foram realizadas visitas à unidade de saúde a fim de pesquisar os prontuários das pacientes gestantes atendidas na unidade no ano de 2017. A USF Joanes Leste fica localizada no bairro Lobato, Distrito Sanitário (DS) de Itapagipe, no município de Salvador.

O DS de Itapagipe possui uma população de 166.210 habitantes, área de 6,97km² e densidade demográfica de 23.361,69 habitantes/km². Possui 27 bairros de abrangência: Mares, Alagados, Bairro Machado, Baixa da Mangueira, Baixa do Bonfim, Baixa do Fiscal, Baixa do Petróleo, Boa Viagem, Bonfim, Calçada, Caminho de Areia, Dendezeiros, Itapagipe, Jardim Belvedere, Jardim Cruzeiro, Largo do Papagaio, Madragoa, Massaranduba, Mirante do Bonfim, Mont Serrat, Pedra Furada, Penha, Península do Joanes, Ribeira, Roma, Uruguai, Vila Rui Barbosa (SALVADOR, 2018).

A APS do DS de Itapagipe é composta por 04 unidades básicas de saúde, sendo o Centro de Saúde (CS) Virgílio de Carvalho e o CS Ministro Alkimin unidades básicas sem Saúde da Família e as

unidades Joanes Leste e Joanes Centro Oeste unidades de Saúde da Família. A rede especializada é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Adilson Peixoto Sampaio, o Centro Terapêutico Municipal de Saúde Mental (CTM) Álvaro Rubin Pinho, o Centro de Orientação Apoio Sorológico (COAS) Marymar Novaes e uma Residência Terapêutica (SALVADOR, 2018).

Em relação às unidades de nível secundário e terciário que prestam serviço ao SUS e são referência para as unidades básicas do DS de Itapagipe, tem-se as Obras Sociais Irmã Dulce, a Clínica Santa Clara, a Clínica Ortopédica e Traumatológica (COT), o Instituto de Reabilitação Terapêutica e Estética (IRTE), o Hospital Agenor Paiva, o Hospital Couto Maia, o Hospital Sagrada Família, o Hospital Santo Antônio e o Hospital São Jorge. O distrito não possui CEO, UPA ou NASF (SALVADOR, 2018).

Durante as visitas à unidade, constatou-se que a USF Joanes Leste é composta por três equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal, ambas da modalidade I. Cada equipe de Saúde da Família é formada por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A unidade conta com 03 consultórios médicos, 03 consultórios de enfermagem, 02 consultórios odontológicos, 01 sala de vacina, 01 sala de procedimentos, 01 sala de curativos, 01 farmácia, 01 almoxarifado, 01 expurgo, 01 sala de esterilização, 01 copa, 01 recepção, 01 banheiro para funcionários, 03 banheiros para pacientes (sendo 01 para deficientes físicos) e 01 sala de gerência. A unidade oferta serviços de vacinação, curativo, procedimentos (como aferição de pressão e de glicemia, dentre outros), serviço odontológico básico, preventivo, puericultura, pré-natal, planejamento familiar, controle de zoonoses, visita domiciliar e consultas clínicas, bem como o acompanhamento nos diversos ciclos de vida e nos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A população adscrita à USF Joanes Leste

SUMÁRIO

é carente e mora na região próxima à unidade, nos bairros do Lobato e Uruguai, incluindo todas as faixas etárias e sexos.

Na USF Joanes Leste não há grupos educativos específicos para gestantes e o atendimento odontológico para estas se dá a partir da marcação espontânea na agenda, geralmente incentivada na consulta do pré-natal realizada pelas médicas e enfermeiras da unidade.

Como critério de escolha dos prontuários, adotou-se: prontuários das gestantes cadastradas na USF Joanes Leste que realizaram sua primeira consulta de pré-natal com a equipe de Saúde da Família durante o ano de 2017. Não foram consideradas as gestantes que iniciaram seu pré-natal em 2016 e que ainda estavam grávidas em 2017, pois estas podem ter passado pelo pré-natal odontológico ainda em 2016, o que não poderia ser considerado para o trabalho, que objetiva apenas a cobertura para o ano de 2017, podendo gerar assim um falso negativo.

Os prontuários foram verificados e as respectivas fichas odontológicas analisadas a fim de se obter o registro de consultas, orientações, tratamentos ou atividades educativas realizadas pelos cirurgiões dentistas no período da gravidez da paciente. Foram consideradas gestantes cobertas pelo pré-natal odontológico as que tiveram pelo menos uma consulta com o cirurgião-dentista no período da gravidez, que é o preconizado pelo Protocolo de Atenção Básica da Saúde das Mulheres, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016. (BRASIL, 2016)

Após a identificação das gestantes que tiveram acesso ao pré-natal odontológico, foi realizada a análise da cobertura da USF Joanes Leste através do cálculo do percentual do número de gestantes que recebeu atendimento odontológico durante a gravidez em relação ao número total de gestantes que realizaram sua primeira consulta de pré-natal em 2017.

Também foi realizada uma revisão de literatura narrativa sobre pré-natal odontológico a partir de trabalhos obtidos através de pesquisa nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e do SCIELO. Para busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: Gestantes, Cuidado Pré-Natal, Saúde Bucal, Odontologia. Os critérios de escolha foram: artigos científicos originais sobre o tema de interesse, publicados nos últimos dez anos, em português, ter resumo completo na base de dados, gratuito e disponível na íntegra em formato eletrônico. O material bibliográfico foi submetido à leitura, fichamento, comparação e avaliação quanto à sua contribuição com o objetivo do estudo. Ao final, foram selecionados 08 artigos sobre o tema para confecção do trabalho. Também foi utilizado o *Google Acadêmico*, onde foram encontrados mais 08 artigos que atendiam aos mesmos critérios estabelecidos anteriormente.

Além disso, fizeram parte do estudo publicações do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais de Salvador relacionadas com o tema abordado, como portarias, políticas, manuais, cadernos, relatório de gestão e plano municipal.

MARCO REFERENCIAL

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de acesso ao SUS, caracterizando-se, principalmente, como o primeiro e preferencial contato dos usuários com os sistemas de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social para efetivação de um sistema de saúde com práticas cuidadoras (BRASIL, 2017a).

A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, considerando os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como termos equivalentes. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território. A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

Um dos principais desafios na organização da atenção em saúde bucal na Saúde da Família é desenvolver ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltadas às populações mais vulneráveis do território, dentre elas, as famílias de gestantes. As pacientes gestantes, que não tenham outras limitações, deverão ser atendidas nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2008).

SUMÁRIO

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde, a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983 no contexto da redemocratização do país e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista (BRASIL, 2004b).

Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar seus princípios e diretrizes. Tem como objetivos gerais promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b).

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Sendo assim, a odontologia tem aí sua importância para garantir o atendimento integral às mulheres gestantes e promover sua saúde bucal.

Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal busca desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez até o fim da gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do bebê. Destaca a necessidade de atenção especial quando a gestante é adolescente e também atenção a grupos específicos como mulheres negras, índias e portadoras de HIV ou outras doenças infecciosas que podem ser transmitidas da mãe para o bebê (BRASIL, 2005).

Estabelece um processo de contratualização de metas entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nos estados e municípios. Os contratos de metas para atenção obstétrica e neonatal deverão contemplar a organização da atenção pré-natal ao parto, ao puerpério e ao neonatal, com garantia de referência para diagnóstico, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e para assistência às situações de intercorrências e urgências obstétricas e neonatais. Esse processo de contratualização de metas para atenção obstétrica e neonatal deve contemplar também a reclassificação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a reclassificação das unidades de referência para atendimento às gestantes e recém-nascidos de risco nos estados e municípios (BRASIL, 2005).

Política de Atenção Integral à Saúde da Criança

Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde. O primeiro eixo é sobre a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, consistindo na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015),

Rede Cegonha

Por meio da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Tem como objetivo promover a integração

sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2017b).

As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2017b).

Dentre as RAS prioritárias está incluída a Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS a partir da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, e, posteriormente, alterada pela Portaria nº 2.351 de 5 de outubro de 2011. Tem como objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

As diretrizes da Rede Cegonha são: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses

com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011a).

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical (articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar) e integração horizontal (articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade). Sendo assim, a Rede Cegonha deve garantir a assistência integral à gestante (BRASIL, 2011a), incluindo aí o acesso aos serviços odontológicos através do pré-natal odontológico. A estratégia Rede Cegonha é uma iniciativa importante para a ampliação da oferta de serviços de atenção odontológica à gestante.

Pré-natal odontológico

A gravidez envolve mudanças sistêmicas complexas que modificam o organismo feminino e acabam afetando a saúde da mulher (POLETTO *et al.*, 2008). A soma dessas alterações com os hábitos de vida da paciente pode provocar ou agravar patologias bucais (SILVA, *et al.*, 2017). A saúde bucal da gestante pode influenciar na sua saúde em geral e na saúde do bebê (TREVISAN; PINTO, 2013), por isso é muito importante que haja um acompanhamento no pré-natal odontológico para evitar, controlar e prevenir as possíveis patologias bucais que podem ocorrer durante a gravidez.

Observa-se uma alta prevalência de alterações gengivais, geralmente associadas à presença do biofilme dentário e relacionadas também com as alterações hormonais que levam à exacerbação das inflamações gengivais presentes (POLETTO *et al.*, 2008; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009). O aumento na incidência de cárie pode ocorrer em função da mudança da dieta e de repetidas regurgitações (POLETTO *et al.*, 2008). A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante ingira menores quantidades de comida, porém com maior frequência, aumentando assim o risco à cárie (BRASIL, 2008).

A gestante está mais susceptível ao aparecimento de doenças periodontais e quadros infecciosos que, além de trazerem prejuízos à sua própria saúde, podem levar ao parto prematuro e baixo peso do bebê ao nascimento (TREVISAN; PINTO, 2013). No estudo de Domingues e colaboradores, realizado em 2010, a doença periodontal mostrou ser um dos possíveis fatores de risco colaboradores nos episódios de indução a partos prematuros e/ou baixo peso ao nascer, demonstrando a relação multifatorial desta ocorrência (DOMINGUES *et al.*, 2010). Nessa fase, pode ocorrer também o tumor gravídico, que se caracteriza por uma hipertrofia gengival localizada (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009).

De acordo com o estudo de Mesquita e colaboradores (2013), a maioria das gestantes relatou acreditar que a gravidez provoca algum problema dentário, sendo a cárie apontada como principal problema, seguido de sangramento gengival. Embora a gestação por si só não seja responsável pelo aparecimento das doenças bucais, é importante o acompanhamento no pré-natal odontológico a fim de identificar riscos à saúde bucal, a necessidade do tratamento curativo e a realização de ações educativo-preventivas (REIS *et al.*, 2010), pois a maioria das doenças bucais pode ser tratada através da eliminação de fatores locais por meio de procedimentos preventivos e curativos simples pelo cirurgião-dentista. (MARTIS *et al.*, 2013)

SUMÁRIO

Existe certa resistência e insegurança das pacientes gestantes em passar pela consulta odontológica devido ao medo de que o tratamento odontológico traga riscos para o bebê, como anormalidades congênitas ou aborto (POLETTO *et al.*, 2008; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Além disso, muitos cirurgiões-dentistas recusam atendimento odontológico às gestantes pelo mesmo temor em provocar algum dano ao bebê durante o período gestacional, principalmente no primeiro trimestre de gestação, que é considerado o mais crítico. Desta maneira, os cirurgiões-dentistas podem contribuir para a formação e o fortalecimento de medos e mitos (OLIVEIRA *et al.*, 2014; POLETTO *et al.*, 2008; CODATO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2017).

De acordo com o estudo de Martins e colaboradores (2013), que avaliou a percepção do cirurgião-dentista sobre a assistência odontológica à gestante, a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados já realizou atendimento odontológico em gestantes, sendo que, destes, 12,3% demonstraram não ter conhecimento sobre o pré-natal odontológico. Isso mostra que as ações de saúde são realizadas sem aprofundamento e domínio teórico, o que pode ser prejudicial para a gestante.

Há uma desvalorização entre os profissionais de saúde e as pacientes em relação ao cuidado odontológico na gravidez (OLIVEIRA *et al.*, 2014) O cirurgião-dentista deve tomar conhecimento sobre o pré-natal odontológico para oferecer atendimento odontológico às gestantes de maneira adequada, diminuindo assim, o índice de recusa por esses profissionais (CODATO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2017).

Qualquer procedimento odontológico pode ser realizado durante a gravidez, dando preferência a executá-lo no segundo semestre gestacional, que seria o período ideal para intervenções odontológicas. Entretanto, nos casos de urgência, o procedimento deve ser rea-

lizado em qualquer época (POLETTO *et al.*, 2008; VASCONCELOS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

As radiografias dentárias não apresentam nenhum risco ao feto, podendo ser utilizadas como exame complementar do tratamento em qualquer período, devendo-se tomar todas as medidas de segurança como o uso de avental de chumbo, protetor de tireoide, evitar repetições e utilizar filmes ultrassensíveis. A dose de radiação recebida em uma radiografia dentária é muito inferior àquela que pode causar más formações congênitas (POLETTO *et al.*, 2008; VASCONCELOS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O uso de anestésicos locais não é contraindicado, podendo ser utilizados em qualquer fase da gestação e sendo a lidocaína 2% com epinefrina o mais seguro. Em relação à administração medicamentosa, as drogas mais seguras a serem utilizadas são a penicilina como antibiótico, o paracetamol como analgésico e, quando extremamente necessário, os corticoides como anti-inflamatórios. Deve-se evitar os anti-inflamatórios não esteroides (POLETTO *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2017). A tetraciclina é contraindicada devido ao efeito colateral de causar manchas intrínsecas nos dentes do bebê (BRASIL, 2008).

O flúor tópico pode ser importante para controle e redução de cárie na grávida, em efeitos na formação dos dentes do bebê, já a prescrição de suplementos fluoretados durante a gestação é contraindicada (POLETTO *et al.*, 2008; VASCONCELOS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A gravidez é uma fase favorável para a promoção de saúde, portanto o cirurgião-dentista deve atuar como importante agente em educação em saúde, contribuindo para o esclarecimento dos medos, mitos e crenças relacionados ao pré-natal odontológico, estimulando a procura dos cuidados odontológicos para além das situações críticas,

como dor. As orientações devem ser realizadas durante todo o tratamento clínico da gestante. (CODATO *et al.*, 2011; TREVISAN; PINTO, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

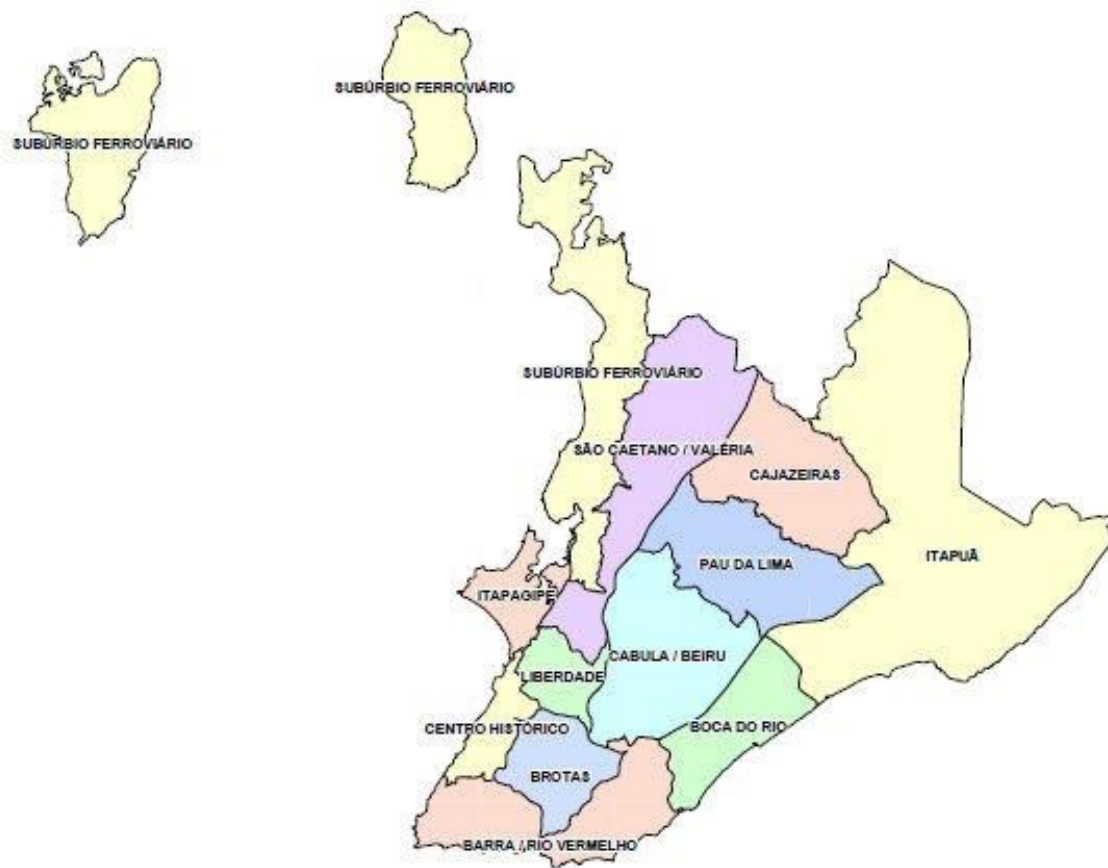
A educação e a promoção de saúde bucal como parte do tratamento odontológico nos grupos de gestantes nas atividades da atenção básica, assim como individualmente durante as consultas, desenvolvem nas futuras mães a consciência da importância em adquirir e manter bons hábitos de saúde bucal, tornando-as, assim, agentes multiplicadores destas informações no seu meio familiar (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009; REIS *et al.*, 2010; GARBIN, *et al.*, 2011; SANTOS NETO *et al.*, 2012; VASCONCELOS *et al.*, 2012; TREVISAN; PINTO, 2013).

Situação dos serviços de saúde de Salvador, Bahia

Salvador é a capital do Estado da Bahia, com população estimada de 2.953.986 habitantes em 2017, possuindo 692,8 km² de área da unidade territorial em 2016 e densidade demográfica de 3.859,4 hab./km² em 2010 (BRASIL, 2018).

A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros e 12 Distritos Sanitários (DS): Barra/Rio Vermelho, Centro Histórico, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário, que são caracterizados como os territórios da saúde. (SALVADOR, 2014).

Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários de Salvador, Bahia.



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017, pág. 23.

A rede de APS do município de Salvador dispõe de 111 unidades de saúde, sendo que 50 são UBS e 61 são USF, além de 08 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 02 equipes de Consultório na Rua. Cerca de 31,4% da população está coberta pelos serviços de

atenção básica, sendo que a cobertura populacional pela estratégia de Saúde da Família é de 28,3% (SALVADOR, 2014).

A rede de saúde bucal do município de Salvador está organizada por níveis de atenção. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Salvador de 2014-2017, a rede básica de saúde conta com 158 equipes de saúde bucal distribuídas em 36 UBS e 61 UBS com ESF. Este nível de assistência oferta atendimentos clínicos, como: procedimentos de profilaxia; cirúrgicos; restauradores; periodontia básica e ações de promoção à saúde bucal, entre elas, atividades educativas, escovação dental supervisionada e aplicação de flúor (SALVADOR, 2014). A cobertura populacional estimada de saúde bucal é de 27,5% em 2017 (SALVADOR, 2017),

Já a Atenção Secundária em Saúde Bucal é composta por 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Carlos Gomes (Centro Histórico); Alto da Cachoeirinha (Cabula / Beiru); Federação (Barra/ Rio Vermelho); Cajazeiras (Cajazeiras); CEO Mussurunga (Itapuã) e CEO Periperi (Subúrbio Ferroviário). Os CEO disponibilizam serviços odontológicos especializados em cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, endodontia, odontopediatria, periodontia especializada, prótese e atendimento a portadores de necessidades especiais (NAPES). As unidades básicas de saúde com e sem Saúde da Família devem articular a dinâmica de referência e contra referência entre os serviços de saúde (SALVADOR, 2014).

Além disso, a rede de atenção secundária em saúde bucal dispõe de 02 Unidades de Atendimento Odontológico (UAO) funcionando 24 horas, localizadas nos Distritos Sanitários Liberdade e Brotas, além da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Adroaldo Albergaria no DS Subúrbio Ferroviário e do Pronto Atendimento Dr. Hélio Machado do DS Itapuã (SALVADOR, 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após estabelecer o critério de escolha descrito anteriormente, foram identificadas 118 gestantes. Ao buscar os respectivos prontuários, foram encontrados 107 prontuários com as informações necessárias. Os outros 11 prontuários restantes não possuíam os dados e fichas da gestante, o que pode ser justificado pela mudança desta paciente para outro bairro e consequente atualização de seu prontuário para a nova família que se mudou para a mesma residência. Após a análise dos 107 prontuários e das respectivas fichas odontológicas das pacientes gestantes selecionadas, foi confeccionada uma tabela (Tabela 1) a partir dos dados obtidos.

A faixa etária das gestantes variou de 14 a 43 anos. Foi identificado que apenas 27 gestantes tiveram acesso ao pré-natal odontológico, totalizando, aproximadamente, 25,2% do total das gestantes que fizeram a primeira consulta de pré-natal com a equipe de Saúde da Família na USF Joanes Leste em 2017. Destas gestantes, 21 tiveram apenas uma consulta odontológica, 05 tiveram duas consultas e apenas 01 teve três consultas, mostrando um baixo acesso dessas gestantes ao serviço odontológico da unidade.

Esse resultado corrobora com os achados do estudo de Santos Neto e colaboradores (2012), no qual se verificou que menos de 20% das gestantes da região metropolitana de Vitória, Espírito Santo teve acesso ao pré-natal odontológico. No estudo de Mesquita e colaboradores (2013) também foi encontrado esse resultado, pois o acesso ao cirurgião-dentista durante a gestação não ocorreu para grande parte das gestantes atendidas em USF em João Pessoa, Paraíba. Moimaz e colaboradores (2015), em seu estudo, concluíram que a visita ao cirurgião dentista durante a gestação foi identificada apenas em 22,52% das gestantes atendidas na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, São

Paulo. Da mesma forma, Ferreira e colaboradores (2016) concluíram que apenas 25,4% das gestantes usuárias do SUS de Vitória da Conquista, Bahia foram inseridas em ações odontológicas, em até duas consultas no máximo, concordando com os achados do presente estudo.

Das consultas pelas quais as gestantes pesquisadas foram submetidas, 20 foram para procedimentos preventivo e/ou educativos, 12 foram para tratamentos curativos e 01 para procedimentos tanto preventivos quanto curativos. Dos procedimentos preventivos e/ou educativos, os mais realizados foram, respectivamente: aplicação tópica de flúor, orientação de higiene bucal, escovação supervisionada, profilaxia e raspagem supra coronária. Dos procedimentos curativos, os mais realizados foram, respectivamente: restauração, tratamento expectante e capeamento pulpar. Três consultas foram destinadas apenas a prescrição medicamentosa devido presença de sintomatologia dolorosa.

No estudo de Santos Neto (2012), em relação ao nível preventivo, a profilaxia foi a atividade terapêutica mais relatada, enquanto as atividades mais realizadas no nível curativo durante a gravidez foram consultas para a realização de restauração dentária e por motivo de dor. Mesquita e colaboradores (2013) afirmam, em sua pesquisa, que a dor e problema periodontal foram indicados como principais causas para procurar atendimento odontológico durante a gestação. Moimaz e colaboradores (2015) relataram que, de acordo com as queixas principais das gestantes avaliadas, os motivos da procura pelo atendimento odontológico tiveram em sua maioria a necessidade de tratamentos de rotina (42%), enquanto dor e urgência apresentaram frequência de 29% das causas, além da baixa procura por prevenção. Ferreira e colaboradores (2016) relatam que 39% das gestantes buscaram o serviço odontológico em decorrência de dor através de visitas pontuais.

Foram realizados cinco encaminhamentos de gestantes para as especialidades de endodontia, cirurgia, periodontia e estomatologia. Apenas uma gestante foi submetida ao exame radiográfico para diagnóstico.

Quadro 1 - Características das gestantes atendidas na USF Joanes Leste em 2017 e dos atendimentos odontológicos realizados.

Categoria	n	%
Idade das gestantes		
Até 15 anos	03	2,8
Entre 16 e 25 anos	42	39,2
Entre 26 e 35 anos	47	43,9
Acima de 35 anos	15	14,1
Consulta odontológica na gestação		
Sim	27	25,2
Não	80	74,8
Tipos de procedimentos realizados		
Orientação de higiene oral	19	22,1
Escovação supervisionada	13	15,1
Restauração anterior	03	3,5
Restauração posterior	05	5,8
Profilaxia	08	9,3
Raspagem supra e sub-gengival	05	5,8
Aplicação tópica de flúor	20	23,3
Prescrição medicamentosa	03	3,5
Outros	10	11,6
Número de consultas por gestante		
Nenhuma	80	74,8
De 1 a 2 consultas	26	24,3
3 consultas	01	0,9

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações dos prontuários da USF Joanes Leste.

Das grávidas que não tiveram acesso ao pré-natal odontológico, 26 destas já haviam sido atendidas por cirurgião-dentista na USF Joanes Leste anteriormente a gestação, ou seja, aproximadamen-

te 24,3% do total de gestantes, enquanto 54 destas nunca tiveram acesso ao serviço odontológico da unidade em momento algum, ou seja, aproximadamente 50,5% do total de gestantes. Além disso, observou-se que cinco das gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal odontológico procuraram o serviço odontológico apenas após o parto. É possível que isso se justifique pelo receio das gestantes de serem atendidas durante a gravidez, aguardando para realizar o procedimento odontológico somente após parir.

CONCLUSÃO

Foi observado um baixo acesso ao pré-natal odontológico, tendo sido cobertas pelo serviço odontológico apenas 25,2% do total de gestantes que fizeram o pré-natal com as equipes de Saúde da Família da USF Joanes Leste em 2017. Além disso, o número de consultas realizadas por cada gestante foi muito pequeno e a maioria das consultas foi para realização de procedimentos preventivos e/ou educativos. O baixo acesso e adesão podem ser justificados pela presença de um receio que o atendimento odontológico possa trazer riscos para o bebê, mostrando a falta de conhecimento desse grupo. Sendo assim, é importante que se invista em educação em saúde sobre o tema, com a criação de grupos de gestantes na unidade de saúde para realização de atividades educativas frequentes. Também devem ser feitas orientações durante a consulta individual sobre a higiene bucal da gestante e do bebê, aleitamento materno, dieta saudável e tudo que envolva a gestação a fim de esclarecer dúvidas e desmistificar crenças.

O pré-natal odontológico não se apresentou como prática consolidada na USF Joanes Leste, pois se verificou uma baixa cobertura e não houve uma continuidade da assistência para as pacientes grávidas que tiveram acesso a ele. As gestantes que tiveram acesso ao serviço odon-

tológico não foram acompanhadas durante todo o período da gravidez, passando apenas por consultas pontuais. Algumas gestantes tiveram apenas cuidados preventivo-educativos, enquanto outras, apenas procedimentos curativos. É necessária uma linha de cuidado organizada e a continuidade do atendimento na atenção básica mesmo que essa gestante tenha sido referenciada para a atenção secundária ou terciária, garantindo assim o princípio da integralidade e assegurando um cuidado da saúde bucal completo durante toda a gravidez da paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28/12/2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 2000.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 04/07/2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n.17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24/06/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 jun. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 05/10/2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 out. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 05/08/2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21/09/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 set. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 set. 2017b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>>. Acesso em: abr. 2018.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; CORDONI JUNIOR, L.; HIGASI, M. S. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, abr. 2011.

DOMINGUES, J. M.; OLIVEIRA, L. C. B. S.; ALVES, J.; MACHADO, W. A doença periodontal como possível fator de risco colaborador, dentre os demais fatores de risco clássicos, para o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer – revisão de literatura. *Rev. Periodontia*, v. 20, n. 2, p. 33-38, 2010.

FERREIRA, S. M. S.; PINHEIRO ES; SILVA, R. V.; SILVA, J. F.; BATISTA, L. D.; FERNANDES, C. G. Pré-natal odontológico: acessibilidade e ações ofertadas pela atenção básica de Vitória da Conquista-BA. *Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*, v. 26, n. 2, p. 3-16, jul.-dez. 2016.

SUMÁRIO

GARBIN, C. A.S.; *et al.* Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. *Rev. Odontol. UNESP (Online)*, v. 40, n. 4, jul-ago. 2011.

MARTINS, L. de O.; *et al.* Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Rev. Pan-Amaz Saude*, v. 4, n. 4, p. 11-18, dez. 2013.

MESQUITA, B. S.; MENESES, I. H. C.; PESSOA, T. R. R. F.; FARIAS, I. A. P. Aspectos Norteadores da Atenção à Saúde Bucal de Gestantes da Estratégia Saúde da Família de João Pessoa, Brasil. *ROBRAC (Online)*, v. 22, n. 60, jan-mar. 2013.

MOIMAZ, S. A. S.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, C. A. S.; SANTOS, A. da S.; SALIBA, N. A. Saúde bucal e o emprego de medidas preventivas por pacientes gestantes. *J. Health Sci. Inst*, v. 33, n. 4, p. 328-332, out-dez. 2015.

OLIVEIRA J. F. M., GONÇALVES P. E. Verdades e mitos sobre o atendimento odontológico da paciente gestante. *Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac*, v. 50, n. 3, p. 165-71, 2009.

OLIVEIRA, E. C. de; *et al.* Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 11-23, 2014.

OLIVEIRA, L. F. A. S.; *et al.* A Importância do Pré-Natal Odontológico para Gestantes: Revisão Bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Edição 07. Ano 02, v. 1. p. 05-17, 2017.

POLETTI, V. C. *et al.* Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. *Stomatos*, v.14, n.26, jan./jun. 2008.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, jan. 2010.

SALVADOR. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Salvador/BA, 2014.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Relatório de Gestão*. Salvador/BA, 2017.

_____. *Distritos Sanitários*. Secretaria de Saúde. Salvador – BA. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#-1463064291970-b98658eb-cefe>> Acesso em: 10 abr. 2018.

SANTOS NETO, E. T. dos; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E.; LEAL, M. do C. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012.

SILVA, W. R.; *et al.* Atendimento odontológico a gestantes: uma revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, Aracaju, v. 4, n. 1, p. 43-50, mai. 2017.

TREVISAN, C. L.; PINTO, A. A. M. Fatores que Interferem no Acesso e na Adesão das Gestantes ao Tratamento Odontológico. *Arch Health Invest*, v. 2, n. 2, p. 29-35, 2013.

VASCONCELOS, R. G.; *et al.* Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *Revista brasileira de odontologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-124, jan./jun. 2012.



SUMÁRIO



10

Juliana Andrade de Lacerda
Lilia Paula de Souza Santos

**ASSISTÊNCIA
ORTODÔNTICA NA REDE
PÚBLICA DO SUS:**
uma avaliação
temporal da produção
ambulatorial brasileira

APRESENTAÇÃO

O tratamento da má oclusão já é constituinte do Sistema Único de Saúde há alguns anos, mas, na prática, ainda está em processo de implantação na rede pública brasileira. O objetivo desse estudo foi analisar a oferta da assistência ortodôntica pública no Brasil. Caracterizou-se como um estudo exploratório, no qual foi realizada uma análise temporal da produção ambulatorial do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde, disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, do ano de 2011 a 2018. Foram coletados todos os dados referentes aos códigos de procedimentos ortodônticos ambulatoriais realizados no SUS. Foi realizada uma categorização da produção total por ano/região brasileira, dos procedimentos ortodônticos por ano/região brasileira, e a produção total por tipo de procedimento. Os dados secundários foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2013 e apresentados por meio de frequências. Diante da análise descritiva dos dados, observou-se um aumento na realização de procedimentos desta especialidade no período estudado. Esse aumento foi mais expressivo na região Nordeste (212,8%) e Norte (192,8%). A região Sudeste apresentou a maior parte da produção em Ortodontia em todos os anos, e a região Norte, a menor, cuja produção está concentrada na Ortodontia preventiva/interceptativa. Frente às dificuldades da inclusão da Ortodontia na assistência à saúde bucal nos municípios, e à carência de estudos que avaliem a oferta desse serviço e desenvolvam protocolos e critérios para a assistência, estudos devem ser desenvolvidos no sentido de subsidiar o aprimoramento e o avanço desta especialidade na rede pública, que ainda não supre a demanda por tratamento de má oclusão na população.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo das maloclusões é crescente na comunidade científica, principalmente, por esta se enquadrar como o terceiro maior problema de saúde bucal pública atual no Brasil (BRASIL, 2012). Este problema de saúde bucal caracteriza-se por modificações nas arcadas e/ou unidades dentárias que podem originar alterações funcionais no sistema estomatognático, assim como o comprometimento da estética dentofacial (AZENHA *et al.*, 2010). Além disso, muitos estudos relatam que a má oclusão pode estar associada a impactos negativos na qualidade de vida do indivíduo relacionada à saúde bucal (ANDIAPPAN; GAO; BERNABÉ, 2015; SCAPINI *et al.*, 2013; SIMÕES *et al.*, 2017).

É frequente na literatura estudos de cunho epidemiológico que visam conhecer melhor o perfil das maloclusões e os seus fatores associados, a fim de orientar o planejamento de ações na rede pública (PERES; FRAZÃO; RONCALLI, 2013; JORDÃO *et al.*, 2015; LADEIA JÚNIOR; RAPOUSO, 2013; CUNHA *et al.*, 2017), contudo raros são os estudos sobre o panorama atual da atenção as maloclusões no Sistema Único de Saúde (SUS). Os estudos epidemiológicos das oclusopatias são importantes para a organização do serviço, pois se configuram como ferramentas que auxiliam no estabelecimento de demandas prioritárias de atenção (CUNHA *et al.*, 2017; SIMÕES *et al.*, 2017; JORDÃO *et al.*, 2015). Por outro lado, os estudos que relatam a experiência da Ortodontia no SUS, voltados para a gestão, planejamento e avaliação de saúde são relevantes para nortear a ampliação da atenção no âmbito da especialidade, principalmente nos municípios.

No Brasil, a prevalência de má oclusão, obtida por um levantamento epidemiológico nacional, através do índice DAI (*Dental Aesthetic Index*), foi cerca de 40% da população de 12 anos de idade (BRASIL, 2012). Segundo o estudo de Peres, Frazão e Roncalli (2013), a partir

deste levantamento epidemiológico, as prevalências de oclusopatias muito grave ou incapacitantes foram de 6,5% (IC95% 5,0;8,5) aos 12 anos e de 9,1% (IC95% 7,5;10,9) aos 15-19 anos. Outros estudos epidemiológicos demonstram a melhora da percepção da qualidade de vida do indivíduo após a conclusão do tratamento ortodôntico (ANDIAPPAN *et al.*, 2015; HEALY; GALDI; THOMSON, 2016; SIVOLA *et al.*, 2014). Neste sentido, o desenvolvimento de políticas públicas para a prevenção, interceptação e tratamento das maloclusões é necessária para melhorar a qualidade de vida do indivíduo através do tratamento ortodôntico (ANDIAPPAN *et al.*, 2015; HEALY; GALDI; THOMSON, 2016).

Embora a especialidade Ortodontia tenha sido incluída pelo SUS como parte do rol de especialidades ofertadas de forma facultativa pela atenção secundária nos Centros de Especialidades Odontológica (CEO) a partir da Portaria Ministerial nº 718/SAS, de 2010, ainda é muito pouco incorporada nas práticas preventivo-curativas nos serviços governamentais brasileiros (MARQUES *et al.*, 2005). Quando esta é ofertada na rede pública, geralmente, os serviços concentram-se na interceptação e prevenção da má oclusão, segmentos da Ortodontia que visam evitar a ocorrência ou agravamento da má oclusão. A dificuldade de acesso pela rede pública direciona e reforça a demanda por assistência ortodôntica na esfera privada. Devido à quase totalidade das atividades de Ortodontia, principalmente a corretiva, que tem como objetivo a correção das alterações oclusais, ocorrerem na oferta privada, o acesso da população é dependente das condições socioeconômicas do indivíduo (MACIEL, 2006; SUILIANO, 2008).

As atividades de assistência ortodôntica na esfera pública são executadas nos CEO dos municípios, nos hospitais públicos que possuem serviços de atendimentos de fissurados, nas faculdades públicas, bem como na atenção primária do SUS. O tratamento em âmbito hospitalar é focado nas maloclusões complexas e deformidades craniofaciais, que envolvem uma abordagem multidisciplinar com diversas especiali-

dades da área de saúde, sobretudo, como a Cirurgia bucomaxilofacial. A especialidade da Ortodontia atua em alguns Centros de deformidades faciais e fissurados, nos tratamentos oclusais corretivos e ortopédicos, principalmente, pós-cirúrgicos (LADEIA JÚNIOR; RAPOSO, 2013).

Segundo a nota técnica sobre a Portaria n. 718/SAS (BRASIL, 2017), foi estabelecido para a especialidade da Ortodontia e Ortopedia, os seguintes procedimentos para os CEO e para os Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal: instalação de aparelho ortodôntico; aparelho ortodôntico fixo; aparelho ortopédico fixo. Lista-se também, os seguintes procedimentos de competência dos CEO ou Unidades Básicas de Saúde (UBS): manutenção/conserto de aparelho ortodôntico e ortopédico; aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema; aparelho ortopédico e ortodôntico removível, mantenedor de espaço e plano inclinado. Tais procedimentos devem ser processados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) e requerem autorização prévia. Essa portaria discrimina também a quantidade de procedimentos permitidos e informa seus valores.

Além disso, existem publicações sobre protocolos de atendimentos/procedimentos possíveis de serem realizados na atenção básica, voltados a Ortodontia preventiva e interceptativa. Hebling *et al.* (2007) elaboraram um protocolo de assistência ortodôntica na saúde coletiva, sugerindo um programa preventivo e interceptativo das oclusopatias nas UBS, direcionado para pais/cuidadores e gestantes, que inclui desde a orientação dos pais sobre o aleitamento e a eliminação de hábitos deletérios, o cuidado com o padrão respiratório, a prevenção da cárie à realização de mantenedores de espaços decorrentes da perda precoce de dentes decíduos e outros procedimentos interceptativos. A oferta do serviço de interceptação da má oclusão à comunidade pode corrigir ou minimizar a complexidade das alterações oclusais (NIMRI; RICHARDSON, 2000).

Em uma pesquisa realizada com cirurgiões-dentistas da Atenção Básica de Florianópolis, observou-se que os profissionais tinham interesse na realização de procedimentos de interceptação/prevenção de problemas oclusais relacionados à presença de hábitos deletérios na atenção primária, entretanto, muitos deles se consideram pouco ou não aptos para a realização destes procedimentos ortodônticos. A necessidade de desenvolvimento da especialidade na atenção secundária para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção foi outro item destacado (GUZZO *et al.*, 2014).

Na literatura também são descritos alguns protocolos para a triagem de pacientes para os serviços especializados. Os índices epidemiológicos são úteis para caracterizar a severidade da má oclusão, como o DAI (*Dental Aesthetic Index*) preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (CONS; JENNY; KOHOUT, 1986), sendo o mais adotado no Brasil, e o IOTN (*Need of Treatment Orthodontic Index*) (BROOK, 1989). A demanda prioritária de atenção geralmente é composta por indivíduos que apresentam má oclusão severa e muito severa, devido aos recursos escassos direcionados a esse problema e dificuldade de acesso. Em países desenvolvidos, como Suíça, Noruega, Finlândia, Dinamarca, onde esse serviço odontológico foi estruturado e desenvolvido há mais tempo, também são priorizados os casos de maior complexidade e comprometimento funcional (SVEDSTRÖM-ORISTO *et al.*, 2015). A busca pelo atendimento da especialidade por motivos, primordialmente, estéticos, geralmente, são direcionados para a esfera privada.

Ainda sobre a triagem, além de índices normativos, o uso de outros critérios é descrito na literatura. Índices de percepção do indivíduo sobre sua necessidade de tratamento têm sido utilizados, afinal, a percepção da má oclusão pelo usuário é um aspecto gerador de demanda para Ortodontia, além do fato da necessidade de tratamento percebida pode não ser similar à inferência normativa (UKRA *et al.*, 2013; BERNABÉ; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2008). Há locais de ensino que ofertam

SUMÁRIO

atendimento público que investigam também o nível socioeconômico do paciente para estabelecer grupos de priorização (MACIEL *et al.*, 2006).

A elaboração de produções técnicas por gestões públicas nas esferas municipais dão subsídio para o ortodontista e a coordenação de saúde do município organizar a assistência ortodôntica, ao estabelecer e orientar os critérios de diagnóstico, triagem, agendamento, encaminhamento, esclarecer as possibilidades terapêuticas (procedimentos e tipos de aparelhos) e as maloclusões admissíveis de tratamento no serviço, e ao disponibilizar os modelos de prontuários e de fichas utilizadas e orientar o registro da produção, que alimentará o sistema SIA-SUS (SÃO PAULO, 2012). Tais documentos são úteis também como referência para a implantação ou ampliação do serviço em outros locais.

Um dos grandes entraves da inclusão na prática da assistência ortodôntica no Brasil é o financeiro. Estudos que contribuam para o planejamento do SUS nesse âmbito são incomuns. Ao realizar uma análise dos custos do tratamento ortodôntico corretivo, tomando como parâmetro o tratamento da classe II sem indicação de exodontias, foi observado que o custo é maior no primeiro e último trimestre, decorrente dos procedimentos de realização de exames de diagnóstico, de instalação e de confecção de contenções na finalização. Em razão da carga horária de trabalho, da duração mínima e da capacidade de atendimento, os custos mínimos do tratamento por paciente variaram entre R\$ 825,15 e R\$ 861,09. Dentre os critérios avaliados para o custo do tratamento da Classe II de Angle, a remuneração do profissional foi o mais oneroso (SUILIANO, 2008). Deve-se ressaltar também que os procedimentos de Ortodontia nos CEO, geralmente, demandam a terceirização de serviços laboratoriais (BRASIL, 2017).

Frente às dificuldades da inclusão da especialidade Ortodontia na assistência à saúde bucal no SUS e à carência de estudos que avaliem a oferta deste serviço e desenvolvam protocolos e critérios para a assistência, justificou-se a realização do presente estudo, no sentido

de subsidiar a compreensão e o aprimoramento desta especialidade na rede pública. Assim, este capítulo analisou a oferta da assistência ortodôntica pública no Brasil por meio da produção ambulatorial relativa à Ortodontia no SUS, no período de 2011 a 2018.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo exploratório, realizado a partir da coleta de dados secundários de produção ambulatorial do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), no período de 2011 a 2018.

A busca pelo quantitativo dos procedimentos da especialidade Ortodontia no banco de dados do SIA-SUS, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foi realizada no mês de maio de 2019, e adotou os seguintes critérios:

- a. Informações de saúde (TABNET); assistência à saúde; produção ambulatorial por local de atendimento - a partir de 2008;
- b. Abrangência geográfica: Brasil por região e unidade de Federação;
- c. Conteúdo: quantidade aprovada;
- d. Período: 2011 a 2018;
- e. Procedimentos ortodônticos ambulatoriais e respectivos códigos: 0307040046 – “Manutenção/ Concerto de aparelhos ortodônticos”; 0307040119 – “Instalação de aparelho ortodôntico/ ortopédico fixo”, 0307040127 – “Manutenção/concerto de aparelho ortodôntico/ortopédico”, 0701070021 – “Aparelho ortopédico e ortodôntico removível”, 0701070064 – “Mantenedor de

espaço”, 0701070080 – “Plano inclinado”, 0701070161 – “Aparelho ortopédico fixo”, 0701070170 – “Aparelho ortodôntico fixo”, 0701070013 – “Aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema”, 0701080019 – “Aparelho ortodôntico em anomalias craniofaciais”, 0307040054 – “Manutenção de aparelho ortodôntico em pacientes c/ anomalias cranio-faciais”.

Os dados secundários foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel* 2013. Assim, a análise temporal da ampliação da assistência ortodôntica no Brasil foi realizada pelas seguintes categorizações: produção total por ano/região brasileira, tipo de procedimento por ano/região brasileira e produção total por tipo de procedimento.

Não houve necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, pois foram utilizados dados secundários disponíveis ao acesso público, sem identificação dos indivíduos.

RESULTADOS

As produções ambulatoriais anuais da assistência ortodôntica no Brasil por região brasileira de 2011 a 2018 estão apresentadas na Tabela 1, e a distribuição percentual desta produção na Figura 1. Neste período, as regiões Sudeste e Nordeste realizaram o maior quantitativo de procedimentos, comparado às demais regiões. Observa-se que houve um aumento na realização de procedimentos da especialidade no período analisado. De 2011 a 2018 este crescimento foi de 108,5% no Brasil. Considerando as regiões, o crescimento não ocorreu de forma uniforme entre as regiões. Foi mais expressivo nas regiões Nordeste (212,8%) e Norte (192,8%), seguida da região Sul (113,1%). Na região Centro-oeste, o aumento do quantitativo realizado foi de 64,7% e do Sudeste foi de 58,8%, abaixo da porcentagem nacional.

Em todos os anos analisados, em valores absolutos, a região Norte apresentou menor produtividade em relação às demais regiões, e como já mencionado, houve maior participação do Nordeste na produtividade nacional. A porcentagem em relação ao total da produção nos últimos anos da região Nordeste aproximou-se da região Sudeste, que tem a maior produtividade na especialidade de Ortodontia. Notou-se que a região Sul não apresentou grandes mudanças no percentual de procedimentos em relação ao total nacional (Figura 1).

Tabela 1 - Procedimentos ortodônticos realizados no SUS por região brasileira de 2011 a 2018.

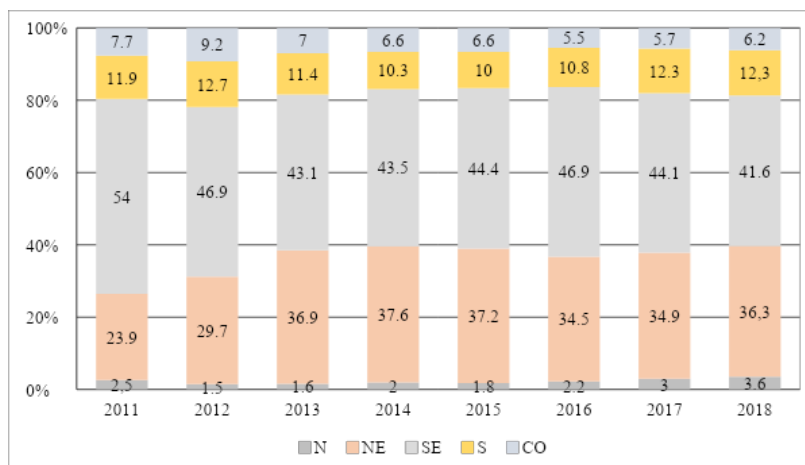
Ano	N n (%)	NE n (%)	SE n (%)	S n (%)	CO n (%)	BRASIL n (%)
2011	4.002 (2,5)	37.419 (23,9)	84.530 (54,0)	18.605 (11,9)	12.085 (7,7)	156.641 (100)
2012	2.758 (1,5)	53.659 (29,7)	84.673 (46,9)	22.841 (12,7)	16.619 (9,2)	180.550 (100)
2013	3.607 (1,6)	84.412 (36,9)	98.646 (43,1)	26.031 (11,4)	15.986 (7,0)	228.682 (100)
2014	5.436 (2,0)	103.497 (37,6)	119.696 (43,5)	28.220 (10,3)	18.145 (6,6)	274.994 (100)
2015	5.634 (1,8)	114.692 (37,2)	136.956 (44,4)	30.901 (10,0)	20.327 (6,6)	308.510 (100)
2016	7.273 (2,2)	111.619 (34,5)	152.071 (46,9)	35.094 (10,8)	17.847 (5,5)	323.904 (100)
2017	9.394 (3,0)	108.450 (34,9)	137.035 (44,1)	38.253 (12,3)	17.715 (5,7)	310.847 (100)
2018	11.717 (3,6)	117.051 (36,3)	134.209 (41,6)	39.641 (12,3)	19.902 (6,2)	322.520 (100)

Fonte: SIA-SUS (2019). N=Norte; NE=Nordeste; SE=Sudeste; S=Sul; CO=Centro-Oeste; BR=Brasil.

A Tabela 2 apresenta os tipos dos procedimentos realizados no Brasil pelo SUS na especialidade Ortodontia distribuídos por ano. No período de 2011 a 2018 foram realizados 2.106.648 procedimentos ortodônticos no SUS em todo o Brasil. O ano de 2018 apresentou o maior registro de procedimentos aprovados. Quanto ao tipo de procedimento, o mais realizado em todos os anos analisados foi a “Manutenção/ conserto aparelho ortodôntico e ortopédico”. No período estudado, foi encontrado registro no SIA-SUS, no âmbito ambulatorial, dos códigos “0307040054 - Manutenção de aparelho ortodôntico em pacientes com anomalias craniofaciais”, “0701080019 - Aparelho

ortodôntico em anomalias craniofaciais, “0307040046 – Manutenção/ conserto de aparelhos ortodônticos” apenas em 2011. Dos procedimentos que obtiveram frequência em todos os anos, o de menor realização foi o “Aparelho fixo fechamento de diastema” com um total de 10.720 e “Mantenedor de espaço” com 12.259.

Figura 1 - Distribuição da produção em Ortodontia no SUS do Brasil, por ano e por região geográfica (2011-2018).



Fonte: SIA-SUS (2019). N=Norte; NE=Nordeste; SE=Sudeste; S=Sul; CO=Centro-Oeste.

A distribuição dos tipos de procedimentos ortodôntico - ortopédicos realizados nos serviços públicos do país por região geográfica está exposta na Tabela 3. O procedimento que apresentou maior produção em todas as regiões foi “Manutenção/ conserto aparelho ortodôntico/ ortopédico”, que está vinculado à autorização da APAC principal. A distribuição percentual dos tipos de procedimento por região foi semelhante, exceto para o procedimento “Aparelho ortodôntico/ ortopédico removível” que apresentou um percentual elevado na região Norte (11,7%), quando comparado aos percentuais das demais regiões.

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de procedimentos ortodônticos realizados no SUS no Brasil por ano de realização (2011-2018).

Procedimento	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Manutenção/ conserto aparelho ortod./ortop.	83.984	148.000	191.386	236.123	270.213	281.941	275.268	288.073	1774988
Instalação de aparelho ortod. /Ortop. Fixo	7.643	8.847	10.791	10.673	10.027	9.243	8.886	8.040	74.150
Aparelho ortop. / Ortop. Removível	8.942	10.258	11.913	10.997	11.984	9.995	9.440	10.187	83.716
Plano Inclinado	2.524	3.889	2.765	4.397	3.505	9.301	3.131	3.324	32.836
Aparelho ortodôntico fixo	4.640	5.809	7.203	7.196	7.137	7.284	7.503	6.340	53.112
Aparelho ortopédico fixo	2.289	2.678	2.623	3.080	2.681	2.602	2.381	2.107	20441
Aparelho fixo fechamento de diastema	1.310	409	644	1.224	1.704	2.086	1.618	1.725	10.720
Mantenedor de espaço	883	660	1.357	1.304	1.259	1.452	2.620	2.724	12.259
Manutenção/ conserto aparelho ortod.	38.612	0	0	0	0	0	0	0	38.612
Aparelho ortod. anomalias CF	346	0	0	0	0	0	0	0	346
Manutenção aparelho ortod. Anomalias CF	5.468	0	0	0	0	0	0	0	5.468
Total	156.641	180.550	228.682	274.994	308.510	323.904	310847	322.520	2.106.648

Fonte: SIA-SUS (2019). Siglas: ortod. = ortodôntico; ortop. = ortopédico; CF = Crânio Facial.

Tabela 3 - Distribuição dos tipos de procedimentos ortodôntico-ortopédicos realizados no período de 2011-2018 por regiões geográficas do Brasil.

Procedimento	Norte N (%)	Nordeste N (%)	Sudeste N (%)	Sul N (%)	Centro-Oeste N (%)	Brasil N (%)
Manutenção/ conserto aparelho ortod./ortop.	39.516 (79,3)	643.008(87,9)	781.201 (82,4)	193.547 (80,6)	117.716 (84,9)	1774988 (84,2)

Instalação de aparelho ortod. /Ortop. Fixo	657 (1,3)	20.123 (2,8)	37.226 (3,9)	11.658 (4,9)	4.486 (3,2)	74.150 (3,5)
Aparelho ortop. /Ortod. removível	5.807 (11,7)	15.414 (2,1)	42.481 (4,5)	11.758 (4,9)	8.256 (6,0)	83.716 (4,0)
Plano Inclinado	201 (0,3)	13.170 (1,8)	15.490 (1,6)	1.840 (0,8)	2.135 (1,5)	32.836 (1,6)
Aparelho ortodôntico fixo	665 (1,3)	18.196 (2,5)	26.039 (2,7)	7.277 (3,0)	935 (0,7)	53.112 (2,5)
Aparelho ortopédico fixo	109 (0,2)	2.847 (0,4)	12.104 (1,3)	4663 (2,2)	718 (0,5)	20441 (1,0)
Aparelho fixo fechamento de diastema	135 (0,3)	2.096 (0,3)	8.236 (0,9)	207 (0,1)	46 (0,0)	10.720 (0,5)
Mantenedor de espaço	847 (1,7)	1.789 (0,2)	3.092 (0,3)	5.768 (2,4)	763 (0,6)	12.259 (0,6)
Manutenção/ conserto aparelho ortodôntico	1.819 (3,7)	11.171 (1,5)	20.672 (2,2)	1.441 (0,6)	3.509 (2,5)	38.612 (1,8)
Aparelho ortodôntico anomalias CF	4 (0,0)	146 (0,0)	61 (0,0)	130 (0,1)	5 (0,0)	346 (0,0)
Manutenção aparelho ortod. anomalias CF	61 (0,1)	2.839 (0,4)	1.214 (0,1)	1.297 (0,5)	57 (0,0)	5.468 (0,3)
Total	49.821 (100)	730.799 (100)	947.816 (100)	239586 (100)	138.626 (100)	2.106.648 (100)

Fonte: SIA-SUS (2019). Siglas: ortod =ortodôntico; ortop. =ortopédico; CF=Crânio Facial.

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que houve um aumento na realização de procedimentos ortodônticos ambulatoriais no SUS no período de 2011 a 2018, entretanto, ainda é escassa a oferta pública de serviços de ortodontia no Brasil e estes ocorrem em maior frequência nas regiões Sudeste e Nordeste e em menor na região Norte. Essa distribui-

ção desigual em termos regionais também foi apresentada por Peres, Frazão e Roncalli (2013), eles analisaram a produtividade do SIA-SUS com relação aos procedimentos ortodônticos demonstrando que na região Sudeste, onde vivem 42% dos brasileiros, foi realizado 53% de todos os procedimentos ortodônticos do Brasil, já na região Norte, que detém 8% da população brasileira, correspondeu a um pouco mais de 2% dos procedimentos, e na região Nordeste com 27,8% da população, 17% do total de procedimentos. Outros procedimentos odontológicos realizados no SUS também apresentam variação regional. Uma análise de 19 anos (1999-2017) dos procedimentos de restauração, prótese, endodontia, exodontia, periodontia, coletivos e preventivos realizados no SUS revelou no Brasil uma taxa média de quase 130 procedimentos por 100 mil habitantes, considerando as regiões, as taxas também foram mais expressivas nas regiões Sul e Nordeste (CHISINI *et al.*, 2018), contudo não foi analisado os procedimentos relacionados à Ortodontia.

Um fator que pode influenciar na distribuição regional dos procedimentos ortodônticos realizados é o quantitativo de serviços odontológicos implantados em cada região do Brasil. As regiões Nordeste e Sudeste possuem maior número de Centros de Especialidades Odontológicas (RIOS; COLUSSI, 2019) e de Equipes de Saúde Bucal (CASOTTI *et al.* 2014). Ao analisar as taxas de protocolos clínicos definidos para procedimentos de Ortodontia/Ortopedia nos CEO das regiões brasileiras, a partir de dados oriundos da avaliação Externa do PMAQ, foi observado que as menores taxas foram apresentadas pelas regiões Sul e Norte, já as maiores pela região Sudeste, e, em seguida, pela região Nordeste (BRASIL, 2016). Tal conjuntura está em concordância com os achados deste estudo. A região Nordeste avançou em termo de produção ambulatorial em Ortodontia em relação a todos os procedimentos desta especialidade, apesar da região Sudeste manter-se como a de maior produção registrada.

A análise da condição de oclusão dentária por região brasileira revelou quanto às alterações oclusais nas crianças de 5 anos, uma

SUMÁRIO

maior prevalência da mordida aberta, mordida cruzada e sobressaliência aumentada nas regiões Sudeste e Nordeste, seguida da Sul. Nessas regiões também se notou uma maior prevalência da presença de pelo menos uma alteração oclusal anterior (BRASIL, 2012). Tais alterações geram, normalmente, a demanda para tratamentos ortopédicos. Ao analisar a produtividade dos procedimentos “Aparelho ortopédico e ortodôntico removível”, “Plano inclinado” e “Aparelho ortopédico fixo”, que se aproximariam dos requisitados por esse tipo de demanda, notou-se no presente estudo que estes foram os mais realizados nas regiões Sudeste e Nordeste, seguida da Sul, demonstrando correspondência entre a necessidade identificada pelo levantamento epidemiológico nas regiões e a ocorrência do serviço de saúde bucal.

Entretanto, embora tenha ocorrido um crescimento da produção ambulatorial, a oferta de tratamento ortodôntico não atende a demanda por tratamento da população, principalmente no âmbito corretivo, o que demonstra a falta de integralidade da atenção do sistema de saúde bucal público.

Quanto a Ortodontia preventiva e interceptativa, foi observado que o quantitativo dos procedimentos “Mantenedor de Espaço” e “Plano Inclinado”, de custo menor e simples confecção, não variaram muito entre o período analisado. O mantenedor é útil para que a má oclusão não seja agravada ou ocasionada pela perda precoce de unidades decíduas, que ocorre com frequência na rede pública como reflexo da dificuldade de acesso e condição precária da saúde bucal, por exemplo. Nesse caso, um treinamento para a realização do referenciamento pelos profissionais da atenção básica, a fim de prevenir e interceptar a má oclusão, deve ser realizado (GUZZO *et al.*, 2014). Capacitações para o adequado referenciamento pelos cirurgiões-dentistas para a especialidade Ortodontia são fundamentais, pois há problemas que não se auto corrigem com a mudança da dentição e precisam de intervenção precoce, como a mordida cruzada (MALANDRIS *et al.*, 2005).

SUMÁRIO

Procedimentos de interceptação de maloclusões podem ser realizados com êxito no serviço público, o que pode ser exemplificado nos relatos de casos clínicos publicados na literatura. Com o intuito de interceptar maloclusões causadas por hábitos deletérios, a realização de orientações incentivando a remoção do hábito, geralmente, o fator etiológico, e de intervenções ortopédicos/ortodônticos, como, por exemplo, o uso de aparelhos removíveis com grades palatinas, expansores removíveis e quadrihélices, é possível interceptar e corrigir determinadas maloclusões, trazendo benefícios aos usuários do serviço (SOUZA *et al.*, 2010).

Apesar da literatura discutir sobre a possibilidade de realização de procedimentos preventivos/interceptativos da Ortodontia na atenção primária (HEBLING, 2007; GUZZO *et al.*, 2014), não foram encontrados registros desse tipo de assistência nas UBS. Diante da experiência de países europeus que se estruturaram e prestam serviços ortodônticos há mais tempo na rede pública, os procedimentos ortodônticos devem ser realizados ou, minimamente, supervisionados por um especialista em Ortodontia, para que seja realizado um correto diagnóstico e tratamento apenas dos casos com adequada indicação (SHAW, 1983; SUILIANO, 2008).

Sabe-se que é interessante para a assistência à saúde pública focar na prevenção e solucionar os problemas nos níveis de menor complexidade da atenção. Isso se justifica por estas ações serem menos onerosas para a gestão e por refletir que os usuários tiveram seus problemas resolvidos antes que evoluíssem para uma situação de gravidade (BRASIL, 2015). Baseado nisso, a prevenção das maloclusões deve iniciar desde a orientação materno-infantil, sendo realizado o acompanhamento do desenvolvimento dentário e craniofacial da criança (HEBLING *et al.*, 2007). A prevenção da doença cárie, evitando a perda precoce de dentes decíduos, um dos fatores etiológicos da má oclusão, é de grande importância, assim como na fase adulta em

relação a perda da dentição permanente (ALMEIDA-PEDRIN, 2000). Na rede pública a exodontia ainda é frequente (CHISINI *et al.*, 2019), e ainda há restrita oferta para a reabilitação de decíduos comprometidos. Entretanto, o mantenedor de espaço é um procedimento pouco oneroso e de boa resolutividade nessas situações (LIRA *et al.*, 2020).

Diante da existência de códigos de procedimentos comuns aos tratamentos ortodônticos preventivos, interceptativos e corretivos, foi inviável analisar detalhadamente a produção da assistência ortodôntica por essa categorização. Os procedimentos ortodônticos/ortopédicos fixos apresentam custo mais elevado para o SUS: “Instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo”, R\$ 67,00; “aparelho ortodôntico fixo” e “Aparelho ortopédico fixo”, R\$175,00. Conforme portaria 718/SUS, os demais procedimentos apresentam, respectivamente, os seguintes custos: “Aparelho ortopédico e ortodôntico removível”, R\$60,00; “Manutenção/conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico”, R\$34,00; “Mantenedor de espaço” e “Aparelho bilateral para correção de diastema”, R\$ 10,00; “Plano inclinado”, R\$5,00. Na região Norte, de maneira geral, que apresentou a menor produção, observou-se menor quantidade aprovada de procedimento relacionados aos aparelhos fixos, mais onerosos, em relação aos procedimentos relacionados à prevenção/interceptação da má oclusão, como os aparelhos removíveis e mantenedores de espaço, diferente do observado nas outras regiões.

A construção de manuais e sua publicação, como o realizado pela Prefeitura de São Paulo, com o estabelecimento de critérios e normas operacionais básicas para o atendimento ortodôntico ofertado em seu município contribuiu para o desenvolvimento de uma literatura técnica que auxilia a prática clínica, que ainda é pouco frequente na rede pública brasileira (SÃO PAULO, 2012). Seria interessante a elaboração de materiais de guia mais detalhados em relação aos critérios do serviço de Ortodontia, cuja carência de literatura está atrelada ao próprio processo de implantação desse tipo de serviço.

SUMÁRIO

Em relação aos artigos acadêmicos com foco nesse objeto de estudo, as publicações são escassas, evidenciando uma lacuna para o desenvolvimento de novas pesquisas científicas.

A diferença nos procedimentos ortodônticos registrados no SIA-SUS no ano de 2011, dos procedimentos realizados nos anos subsequentes (2012-2018), pode ser devido ao provável processo de adequação do registro no sistema de informação nesse ano à nova portaria vigente. A Portaria 718/SAS (BRASIL, 2010), que estabelece o rol de procedimentos ortodônticos ofertados pelo SUS, foi homologada em dezembro de 2010.

Apesar da portaria 718/SUS (BRASIL, 2010) ter incluído a Ortodontia nos CEO há quase 9 anos, sabemos que essa realidade está muito distante da maioria dos municípios brasileiros. Há CEO sem o funcionamento adequado das especialidades básicas da atenção secundária, e também, muitos, serviços de atenção primária sem suprir a demanda por procedimentos odontológicos. Diante dessas prioridades, tais serviços se concentram na rede privada e são vistos no futuro distante da rede pública, principalmente em municípios em que a gestão não valoriza a Saúde Bucal. Outra dificuldade para sua inserção é a necessidade da implantação de LRDP para confecção dos aparelhos. Transições em âmbito nacional também podem influenciar nessa questão: a falta de incentivo público para novos investimentos em saúde pode desencorajar gestores para a ampliação do serviço; a não exigência de equiparação da ESB a ESF, o que ainda não incentiva a ampliação da atenção primária em Saúde Bucal, e que por sua vez pode ressoar na atenção secundária.

Os registros dos procedimentos ambulatoriais realizados são fundamentais para a avaliação de políticas setoriais, e da situação de saúde nas esferas municipais, estaduais e federais. Assim, como no presente estudo, a consulta de banco de dados SIA-SUS, principal sistema de registro do SUS, é requisitada para estudos que tenham como

finalidade analisar a oferta de determinado serviço de saúde e avaliar as políticas de saúde bucal (SANTANA *et al.*, 2015). Entretanto, apesar dos avanços para a informatização dos sistemas de saúde, e a perceptível aplicabilidade, ainda há algumas limitações nos registros do SIA-SUS, como: os sub-registros da produção ambulatorial em função do deficiente treinamento dos profissionais, da falta de estrutura das unidades de saúde e da precariedade da comunicação e conectividade em alguns locais; a possibilidade de fraude dos registros; a apresentação de grande volume de dados desagregados; o dinamismo da política e assistência; além de não permitir a vigilância epidemiológica, pois a informação não é individualizada (BRASIL, 2009). Dessa forma, tais dados podem não representar exatamente um retrato da realidade, mas, ainda assim, essa é a ferramenta mais indicada para esses tipos de avaliações, que disponibiliza seus dados, não só para os profissionais atuantes na área e pesquisadores, mas para toda população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção ambulatorial de procedimentos ortodônticos no Brasil é concentrada na região Sudeste, seguida da Nordeste. Notou-se uma ampliação da assistência em Ortodontia, principalmente nas regiões Nordeste e Norte. De maneira geral, apesar das limitações do estudo, nota-se um direcionamento do serviço público de Ortodontia na prevenção/interceptação em todas as regiões brasileiras, o que foi mais evidente na Norte, que apresentou menor produção ambulatorial.

A desassistência pública da população em Ortodontia é produto da sua insuficiente oferta de atenção. Diante das dificuldades de inclusão da Ortodontia na assistência à saúde bucal em municípios, e à carência de estudos que avaliem a oferta, identifiquem demandas prioritárias e desenvolvam protocolos e critérios, mais estudos devem ser desenvolvidos no sentido de subsidiar o avanço da especialidade na rede pública.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-PEDRIN *et al.*, Etiologia das más oclusões: Causas hereditárias e congênitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *R Dental Press Ortopon Ortop Facial*, Maringá, v. 5, n. 6, p. 107-129, nov./dez. 2000.

ANDIAPAN, M.; GAO, W.; BERNABÉ, E. Malocclusion, orthodontic treatment, and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): Systematic review and meta-analysis. *Angle Orthodontist*, v. 85, n. 3, p. 493-500, 2015.

AZENHA, V. *et al.* Oclusopatia na dentição decídua, mista e permanente no período de 2000 a 2004 do município de Limeira-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP*, Araraquara, v.39, n.6, p.336-343, 2010.

BERNABÉ, E.; OLIVEIRA, C. M.; SHEIHAM, A. Comparison of the discriminative ability of a generic and a condition-specific OHRQoL measure in adolescents with and without normative need for orthodontic treatment. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.6, n.64, p. 1-6, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. CONASS, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Volume 1: Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil*. Coleção institucional do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar qualiquanti sobre o CEO no Brasil*. Recife: Editora UFPE, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718, de 20 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dezembro 2010, seção 1, n.251, p.100-01, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. *SB BRASIL 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais*. DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Nota técnica nº 23/2017, 20 de junho de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2017.

BROOK, P. H.; SHAW, W. C. The development of an index of orthodontic treatment Priority. *Eur J of Orthodontics*, v.11, n.3, p. 309-320, 1989.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.38, n. spe, p.140-157, out. 2014.

CHISINI, L. A. *et al.* Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. Saúde Colet.*, v.27, n.3, p.345-353, 2019.

CUNHA, I. P. *et al.* Social vulnerability and factors associated with oral impact on daily performance among adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.15, p. 173, 2017.

CONS, N. C.; JENNY, J.; KOHOUT, F. J. *DAI: the dental aesthetic index*. Iowa City: College of Dentistry, University of Iowa; 1986.

GUZZO, S. C. *et al.* Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção básica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p.449-460, 2014.

HEALY, D. L.; GALDI, R. D. C.; THOMSON, W. M. Treatment-associated changes in malocclusion and oral health-related quality of life: A 4-year cohort study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.150, p.811-7, 2016.

HEBLING, S. R. F. *et al.* Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.1067-78, 2007.

JORDÃO, L. M. *et al.* Individual and contextual determinants of malocclusion in 12-year-old schoolchildren in a Brazilian city. *Braz Oral Res*, v. 29, n.1, p. 1-8, 2015.

LADEIA JÚNIOR, L.; RAPOSO, J. *Ortodontia em saúde pública: experiências práticas no SUS e prevenção baseada em evidências*. São Paulo: Napoleão; 2013.

LIRA, A. L. S. *et al.* Deciduous tooth early loss prevalence in posterior region and indication of band-loop space maintainer. *Braz Dent Sci*, v.22, n.3, jul/set 2019.

MACIEL, S. M.; KORNIS, G. E. M. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.59-81, 2006.

MALANDRIS, M; MAHONEY, EK. Aetiology, diagnosis and treatment of posterior cross-bites in the primary dentition. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v.14, n.3, p.155-66, 2004.

MARQUES, L. S. *et al.* Prevalência da má oclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. *Cad Saúde Pública*, v.21, p.1099-106, 2005.

NIMRI, K. A.; RICHARDSON, A. Interceptative orthodontics in the real world of community dentistry. *Internacional Journal of Paediatric Dentistry*, v.10, p. 99-108, 2010.

PERES, K. G.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G. Epidemiological pattern of severe malocclusion in Brazilian adolescents. *Rev. Saúde Pública*, v.47, n.3, p. 1-9, 2013.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde Debate*, v.43, n.120, p.122-136, jan-mar 2019.

SANTANA, D. A. *et al.*, Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 261-267, 2015.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Orientações sobre Ortopedia Funcional dos Maxilares e Ortodontia: manual de orientação*. 1ª edição, São Paulo, 2012.

SCAPINI, A. *et al.*, Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *The Angle Orthodontist*, v.83, p. 512-18, 2013.

SHAW W.C. Improving British orthodontic services. Possible strategies based on a comparison of England and Wales, The Netherlands and Scandinavia. *Br Dent J*, London, v. 155, p. 131-135, 1983.

SIMÕES, R. C. *et al.* Impact of Malocclusion on Oral Health Related Quality of Life of 8-12 Years Old Schoolchildren in Southern Brazil. *Brazilian Dental Journal*, v.28, n.1, p.105-12, 2017.

SIVOLA A. S. *et al.* Dental esthetics and quality of life in adults with severe malocclusion before and after treatment. *Angle Orthodontist*, v. 84, n. 4, p. 594-9, 2014.

SOUZA, R. C. *et al.* Assistência no serviço público-fase II. Tratamento das alterações oclusais decorrentes de hábitos oclusais deletérios em escolares de Jequié, Bahia. *Orthodontic Science and Practice*, v. 3, n. 11, p. 248-255, 2010.

SUILANO, A. L. *Análise de custo de tratamento ortodôntico: Uma contribuição ao planejamento no Sistema Único de Saúde*. Tese (Doutorado em Odontologia). Universidade de Pernambuco-UPE, Camaragipe-PE, 2008.

SVEDSTRÖM-ORISTO, A. L. *et al.* Analysis of residual orthodontic treatment need in municipal health centers. *European Journal of Orthodontics*, p. 398-402, 2015.

UKRA, A. *et al.* Impact of malocclusion on quality of life among New Zealand adolescents. *New Zealand Dental Journal*, p.18-22, 2013.



11

Caio Sousa Ferraz
Ana Maria Freire de Souza Lima

**ATENÇÃO À PESSOA
COM FISSURA
LABIOPALATINA:**
a rede SUS e a realidade
do município de Vitória
da conquista, Bahia

INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas (FLP) acompanham a humanidade desde seus primórdios, suas primeiras evidências foram observadas em uma múmia egípcia de 2400 a 1300 a.C. Nas Américas, o cirurgião plástico venezuelano, Orticochea, possui em seu acervo particular uma estatueta pré-colombiana datada de 2000 a.C., representando um chefe religioso ou político, portador de fissura labiopalatina. Há também nos relatos históricos, uma máscara com FLP usada em cerimônias rituais pela tribo africana Dahomey, e uma escultura indígena datada do século I da Era Cristã (FRANÇA, 2002; SANDRINI *et al.* 2005; 2006).

Atualmente, a FLP é a malformação craniofacial mais comum de humanos recém-nascidos vivos, tendo no mundo uma prevalência de 1,53 por 1.000 nascidos vivos (FILHO *et al.*, 1968; MARTELLI, 2012). Quando se avalia etnicamente, variando de acordo com cada grupo humano, africanos, europeus, asiáticos e índios norte-americanos possuem respectivamente a prevalência: 0,3; 1,3; 2,1 e 3,6 para 1.000 nascidos vivos. O *International Perinatal Database of Typical Orofacial Clefts* (IPDTC) realizou um estudo que avaliou os dados do período entre 2000 e 2005 de 30 países, encontrando uma prevalência média de 0,90 casos de fissuras labiopalatinas por 1.000 nascidos vivos. O Japão obteve a maior taxa de prevalência com 0,20 por 1.000. Outros países como Estados Unidos da América (EUA) 1,02 por 1.000; Canadá 1,15 por 1.000; e Austrália 0,97 por 1.000; apresentaram como o Japão altas taxas de prevalência (SOUZA, 2017). Há predominância no sexo masculino, do tipo unilateral e pelo lado facial esquerdo (FREITAS *et al.*, 2013).

No Brasil, a prevalência varia de 0,19 a 1,54 por 1.000 nascidos vivos (SOUZA-FREITAS *et al.*, 2004). Na Bahia, os dados apontam para uma alta prevalência de FLP em relação aos números mundiais e nacionais, sendo de 1,86 em 2001, 2,33 em 2005 e 4,1 em 2010, por 1.000 nascidos vivos (CHAVES *et al.*, 2016). Nesse aspecto, o Brasil possui

duas fontes de informação com relação ao monitoramento de agravos congênitos, a vigilância de anomalias congênitas obtida através da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e a rede de hospitais que trabalham em colaboração com o Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC). A DNV alimenta o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (MS) desde 1990, entretanto há fragilidades nesse sistema devido à equívocos em seu preenchimento, digitação e codificação dos dados. A segunda fonte, o ECLAMC, abrange menos de 2% dos nascimentos do país, pela quantidade insuficiente de maternidades que fazem parte da rede (SOUZA, 2013). A prevalência, segundo o ECLAMC, entre os de 1982 e 2002 foram de 1,5 por 1.000 nascidos vivos (SOUZA; RASKIN, 2013).

O sistema estomatognático é uma unidade anatomofuncional fisiológica, integrada e coordenada, constituída por um conjunto de estruturas craniofaciais e cervicais, que permitem ao ser humano realizar várias funções fundamentais para sua sobrevivência, tais como mastigação, deglutição, sucção, respiração, fala/fonação, expressão facial, articulação, dentre outras (CAMPOS *et al.*, 2015). A formação do sistema estomatognático é de natureza complexa e envolve o desenvolvimento de múltiplos processos teciduais que devem se unir e se fundir de modo extremamente ordenado. As FLP são um dos muitos distúrbios no crescimento desses processos teciduais ou na sua fusão (NEVILLE, 2008).

A região da face onde ocorre a FLP, se forma entre a quarta e décima semana de vida intrauterina, período mais propenso a ocorrer malformações. O lábio superior e a pré-maxila são formados pela união dos processos nasais medianos, por volta da sexta e sétima semana de desenvolvimento, e a asa do nariz é originada pelos processos nasais laterais, a falha na união desses processos resulta na fissura labial. Os palatos duro e mole são formados pelos processos maxilares e as prateleiras palatinas auxiliam na formação do palato primário e do septo nasal, sua fusão se inicia na porção anterior do palato e progride posteriormente, e a falha dessa união resulta na fissura palatina. Geral-

SUMÁRIO

mente ocorrem juntas, mas há casos isolados de ambas, e casos que envolvem síndromes (NEVILLE, 2008).

Os fatores etiológicos relacionados à FLP são os genéticos, as mutações e o polimorfismo, e as suas interações com os fatores ambientais, como a nutrição, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticonvulsivantes no primeiro trimestre de gestação (COSTA *et al.*, 2018). Devido a sua etiologia multifatorial, sempre haverá uma parcela da população que demandará esse serviço e cuidados especializados (MARANHÃO, 2014). A literatura especializada sobre o tema e organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *American Cleft Palate Craniofacial Association* (ACPA), reforçam a necessidade da atenção à pessoa com FLP ser realizada por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da odontologia, medicina, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, genética e serviço social (ALMEIDA *et al.*, 2017). Na atenção odontológica, destacam-se as especialidades de ortodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, odontopediatria, dentística e estética, e prótese. Na área médica, ressalta-se o papel do cirurgião plástico e do otorrinolaringologista. O acompanhamento completo com esses profissionais desde o nascimento até a vida adulta é fundamental para obter resultados funcionais e estéticos satisfatórios, contribuindo para redução do estigma e melhor inserção na sociedade (ALONSO *et al.*, 2009).

No Brasil, o primeiro Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (CRAC) foi criado em Bauru, São Paulo, em 1967, apelidado de “Centrinho”, e atualmente denominado Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Esse Centro tornou-se a principal referência do país, com serviços e programas de excelência no ensino e na pesquisa na área (WEL- LICHAN, 2015). No Sistema Único de Saúde (SUS), as primeiras iniciativas ocorreram a partir dos anos 1990, com a introdução de procedimentos para a correção de FLP e cadastramento de hospitais e serviços de reabilitação na área (BRASIL, 1993; 1994). Monlleó e Gil-

-da-Silva-Lopes (2006) analisaram 25 centros brasileiros de referência e verificaram que a maioria dos serviços estão na região Sudeste, em universidades, com financiamento predominantemente público, e que a maior parte das equipes segue parâmetros norte-americanos, com uso desses protocolos em aproximadamente 70% da amostra.

Na Bahia, destaca-se como principal e mais completo serviço de referência o Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, criado em 1997, vinculado às Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), na cidade de Salvador. Há ainda a realização de cirurgias e alguns serviços para crianças no Hospital Martagão Gesteira, também localizado em Salvador. No SUS, em relação à assistência, cabe à Secretaria Estadual da Saúde a oferta de atendimento de média e alta complexidade, como diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico, reabilitação, acompanhamento pré e pós-operatório e Unidades de Terapia Intensiva (BAHIA, 2020). No interior do estado, mesmo não sendo centros de referências, o paciente com FLP é acolhido pelos Hospitais e Maternidades da rede estadual.

Estudo apontou a dificuldade de transporte para o deslocamento como um dos principais motivos para a falta dos usuários residentes em outros municípios do estado da Bahia às consultas e atendimentos agendados na capital, sendo, portanto, necessário ampliar os pontos de atenção da rede SUS para descentralizar o acesso e garantir a continuidade do tratamento em tempo oportuno (ALMEIDA; CHAVES, 2019). Nesse sentido, o presente capítulo refletiu sobre a atenção à pessoa com FLP no âmbito do SUS, e apresentou o caso da rede de atenção no município de Vitória da Conquista, Bahia.

NOTAS METODÓLOGICAS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados: US National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Ame-

ricana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Google Acadêmico. Foram utilizadas as palavras-chaves: “Fissura Labiopalatina”; “Fissura Labiopalatal” e “Sistema Único de Saúde”; “Fissura Labiopalatina” e “Reabilitação”. Foram incluídos artigos, dissertações e teses em língua portuguesa e que apresentaram informações sobre a atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP) no SUS. Também foram incluídas publicações do Ministério da Saúde (MS) sobre o tema, como portarias e manuais técnicos. Os dados sobre os centros de referência habilitados pelo MS foram obtidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (<http://cnes2.datasus.gov.br/>), e as informações sobre esses serviços foram acessadas em seus sites institucionais oficiais.

Para análise do caso da rede de atenção à pessoa com FLP no município de Vitória da Conquista, Bahia, as informações foram obtidas através de documentos, publicações e informações disponibilizadas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

A ATENÇÃO À PESSOA COM FISSURA LABIOPALATINA (FLP): UM OLHAR SOBRE A REDE DE SERVIÇOS NO SUS

A atenção à pessoa com FLP requer serviços nos três níveis de atenção do SUS (atenção básica, centros especializados e hospitais), e os indivíduos acometidos necessitam de atendimento imediato ao nascer e acompanhamento até em torno dos 18 anos, quando atingem a maturidade esquelética. Trata-se de um processo de reabilitação longo, com atenção multidisciplinar e contínua, para o alcance de resultados adequados do ponto de vista funcional e estético-facial, e do desenvolvimento psicossocial (SOUSA, 2017). Os custos da atenção à saúde nessa área são elevados em todo o mundo. Estudo realizado nos EUA,

entre 2000 e 2004, verificou que os custos médios com o cuidado dos pacientes com FLP foi de US\$ 13.405, oito vezes superior as crianças que não possuem a FLP. Em países em desenvolvimento como o Brasil, o acesso aos serviços de saúde é desigual, tornando a obtenção do cuidado restrita para as famílias mais vulneráveis (SOUZA, 2017).

O SUS estabelece que o acesso é universal e equitativo aos diversos serviços de saúde. Em relação à pessoa com FLP no SUS, a primeira iniciativa foi em 1993, com a criação de mecanismos para o pagamento da correção da FLP e realização de implante dentário ósseo integrado, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). No ano seguinte, foi criada a portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) N.º62 de 19 de abril de 1994 (BRASIL, 1994), que normatizou hospitais para realização de cirurgia estética e funcional dos pacientes com FLP no SUS. Entre 1998 e 2002 foi criada a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF) (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006). Em 2001, criou-se a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), uma tentativa do MS para ordenação da referência interestadual e garantia de acesso dos usuários aos procedimentos da alta complexidade. O sistema de referência e contrarreferência entre esses serviços foi desenhado buscando garantir a integralidade e continuidade do cuidado, entretanto, o modelo hegemônico de assistência à saúde prevalece contribuindo para um tratamento e atenção fragmentados (LORENZZONI, 2007).

Até 2014 eram 28 centros de referência cadastrados pelo MS, em 2018 foi habilitado um serviço na Paraíba, e em 2019, no Paraná, totalizando atualmente 30 centros. A maioria vinculados à hospitais e entidades filantrópicas, e persiste uma distribuição ainda irregular, concentrados nas regiões sudeste e sul, e nos grandes centros (MONLLEÓ; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006; ALMEIDA; CHAVES, 2019) (Quadro 1).

Verifica-se uma carência de centros de referência nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo considerando as evidências de alta pre-

valência da FLP nessas regiões (MARANHÃO, 2014). Na região Norte, o Hospital Regional de Araguaína criado em 1970, recebeu sua habilitação para o tratamento de pacientes com FLP em 2003.

Quadro 1 - Distribuição dos hospitais habilitados pelo SUS para a realização de procedimentos integrados de atenção à pessoa com fissura labiopalatina.

Região Geográfica	UF	Município	Estabelecimento de Saúde	Ano da Habilitação
Norte	TO	Araguaína	Hospital Regional de Araguaína	2003
Nordeste	BA	Salvador	Hospital Santo Antônio	2003
	CE	Fortaleza	Hospital Infantil Alberto Sabin	2008
	PE	Recife	IMIP Instituto Materno Infantil	2002
	PI	Teresina	Hospital São Marcos	1994
	PB	João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley	2019
Centro-Oeste	DF	Brasília	Sarah Brasília	2002
	MS	Campo Grande	FUNCRAF	2001
	MT	Cuiabá	Hospital Geral Universitário	2008
			Hospital Universitário Júlio Müller	2014
Sudeste	MG	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano	2003
		Belo Horizonte	Hospital da Baleia	2006
	RJ	Rio de Janeiro	SMS Hospital Nossa Senhora do Loreto	2000
	SP	Araraquara	Santa Casa de Araraquara	2007
		Bauru	HRAC – Bauru	1993
		Campinas	SOBRAPAR Campinas	1993
		Itapetininga	FUNCRAF Itapetininga	2001
		Piracicaba	Santa Casa de Piracicaba	2001
		S. B. do Campo	FUNCRAF S. B. do Campo	2001
		S. J. do R. Preto	Hospital de Base de S. J. do Rio Preto	2013
		São Paulo		HC da FMUSP H. das Clínicas de S.P.
Hospital de Ensino da UNIFESP S. P.	1997			

Sul	PR	Curitiba	Hospital do Trabalhador	2003
		Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná	2018
	RS	Canoas	Hospital Universitário ULBRA	2010
		Caxias do Sul	Hospital do Círculo	2011
		Lajeado	Hospital Bruno Born	1999
		Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição S. A.	2003
	SC	Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	1999
		Joinville	FHSC Hospital Regional Hans D. Schmidt	2001

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2020.

O Sarah Lago Norte, em Brasília, é um dos quatro centros de referência da região Centro-Oeste, oferece suporte às pesquisas avançadas na área de reabilitação de malformações. A Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF) é uma instituição filantrópica que atua nas áreas da saúde, do ensino e da pesquisa, sua sede é em Bauru, no interior do estado de São Paulo, mas mantém uma unidade em Campo Grande no Mato Grosso do Sul, que realiza atendimentos às pessoas com FLP. Em Cuiabá, no Mato Grosso, existem dois centros de referência, o Hospital Geral Universitário de Cuiabá que desde 2008 passou a ser habilitado pelo MS como referência na reabilitação das FLP, principalmente pela significativa prevalência de crianças de etnia indígena com malformações orofaciais, e o Hospital Universitário Júlio Müller, que possui o Programa de Labiofissura e realiza o tratamento multidisciplinar.

Já no Nordeste, em Pernambuco, destaca-se o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), onde o serviço de cirurgia plástica, em associação com o Centro de Atenção aos Portadores de Defeitos da Face (CADEFI), oferecem tratamento especializado para pacientes com FLP (COUTINHO *et al.*, 2009). O centro atende

Recife e sua região metropolitana, bem como a zona da mata, o agreste e o sertão pernambucano, e, tem conseguido realizar a primeira consulta das crianças acometidas pela FLP residentes em municípios com distância superior a 50 Km da capital durante o primeiro ano de vida (COUTINHO *et al.*, 2009). Cabe destacar a importância do repasse aos municípios pelo governo federal do recurso que viabiliza o tratamento fora do domicílio (TFD) para esses usuários. Em Fortaleza, o Hospital Infantil Albert Sabin, através do Núcleo de Atendimento ao Paciente Fissurado (NAIF), é o centro de referência do estado do Ceará, oferece as cirurgias corretivas e acompanhamento multidisciplinar, sendo também apoiado pela Associação Beija-Flor. Observa-se grande demanda, e registro de pacientes provenientes do Ceará sendo atendidos no estado do Piauí, ficando cada vez mais evidente a necessidade de regionalização dos serviços (REBOUÇAS *et al.*, 2014).

No estado do Piauí, na cidade de Teresina, funciona o Hospital São Marcos, mantido pela Associação Piauiense de Combate ao Câncer, com serviços de tratamento cirúrgico e multidisciplinar às pessoas com FLP desde 1985, e a partir de 1994 foi habilitado pelo MS, se tornando o terceiro serviço do país a ser credenciado. Sua demanda gera em torno de 2 a 4 pacientes novos por semana, provenientes do próprio estado, do Maranhão, Pará e parte do Ceará (CARVALHO, 2011). A Bahia é o maior estado da região Nordeste, com aproximadamente 14 milhões de habitantes, com alta prevalência de casos de FLP e com apenas um centro de referência para o tratamento de pacientes com FLP habilitado pelo MS. Este Centro está localizado em Salvador, no Hospital Santo Antônio (HSA) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID).

As regiões Sul e Sudeste do Brasil concentram a maior parte dos centros de referência no tratamento de pacientes com anomalias craniofaciais, com destaque para o primeiro centro de referência em reabilitação de anomalias craniofaciais do Brasil, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo em Bauru,

SUMÁRIO

o HRAC-USP, mais conhecido como Centrinho, que atua nas áreas de pesquisa, ensino, além de capacitação e treinamento às unidades de referência pelo país e está habilitação desde de 1993 a realizar o tratamento integral ao paciente com FLP.

Foram identificadas duas iniciativas atuais no poder legislativo nacional na área da atenção à pessoa com FLP. Está em tramitação na Câmara do Deputados o Projeto de Lei nº 1.772, de 2015, que atualmente aguarda apreciação pelo Senado Federal e dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia reparadora de lábio leporino ou fenda palatina no SUS e nos conveniados. Além da cirurgia reparadora do lábio, o projeto defende a garantia do tratamento pós-cirúrgico pelas especialidades da fonoaudiologia, psicologia, ortodontia, e demais especialidades necessárias à recuperação da pessoa com FLP pelo SUS. (BRASIL, 2015) O outro projeto está em tramitação no Senado Federal, o Projeto de Lei nº 385, de 2018, que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre a atenção à saúde da criança com malformação congênita e, especificamente, com fissura labiopalatina. O projeto de lei busca assegurar à criança ou adolescente com malformação congênita, especificamente, com FLP, o tratamento clínico, cirúrgico e reabilitação no SUS (BRASIL, 2018). Ainda que já existam serviços prestados pelo SUS desde a década de 1990, esses projetos de lei, se aprovados podem contribuir para ampliação dos serviços, reduzindo as desigualdades de acesso, pauta antiga de várias entidades de saúde e associações de usuários e familiares engajados no enfrentamento dessa questão.

Os centros de referência para assistência aos pacientes com FLP são relativamente recentes e se confundem com a história do SUS. Além dos 30 serviços cadastrados no Ministério da Saúde, há outros locais que oferecem a reabilitação, principalmente cirúrgica, da FLP, os quais precisam ser melhor mapeados no território nacional e avaliados quanto à possibilidade de obter a habilitação do MS e mais recursos,

para ampliar o espectro e a qualidade das ações a médio e longo prazo (ALMEIDA; CHAVES, 2019). O município de Vitória da Conquista, na Bahia, é uma dessas realidades, que será melhor descrita a seguir.

A REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM FLP NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

O município de Vitória da Conquista, localizado a 510 km da capital na região Sudoeste do estado da Bahia, macrorregião do Centro-sul, é o terceiro maior município do estado, situa-se em um entroncamento rodoviário, centro de um cruzamento no sentido Norte-Sul do país, constituindo-se num ponto de passagem para as principais cidades do estado e da região Nordeste. Enquanto município sede da macrorregião Centro-Sul da saúde, atende a uma população de cerca de 2 milhões de habitantes, correspondente a 73 municípios pactuados. Em outubro de 1999 o município passou a usufruir da habilitação em Gestão Plena do Sistema de Saúde, o que possibilitou o investimento no fortalecimento da Atenção Básica, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ferramenta para a mudança do modelo assistencial no município. A programação de expansão de cobertura da Atenção Básica está vinculada à efetivação da ESF, que em junho de 2020 tinha uma cobertura populacional no município de 59,02%, com 48 ESF implantadas (BRASIL, 2020). Já na saúde bucal, são atualmente 46 equipes e uma cobertura de 56,78%. Desde 2014, o município destaca a necessidade de implementar ações de média e alta complexidade complementando a atenção básica (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014).

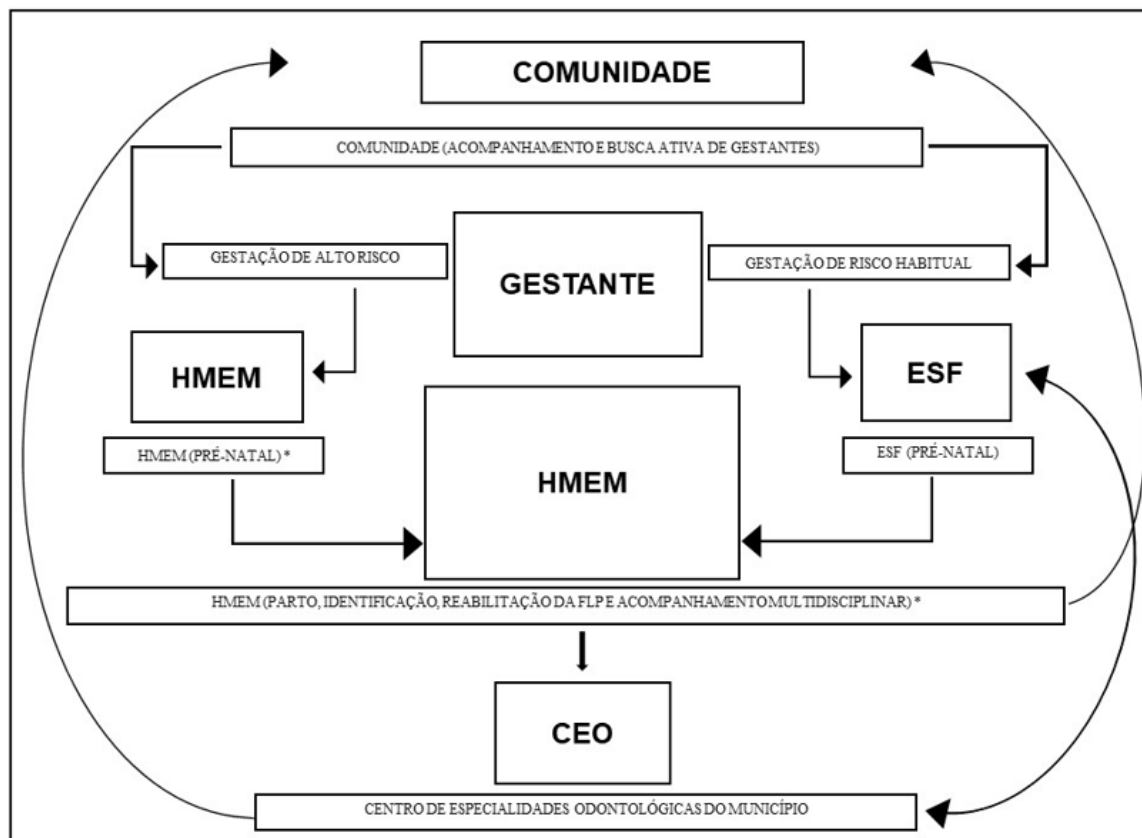
Na média e alta complexidade, dentre os serviços existentes próprios do município e que podem contribuir para a atenção à pessoa com anomalias craniofaciais, incluindo a FLP, há o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo III, o Centro Municipal de Atenção Es-

pecializada (CEMAE) e o Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CEMERF). Ainda na média e alta complexidade, o município possui 01 hospital próprio de referência materno-infantil e de assistência ao pré-natal e gestação de alto risco, o Hospital Municipal Esaú Matos (HMEM). A partir desse hospital é gerada a demanda dos pacientes com FLP. A Central Municipal de Regulação de Procedimentos e Exames Especializados (CRPEE) foi criada em 1999, e regula o acesso dos usuários aos serviços da rede de atenção à saúde. A porta de entrada do sistema de regulação ambulatorial em Vitória da Conquista é realizada pelas Unidades Básicas de Saúde/ Unidades de Saúde da Família e pelas Unidades de Pronto Atendimento, as quais encaminham as solicitações para a CRPEE, que então realiza o agendamento e devolve as solicitações às unidades, responsáveis pela entrega e aviso ao usuário para que se dirija ao serviço agendado na data correta (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2014) (Figura 1).

Estudo realizado entre 2011 a 2014, entrevistou-se 692 usuários de três hospitais do estado da Bahia. No Hospital Santo Antônio foram entrevistados 555 pacientes (80,2%), no Hospital Martagão Gesteira foram 86 (12,4%) entrevistados e no Hospital Municipal Esaú Matos, em Vitória da Conquista, foram entrevistados 51 (7,4%). A macrorregião do Centro-Sul, que corresponde a região de Vitória da Conquista, apresentou 17,4% de prevalência de FLP, considerando o número absoluto de casos dentro de cada macrorregião do estado, Vitória da Conquista registrou distribuição de 5,7% do total, com 40 casos. Também foi observado que as regiões de Salvador, Ilhéus/Itabuna e Vitória da Conquista apresentaram o maior número de casos, somando juntas um pouco mais de 50% de todos os casos de FLP no estado. A região que compreende Vitória da Conquista registrou a maior prevalência para fissura labial unilateral 37,5%, em todas as outras, a FLP foi a mais prevalente (MARANHÃO, 2014).

SUMÁRIO

Figura 1 - Fluxograma da atenção à pessoa com fissura labiopalatina no município de Vitória da Conquista, Bahia, 2020.



Fonte: Elaboração própria.

A partir do ano de 2008, foi iniciado no Hospital Municipal Esaú Matos (HMEM) o atendimento aos pacientes com anomalias congênitas maxilofaciais, com interesse especial nos pacientes nascidos com fissura labiopalatina, por ser a anomalia congênita de maior incidência. Os profissionais da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial lideraram o início da formação de um Centro de Referência para o

Tratamento das Anomalias Congênitas Maxilofaciais, integrado a outras especialidades da área da saúde. Concomitantemente, ainda que timidamente, a especialidade Ortodontia também foi iniciada no CEO:

O HMEM é um hospital próprio do município de Vitória da Conquista, que está habilitado pelo SUS para assistência de média e alta complexidade, sendo assim, é o estabelecimento de referência para assistência materno infantil, pré-natal e gestação de alto risco, não só do município, mas também dos municípios circunvizinhos pactuados. As gestantes que residem na zona urbana ou na zona rural do município e realizam seu pré-natal nas Unidades de Saúde da Família são geralmente encaminhadas ao HMEM para realização do parto. Gestantes dos municípios pactuados também seguem o mesmo caminho, principalmente se a gestação for de alto risco ou se o seu município não ofertar o serviço. No HMEM, a família do paciente tem acesso ao serviço de fonoaudiologia, psicologia e assistência social, além do serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, que realiza todos os procedimentos cirúrgicos de média complexidade que são indicados pelo protocolo de atendimento ao paciente com fissura labiopalatina ou outra anomalia congênita craniofacial, raras as exceções, conforme o princípio da integração interdisciplinar da equipe multidisciplinar que acompanha cada caso.

A FLP pode ser detectada a partir da décima quarta semana de gestação, por meio do exame de ultrassonografia. Com diagnóstico precoce, o primeiro passo é o acolhimento da família, para que sejam realizadas as primeiras orientações e acompanhamento pela equipe de psicologia e assistência social. Ao chegar um novo caso, ele é identificado e independente do tipo de fissura é realizada a queiloplastia (cirurgia reparadora do lábio) com 3 meses, com 12 meses, na condição de fissura labiopalatina é realizada a palatoplastia (cirurgia reparadora do palato). A queiloplastia é reavaliada com 6 anos, a partir dos 8-9 anos é iniciada a ortodontia preventiva e entre os 9 a 12 anos

SUMÁRIO

é realizada a ortodontia pré e pós-enxerto. Desde que seja necessário, entre os 15-16 anos, é realizada rinoplastia e cirurgia ortognática. Esse é protocolo ideal, baseado no utilizado pelo Centrinho/HRAC/USP; entretanto, no HMEM as cirurgias são realizadas pela equipe de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial. Outra questão que interfere no protocolo são os pacientes que chegam ao sistema de saúde em idades avançadas ou fora do período recomendado.

Caso não seja realizado o diagnóstico precoce no pré-natal, após o parto, se o paciente é identificado pelo pediatra neonatal com FLP ou alguma outra anomalia craniofacial, é feita a solicitação para a avaliação imediata do cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial do HMEM, e na maioria das vezes, é solicitada a avaliação simultânea do fonoaudiólogo com área de atuação em motricidade orofacial. A partir desta avaliação, podem ser solicitadas avaliações adicionais de outras áreas da equipe multidisciplinar, conforme decisão compartilhada entre o cirurgião, o pediatra e o fonoaudiólogo. Durante todo o processo, a equipe multiprofissional acompanha o paciente dentro do hospital. O mesmo acontece com os usuários oriundos de outros serviços. Cabe destacar que, atualmente, o HMEM é um hospital materno infantil, disponibilizando atendimento apenas às mulheres e aos pacientes do sexo masculino até a adolescência. Só há vagas de leitos para o sexo feminino, dificultando as intervenções em pacientes do sexo masculino que não foram realizadas as primeiras cirurgias recomendadas ainda na infância.

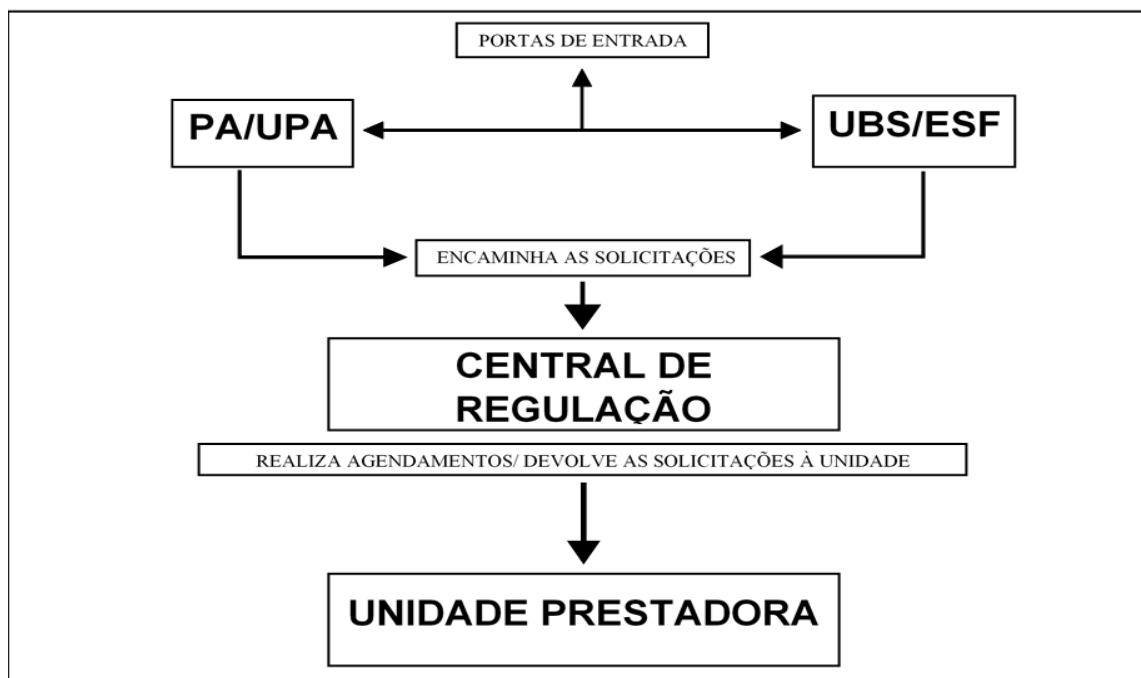
Na Atenção Básica, há o acompanhamento das gestantes da área de abrangência de cada ESF, pelo trabalho conjunto entre agente comunitário de saúde (ACS), enfermeira e equipe como um todo. Nos casos identificados como alto risco, a gestante é encaminhada para o HMEM, nos demais casos, o pré-natal é realizado na própria ESF (Figura 2).

Concomitantemente ao atendimento das pessoas com FLP no HMEM, o CEO passou a oferecer o serviço de ortodontia para o atendimento dos pacientes com FLP com residência fixa no município, in-

felizmente ainda não há pactuação com os municípios da região. São atendidos usuários encaminhados pelo serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do HMEM e os casos de demanda espontânea provenientes da rede municipal. O atendimento clínico é realizado pela especialidade odontologia para pacientes com necessidades especiais (PNE). As demais especialidades presentes no CEO colaboram de forma ainda reduzida na reabilitação da pessoa com FLP.

Figura 2 - Fluxograma da Central de Regulação no município de Vitória da Conquista, Bahia. 2020.

Figura 2. Fluxograma da Central de Regulação no município de Vitória da Conquista, Bahia. 2020.



Fonte: adaptado do Plano Municipal de Saúde, Vitória da Conquista, Bahia. 2014.

Fonte: Adaptado do Plano Municipal de Saúde, Vitória da Conquista, Bahia. 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário nacional a rede de atenção à pessoa com FLP cresceu no país desde a criação do SUS, contudo, a concentração dos serviços nas regiões Sudeste e Sul, e nos grandes centros urbanos, dificulta o acesso e mantém as iniquidades de saúde. A região Nordeste é a que possui o maior número de estados e atualmente tem somente cinco centros de referências habilitados pelo MS, sendo o mais recente cadastrado na Paraíba em 2019.

Na Bahia, ainda que sejam necessários estudos epidemiológicos que aprofundem os dados sobre a distribuição da prevalência da FLP no estado, bem como monitoramento e avaliação dos serviços existentes, devido à sua extensão territorial e população, verifica-se a necessidade de revisão da portaria de habilitação vigente, e habilitação de novos centros na rede de atenção do MS. Por já apresentar um serviço de cirurgia e de atenção multidisciplinar à pessoa com FLP, o Hospital Municipal Esaú Matos, em Vitória da Conquista, tem potencial para se tornar um destes serviços de referência e ampliar o acesso, o escopo e a qualidade dessa atenção. Esse serviço não só atenderia a cidade de Vitória da Conquista, mas toda a macrorregião da qual o município é polo.

As medidas de austeridade adotadas pelo governo brasileiro nos últimos cinco anos, particularmente com a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016 (BRASIL, 2016), que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos, bem como o agravamento da crise política, econômica e sanitária decorrente da pandemia do novo coronavírus no ano de 2020, restringe muito a expectativa dos municípios e estados em implantação de novos serviços. Recomenda-se a comunidade de Vitória da Conquista e região o acompanhamento desse cenário e cobrança aos gestores públicos e demais atores sociais através dos espaços de participação e controle social do SUS. A

aproximação com universidades públicas da região para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão na área também pode contribuir no enfrentamento do problema da FLP, qualificando as ações, os serviços e a vida dessa população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. F. L.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 73-85, 2019.

ALMEIDA, A. M. F. L.; CHAVES, S. C. L.; SANTOS, C. M. L.; SANTANA, S. F. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, vol. 41, n. especial, p. 156-166, 2017. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/>. Acesso em: 02 set. 2020.

ALONSO, N.; TANIKAWA, D. Y. S.; LIMA JUNIOR, J. E.; ROCHA, D. L.; STERMAN, S.; FERREIRA, M.C. Cleft lip and palate: protocol of multidisciplinary team treatment and longitudinal follow up of 91 consecutive patients. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 176-81, 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. *Hospitais Estaduais*. Salvador, BA. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/hospitais/> Acesso em: 02 de set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS nº 126, de 17 de setembro de 1993*. Cria grupos e procedimentos para tratamento de lesões labiopalatais na tabela SIH/SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 1993. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_lab_p/SAS_P126_93alta_ab_p.doc. Acesso em: 18 de ago. 2018.

_____. *Portaria SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994*. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 abr. 1994. Disponível: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_lab_p/SAS_P62_94alta_lab_p.doc. Acesso em: 18 de ago. de 2018.

_____. e-Gestor. *Histórico de cobertura das equipes de saúde da família e das equipes de saúde bucal no município de Vitória da Conquista, Bahia*.

Vitória da Conquista. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/> Acesso em: 02 set. 2020.

_____. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*, 2020. Brasília. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/> Acesso em: 02 de set. 2020.

BRASIL. Senado Federal. *Projeto de Lei nº 385 de 2018*. Brasília. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134203/pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Câmara de Deputados. *Projeto de Lei nº 1772 de 2015*. Brasília. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1301473>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Emenda Constitucional Nº 95*, de 15 de dezembro de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 02 set. 2020.

CAMPOS, B.; SUSANIBAR, F.; CARRANZA, C. A.; OLIVEIRA, N. C. *Embriologia do Sistema Estomatognático*. In: SUSANIBAR, F. et al. *Motricidade Orofacial: fundamentos neuroanatômicos, fisiológicos e linguísticos*. (Ed.): Book Toy, Ribeirão Preto, v. 1, 2015. p. 23-60.

CARVALHO, R. M. *Reparo do defeito alveolar com proteína morfogenética óssea (rhBMP-2) em pacientes com fissura labiopalatina*. 2011. HRAC, Universidade de São Paulo, Bauru, 2011.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. C. M. D.; ALMEIDA, A. M. F. L. Política de atenção à fissura labiopalatina: a emergência do Centrinho de Salvador, Bahia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 591-610, 2016.

COUTINHO, A. L. F.; LIMA, M. C.; KITAMURA, M. A. P.; NETO, J. F.; PEREIRA, R. M. Perfil epidemiológico dos portadores de fissuras orofaciais atendidos em um Centro de Referência do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9, p. 149-156, 2009.

COSTA, V. C. R.; SILVA, R. C.; OLIVEIRA, I. F.; PAZ, L. B.; POGUE, R.; GAZZONI, L. et al. Aspectos etiológicos e clínicos das fissuras labiopalatinas. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. Brasília, v. 7 n. 2 p. 258-268. 2018.

FILHO, H. N.; MORAES, N.; ROCHA, R. G. F. D. Contribuição para o estudo da prevalência das máis formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev. Fac. Odont. S. Paulo*, v. 6, n. 2, p. 17, 1968.

SUMÁRIO

FRANÇA, C. M. C. D. *Incidência das fissuras lábio-palatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville/SC no período de 1994 a 2000*. 2002. Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FREITAS, M. D. C. A.; BATISTA, T. S.; PEREIRA, M.C.G.; BRANDÃO, M.M.; MARIANETTI, L. V. S.; ALMEIDA, P. P. Epidemiological study of cleft lip and palate in Bahia. *Revista Uningá*, Maringá n. 37, p. 13-22, 2013.

LORENZZONI, D. *Avaliação do sistema de referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina*. 2007. Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MARTELLI, D. B. R.; MACHADO, R. A.; SWERTS, M. S. O.; RODRIGUES, L. A. M.; AQUINO, S. N.; JUNIOR, H. M. Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Braz J Otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 116-120, 2012.

MARANHÃO, S. C. *Análise clínico-epidemiológica das fissuras lábio-palatinas no Estado da Bahia*. 2014. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2014.

MONLLEÓ, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 913-922, 2006.

NEVILLE, B. W. *Oral & Maxillofacial Pathology*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

REBOUÇAS, P. D.; MOREIRA, M. M.; CHAGAS, M. L. B.; FILHO, J. F. C. Prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 39-41, 2014.

SANDRINI, F. A. L.; JUNIOR, A.C.C.; BELTRÃO, R.G.; PANARELLO, A.F.; ROBINSON, W.M. Cleft Lip and Palate in Twins: a Case Report. *Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Camaragibe, v. 5, n. 4, p. 43-48, 2005.

SANDRINI, F. A. L.; ROBINSON, W.; M.; PASKULIN, G.; LIMA, M.C. Family study in orofacial clefts associated anomalies patients in the Serviço de Defeitos de Face of Pontifícia Universidade Católica of Rio Grande do Sul. *Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Camaragibe, v. 6, n. 2, p. 57-68, 2006.

SUMÁRIO

SOUZA-FREITAS, J. A.; DALBEN, G. S.; FREITAS, P. Z.; SANTAMARIA-JR, M. Tendência familiar das fissuras lábio-palatais. *R Dental Press Ortodon. Ortop. Facial*, Maringá, v. 9, n. 4, p. 74-78, 2004.

SOUSA, G. F. T. D. *Fissuras labiopalatinas no Brasil: prevalência e fatores associados ao retardo do tratamento cirúrgico primário no Sistema Único de Saúde*. 2017. Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SOUZA, J.; RASKIN, S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 137-44, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642423> >. Acesso em: 02 set. 2020.

VITÓRIA DA CONQUISTA. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. 122 p.

WELLICHAN, D. S. P. *Comportamento informacional de profissionais no domínio da saúde: um estudo junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo*. 2015. Faculdade de Filosofia e Ciência, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2015.

SUMÁRIO



12

Fernanda Amorim Helfenstein
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil. Em 1994, foi criada como programa focal de atenção básica a populações marginalizadas do Nordeste brasileiro, sendo que em 1998 foi reformulada no sentido de ser a estratégia de reorganização da atenção primária à saúde e de todo o sistema público de saúde.

A reorientação de modelo tecno-assistencial proposta pela ESF caracteriza-se pelo deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas tomadas em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde, propondo assim, uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção das doenças, promoção e assistência à saúde, visando à produção de novos modos de cuidado (CUNHA, 2013).

O modelo de Vigilância em Saúde (VS) fundamenta a Estratégia de saúde da família uma vez que as ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador fazem parte da VS, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos. Portanto, a Vigilância em Saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde (DOBASHI, 2011).

Conhecer o território é essencial em saúde pública e a territorialização é um pressuposto básico do Programa de Saúde da Família e está em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, como regionalização e descentralização. A política nacional de atenção básica conceitua o território como único e que deve ser entendido para estruturar o planejamento Integrado das ações em saúde. Este

conhecimento se faz de diferentes formas através da geografia local, bem como o “território processo”, este em permanente construção, produto da dinâmica social (BRASIL, 1997).

Historicamente, os serviços públicos de saúde bucal no Brasil não se organizaram de forma a responder as necessidades da população. Entretanto, as ações de saúde bucal, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm se ampliando, como a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB), como parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente, nesse contexto, avançou na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo, propondo um modelo centrado nas efetivas necessidades de saúde da população, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos (SÁ *et al.*, 2015; SCARPARO *et al.*, 2015).

A saúde bucal na ESF representa a estratégia para a implantação de um novo modelo de Atenção Básica à saúde bucal, que se fundamenta no estabelecimento de territórios para o cuidado prioritário, controle das doenças bucais e seu impacto epidemiológico em médio e longos prazos (CORRÊA, 2015).

Neste sentido, os serviços de saúde bucal na ESF devem se organizar de tal forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreio de doenças e educação em saúde. Cuidados dirigidos a uma população específica incluem, além da atenção ao indivíduo, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, o planejamento das intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas para a população e um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas. Assim, adentrar o cotidiano da população requer dos cirurgiões-dentistas da ESF um olhar qualificado para a identificação destes problemas e exige a utilização de um conjunto de tecnologias adequadas para se lidar com eles (SARTI *et al.*, 2012).

SUMÁRIO

A utilização da territorialização como instrumento para o planejamento das ações em saúde bucal, tem como alicerce o modelo de vigilância em saúde que justifica sua atuação na qualificação do cuidado, uma vez que o diagnóstico situacional da população e do território adscrito permite que as formulações das ações em saúde sejam planejadas de forma direcionada e específica ao público de abrangência. Entendendo que a odontologia é um campo recente na saúde pública e existe uma grande demanda reprimida, ferramentas de planejamento para a gestão de atividades de promoção e prevenção específicas ao território adscrito visam beneficiar a população, através da ampliação da oferta, qualificação do atendimento e diminuição de agravos irreversíveis, gerando como consequência diminuição de custo para o governo em tratamentos reabilitadores. Assim, o presente capítulo analisou a produção científica sobre territorialização como ferramenta de gestão das práticas de planejamento, promoção e prevenção em saúde bucal, propondo estratégias de planejamentos para qualificação das ações em promoção e prevenção em saúde bucal.

METODOLOGIA

O presente capítulo realizou uma revisão de literatura integrativa na qual foram utilizados a base de dados do Scielo, Medline, Lilacs, Bireme e a ferramenta de busca Google Acadêmico. Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram: território (*territory*), planejamento (*planning*), saúde pública (*public health*), saúde bucal (*oral health*), Atenção primária à saúde (*primary health care*) e Vigilância em Saúde (*health surveillance*) usando a preposição de associação “e”/ “AND”, “território (*territory*) e (*and*) planejamento (*planning*) em saúde pública (*public health*)/ saúde bucal (*oral health*)/ Atenção primária a saúde (*primary health care*)”, “território (*territory*) e (*and*) Vigilância em Saúde (*health surveillance*).

Os critérios de inclusão, por se tratar de uma temática ainda pioneira na literatura, foram trabalhos que apresentaram no mínimo um descritor no título, nos idiomas português, inglês e espanhol e que durante a leitura apresentassem associação da territorialização com planejamento, gestão e saúde. Os critérios de exclusão foram artigos que não apresentaram nenhum descritor no título e que não faziam associação da relação território, planejamento, gestão e saúde. Acrescido a busca, informações foram coletadas do caderno da Política Nacional da Atenção Básica e de biografias chaves para definição de conceitos. Após selecionados, os artigos foram analisados conforme o ano, o periódico de publicação e o local de publicação.

Todos os dados obtidos nessa análise foram tabulados e dispostos em formatação de tabela. Os conceitos ou lastros epistemológicos necessários para a estruturação do presente estudo, foram aprofundados no Marco Referencial (Território e Territorialização; A territorialização na Saúde Pública; e A Territorialização como ferramenta de planejamento e Gestão na Atenção Primária a Saúde e na Saúde bucal).

MARCO REFERENCIAL

Território e Territorialização

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra 'pedaço de terra apropriada'. O termo apropriação gera uma dupla conotação, material e simbólica. Tem relação com dominação (jurídico-política) e econômica e segregação da população com base no território apropriado (HAESBAERT, 1997, 2005; SOUZA; PEDOM, 2007).

A concepção de território que mais atende às necessidades de análise das ciências sociais e humanas é a sociopolítica. Só é possível

falar em demarcação ou delimitação em contextos nos quais existia uma pluralidade de agentes (NUNES, 2006). Portanto, a noção de território é decorrência da vida em sociedade, ou ainda, “os territórios [...] são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos” (SOUZA, 1995, p. 87).

O processo de territorialização pode ser entendido com um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma, caracteriza-se como um dos produtos sócio espaciais das contradições sociais sob a tríade econômica, política e cultural (EPC), que determina as diferentes territorialidades no tempo e no espaço – as des-territorialidades e as reterritorialidades. Por isso, a perda ou a constituição dos territórios nasce no interior da própria territorialização e do próprio território. Ou seja, os territórios encontram-se em permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução (SAQUET, 2003).

Nos últimos 30 anos houve o ressurgimento e o interesse pela categoria território como vertente da aproximação histórica entre os campos da saúde coletiva e da geografia. No Brasil essa associação tem sido positiva e bastante expressiva, sobre o estado de saúde das populações (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000), para em seguida, ser incorporado pelo Sistema Único de Saúde como elemento estratégico para a reorganização dos serviços e a integralidade das práticas. (MONKEN, 2003; MONKEN; BARCELLOS, 2005, 2007; GONDIM *et al.*, 2008).

Vem sendo destacada, em vários documentos normativos do Ministério da Saúde (MS), a importância da rede de atenção à saúde estar organizada em base territorial, de modo a assegurar a efetividade da política, a eficiência das ações e a eficácia dos sistemas de saúde local. Apesar da considerável produção teórica acumulada no campo da saúde coletiva e das ciências sociais acerca da estreita relação entre os processos de produção e reprodução social e as configurações territoriais, a associação entre espaço, contextos de

vida e o processo a saúde-doença e, a necessidade do trabalho em saúde se desenvolver em territórios delimitados, há uma enorme polifonia acerca do conceito e pouca clareza sobre seus conteúdos e potencialidades (MONKEN; BARCELLOS, 2005; PEREIRA; BARCELLOS, 2006; GONDIM *et al.*, 2008; GONDIM, 2008; MONKEN *et al.*, 2008; ROJAS; BARCELLOS, 2003).

A territorialização na Saúde Pública

A territorialização é de essencial importância no âmbito da saúde pública, sendo um dos pressupostos básicos do trabalho do Programa de Saúde da Família (BARCELLOS, 2003; PEREIRA, 2006). Assim, tem-se como conceito primário de território o qual o define como espaço físico que está dado e completo (MENDES, 2007). Nesta concepção são exclusivamente os critérios geográficos que definem este território-solo. Entretanto, existe outra interpretação de território que seria um processo em permanente construção, produto da dinâmica social na qual se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária (BELO HORIZONTE, 2010). O último enfoque abordado implica que o território sanitário, além de um território geográfico, envolve também território cultural, social e político, sendo denominado território-processo.

Quando se analisa o processo de territorialização, verifica-se que ele está em acordo com importantes princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como: regionalização e descentralização (BRASIL, 1988). Segundo a portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o processo de regionalização contempla uma lógica de planejamento integrado, compreendendo noções de territorialidade. A mesma portaria prevê que a descentralização implica transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais. Assim, o conhecimento do território é uma ferramenta que permite atuação coerente com a legislação e programas nacionais vigentes (NOGUEIRA, 2015).

Os Sistemas de Saúde também se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição do território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993). A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MONKEN, 2005).

O território também é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso,

SUMÁRIO

permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde orientado por categorias de análise de cunho geográfico. Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (MONKEN, 2005; PEREIRA, 2006).

A visualização de informações através da territorialização traz subsídios ao processo de vigilância e atenção à saúde através dos mapeamentos das áreas de riscos e dos serviços de saúde. Através de mapas, podem-se sobrepor dados socioambientais e sanitários que permitam uma melhor focalização de problemas, facilitando assim o planejamento de ações por parte tanto do poder público quanto da população local). No caso do PSF, a estrutura das unidades espaciais do programa, o conteúdo e a organização dos dados demográficos, epidemiológicos e sociais coletados e analisados pelo programa, revelam a capacidade de refletir sobre seu território de atuação. No PSF e, portanto, segundo o SIAB, a principal fonte de informação é a família. Todos os demais dados gerados pelos sistemas são agregações posteriores desse nível mínimo de coleta de dados. Os níveis superiores correspondem à microárea, área, segmento e município, através dos quais os dados podem ser agregados para a geração de relatórios (BRASIL, 1997).

A microárea é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente comunitário de saúde. A área no Programa de Saúde da Família é formada pelo conjunto de microáreas, nem sempre contíguas onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas. Em outros documentos do PSF define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias (BRASIL, 1997). Outra unidade considerada é a área de abrangência da Unidade de Saúde. Apesar de comumente não ter delimitação precisa, as Unidades de Saúde, em geral conhe-

cem o território onde vive a população que atendem. A última unidade é chamada “segmento territorial” considerado um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, ou a uma Zona de informação do IBGE, ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e a avaliação em saúde.

A territorialização como ferramenta de planejamento e gestão na Atenção Primária a Saúde e na Saúde Bucal

A atenção primária à saúde (APS) vem se afirmando como estratégia de organização do sistema de saúde e forma de resposta às necessidades de saúde da população, nesse contexto o território passa a ser determinante sobre o processo de gestão da saúde. Como estratégia nacional para a atenção básica, denominada, a partir de 2006, Estratégia de Saúde da Família (ESF), suas diretrizes passam a se contrapor ao modelo de atenção vigente, baseado na lógica curativa e medicalizante, propondo uma atenção centrada na família e no território. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 1997; PEREIRA, 2006; CUNHA, 2013).

Os serviços de saúde da família devem se organizar de tal forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreamento de doenças e educação em saúde. Cuidados dirigidos a uma população específica incluem, além da atenção ao indivíduo, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, o planejamento das intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas para a população e um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas (SARTI *et al.*, 2012).

A regulamentação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família somente ocorreu por meio da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2003, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios (PIMENTEL *et al.*, 2010).

A Saúde Bucal contemplaria princípios como universalização e integralidade, em 2004, quando foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, que propõe reorientar a assistência pela promoção de saúde como eixo do cuidado; universalizar acesso a serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado; e contemplar todos os níveis de atenção (integralidade) ao instalar os CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) e os LRPD (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária). O cuidado em saúde bucal no serviço público deixa de ser restrito à atenção básica para escolares e gestantes, pois a PNSB amplia o acesso a serviços, principalmente por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e pela abertura dos CEO. Decorrida uma década, o desafio que persiste é construir cuidado em saúde bucal coerente com os princípios do SUS (MOURA *et al.*, 2013; AQUILANTE, 2015).

Entretanto, para a requalificação do cuidado e organização da demanda acumulada nos serviços, recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado, utilizando-se um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações, baseada no território adscrito. A rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação. Para concretizar a inserção da odontologia

no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando seus princípios “sagrados” de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização. Entretanto, observa-se que o histórico das práticas do cirurgião-dentista (CD) se caracteriza pela intervenção individual e meramente clínica para uma clientela reduzida, ocorrendo, por demanda espontânea, o que ainda é muito visto nos serviços públicos, incluindo o PSF. Esse tipo de assistência reproduz o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada, com ênfase na doença. As equipes de saúde bucal ainda encontram dificuldades para realizar atividades como visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência (SARTI *et al.*, 2012).

Os serviços públicos de saúde bucal no Brasil não se organizaram de forma a responder as necessidades da população. Diversos documentos oficiais enfatizam a importância do planejamento e orientam como realizá-lo na APS. No Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, de 2015 o planejamento aparece como uma das atribuições comuns aos profissionais de Saúde Bucal da Saúde da Família, sendo estas a participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família. O planejamento é o instrumento que permite a consolidação dos princípios que regem o SUS, por estar voltado à promoção de melhorias das condições de saúde e vida, o que torna as atividades de promoção e prevenção específicas ao público alvo e consequentemente mais eficazes (SÁ *et al.*, 2015).

SUMÁRIO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das produções

O desenvolvimento do presente estudo incluiu 33 trabalhos, publicados entre os anos de 1994 e 2017, sendo que cerca de metade das publicações ocorreu no período de 2011 a 2015, com 16 trabalhos (49%), conforme observado na Tabela 1. O quadro 1 apresenta os autores, títulos e ano de publicação dos trabalhos selecionados.

Tabela 1 - Caracterização dos trabalhos (n=33) sobre territorialização selecionados segundo ano de publicação, periódico e região de origem do trabalho.

Categories	n	%
Ano de publicação		
Até 1999	3	9,1
Entre 2000 e 2005	7	21,2
Entre 2006 e 2010	6	18,2
Entre 2011 e 2015	16	48,5
A partir de 2016	1	3,0
Identificação da publicação		
Ciência & Saúde Coletiva	6	18,2
Cadernos e Cartilhas do Ministério da Saúde	4	12,1
Cadernos de Saúde Pública	3	9,1
Cadernos de Saúde Coletiva	1	3,0
Saúde e Debate	1	3,0
<i>Revista Cubana de Salud Publica</i>	1	3,0
Revista Pública do SUS	1	3,0
Revista Território, Ambiente e Saúde	1	3,0
Revista de APS	1	3,0

Caderno Prudentino de Geografia.	1	3,0
Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros	1	3,0
Outros (não informado)	12	36,4
Região de Publicação		
Nordeste	03	9,1
Centro-Oeste	05	15,2
Sul	04	12,1
Sudeste	19	57,6
Outro país	01	3,0
Não Informado	01	3,0

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

Quadro 1 - Publicações selecionadas sobre estratégias de territorialização.

Trabalho	Ano
AQUILANTE A.G.; ACIOLE G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso.	2015
BARCELLOS, C. A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais?	2003
BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.	1997
BRASIL. Programa de Saúde da Família (PSF).	1994
CPqAM, Proposta de implantação de um Sistema de Informações Geográficas para apoio ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família. Recife.	2003
CORRÊA G.T.; CELESTE R.K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011.	2015
CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory.	2013
CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica.	2000
DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades.	2015
DOBASHI, B. Vigilância em Saúde, Parte I. Para entender a gestão do SUS. 1.	2011
FUJII, E.C. Planejamento das ações da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família no município de Florianópolis (SC) por meio da classificação de risco da população.	2015

SUMÁRIO

GADELHA, C.A.G. <i>et al.</i> Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento.	2011
GONDIM, G.M.M <i>et al.</i> O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.	2008
GONDIM, G.M.M. Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?	2011
HAMIDA H.M. Política Nacional De Atenção Básica.	2017
HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território.	2005
HAESBAERT, R. Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste.	1997
MALTA, D.C <i>et al.</i> A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde.	2013
MENDES, E. V. Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde.	2007
MONKEN, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde.	2003
MONKEN, M, BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado.	2005
MONKEN, M; BARCELLOS, C. O Território na promoção e vigilância em saúde.	2007
MOREIRA, R.S. <i>et al.</i> A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada.	2007
MOURA, M.S, <i>et al.</i> Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí.	2013
NOGUEIRA, P.M.; RESENDE, L. M. The importance of knowledge of the territory in planning health practices.	2013
NUNES, PH.F. A influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território.	2006
PEREIRA, M.P; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família.	2006
PIMENTEL, F.C, <i>et al.</i> Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE).	2010
ROJAS, L.I; BARCELLOS, C. Geografía y salud em américa latina: evolución y tendencias.	2003
SÁ, C.R. <i>et al.</i> Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática.	2015
SAQUET, M.A. Os tempos e os territórios da colonização italiana.	2015
SARTI T.D. <i>et al.</i> ; Evaluation of health planning activities by family health teams.	2012
SCARPARO A. <i>et al.</i> Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro.	2015

Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

Ao observar os periódicos nos quais foram publicados os artigos, não houve nenhum em revistas de odontologia, esse resultado ratifica a odontologia como um campo recente na saúde pública, e a necessidade de incentivo de estudos no campo de Planejamento e Gestão. A maioria das publicações foram feitas nos periódicos: Ciência & Saúde Coletiva (06 produções), Cadernos e Cartilhas do Ministério da Saúde (04 produções) e o Caderno de Saúde Pública (03 produções). O envolvimento da temática com o campo da geografia, ao associar a terminologia território, propiciou a seleção de artigos publicados em revistas cuja temática é a geografia como (Caderno Prudentino de Geografia e Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros). Entre os selecionados, 12 trabalhos foram encontrados em formato de tese e dissertações e, por esse motivo, não houve identificação de um periódico.

Os dados referentes aos estados aonde foram realizados os estudos demonstraram que o Sudeste concentra a maioria das publicações, (n=19, 57,6%), seguida pela região Centro-Oeste (n=5), Sul (n=4) e Nordeste (n=3). Não houve publicações referentes à região norte, por isso a mesma não foi incluída na tabela. Houve ainda uma publicação de âmbito internacional (Cuba) e uma cuja região ou país não foi identificado (Tabela 1).

Saúde da Família

A terminologia território e sua gama de conotações e significados perpassam por termos geográficos, políticos, sociais, culturais e econômicos. O território como categoria geográfica rica em conteúdo social, político e cultural, quando mencionada em qualquer dos artigos selecionados, simplesmente destacam o caráter físico ou locacional, referindo-o a uma delimitação político-administrativa definida pela gestão da saúde, destituindo-o de sua força operativa de seu sentido relacional. Limita-se a descrevê-la como um palco/receptáculo onde ações acontecem, no

qual se faz necessário agregar mais ações de saúde, de modo padronizado e normatizado, com pouca ou baixa participação dos demais agentes do espaço que produzem e usam o território (GONDIM, 2011).

A ênfase dada ao termo “território” no campo da saúde ganhou êxito a partir da criação do Sistema único de saúde, e das diretrizes que ordenam o funcionamento e regimento do SUS. Como estratégia nacional para a atenção básica, denominada, a partir de 2006, Estratégia de Saúde da Família (ESF), suas diretrizes passam a se contrapor ao modelo de atenção vigente, baseado na lógica curativa e medicalizante, propondo uma atenção centrada na família e no território. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (PEREIRA, 2006; CUNHA, 2013).

As dificuldades de gestão na Estratégia de Saúde da Família

A partir do que é proposto pelo SUS na teoria e o que ocorre na prática, Gadelha (2011), levanta uma questão sobre a eficácia desse modelo visto que tem como objetivo maior a expansão do acesso à saúde (universalidade e integralidade), a atenção às necessidades locais, a participação social e o uso eficiente dos recursos. No entanto, segundo a experiência brasileira (BRASIL, 1994) revela a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo, sendo esta continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais. Por sua vez, a análise da trajetória da descentralização da saúde reflete as contradições e os impasses na construção do enfoque regional desta política que tem como questão central a organização das ações e serviços no território.

Apesar dos avanços na saúde nos últimos 20 anos, alicerçados em bases teóricas sólidas da Reforma Sanitária, o setor padece de problemas organizacionais, gerenciais e operacionais, andando a uma nova reorganização de seu processo de trabalho e de suas estruturas gerenciais nas três esferas de gestão do sistema, de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, delineadas pela tríade econômico-política globalização, mundialização e neoliberalismo (DICIONÁRIO EDUCAÇÃO DA PROFISSÃO EM SAÚDE, 2009)

Estudo de David e cols. (2015), busca no seu artigo mensurar a eficiência em saúde (relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado) ou seja refere-se à capacidade de um sistema de funcionar com menores custos sem sacrificar os resultados, com vistas a obter a melhor relação de custo-efetividade possível e constatou que são poucos os estudos que avaliam a eficiência em saúde no Brasil. A maioria dos artigos realizados recentemente refere-se à avaliação de ações, procedimentos e serviços de saúde específicos, com média e alta complexidade.

O planejamento em saúde

A exclusiva alusão à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação destes territórios, limita a eficácia das ações de planejamento em saúde. Apesar de ter como objetivo melhorar as condições de saúde da população através de ações voltadas à família e à comunidade e atuar nesse espaço vivido, os critérios de homogeneidade, contiguidade e compatibilidade com outras divisões do espaço geográfico não têm sido observados ou são deixados num segundo plano quando do desenho dos seus territórios (CPqAM, 1999).

A literatura é unânime ao relacionar a territorialização como ferramenta primordial para o desenvolvimento e planejamento da gestão em saúde, no entanto, o sistema de saúde do Brasil ainda carece de problemas. Segundo, Malta e cols. (2016), mais da metade da população brasileira refere estar cadastrada nas unidades de saúde da família, sendo maior na área rural (quase dois terços da população) comparada com a urbana. A região Nordeste apresentou o maior percentual, seguida da Sul, o Sudeste teve a menor proporção. As Unidades da Federação com maiores proporções de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família foram em Tocantins, acima de 90%, Paraíba e Piauí, acima de 80%, e a menor no Distrito Federal. Dentre as capitais, Brasília e Salvador apresentaram os menores percentuais, cerca de 15%, e Palmas tem a maior proporção, cerca de 90%. Os valores de cobertura da PNS foram semelhantes aos registros administrativos do DAB, apontando a consistência dos dados administrativos, quando comparados aos reportados pelos usuários. Destacamos ainda o crescimento na cobertura da ESF em mais de 10% no país.

Vale ressaltar que o SUS é um sistema de saúde, historicamente “recente” e que comparado aos anteriores regentes no Brasil e atuais no mundo apresenta grande potencial de qualidade. Os avanços obtidos com a implantação e expansão da ESF nos municípios brasileiros são muitos, incluindo a expansão do acesso da população aos serviços de saúde, a promoção da equidade em saúde, a redução das taxas de mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, uma melhor avaliação da ESF por parte dos usuários quando comparada com serviços tradicionais de atenção primária à saúde, a melhoria do cuidado a diversas condições de saúde e uma maior participação da população na gestão dos serviços de saúde (SARTI *et al.*, 2012).

As dificuldades enfrentadas, perpassem todos os modelos de saúde, mas é sábio qualificar a territorialização como instrumento do

SUMÁRIO

planejamento de atividades de promoção e prevenção quando realizada conforme proposto nas diretrizes fundamentais do SUS.

Planejamento em Saúde Bucal

Foi encontrado apenas um artigo que relacionasse de forma direta a territorialização e as atividades de saúde bucal. Fujii (2015) aborda a territorialização e o mapeamento da área como papéis previstos na carteira de serviços do cirurgiões-dentistas e auxiliares inseridos na Atenção Básica, e ratifica que o planejamento das ações e serviços das Equipes de Saúde Bucal baseado no levantamento das demandas da população, priorizando a atenção à saúde àqueles que apresentam mais necessidades, é essencial para a qualificação do acesso ao atendimento odontológico.

O baixo quantitativo de artigos que relacionem territorialização e planejamento em saúde bucal pode ser justificado pela recente inserção das eSB na estratégia de saúde da família e mesmo assim, não pertencente a equipe mínima. O modelo tecnicista da odontologia também interfere na valorização do território como fonte de informação, apesar dos avanços relacionados às atividades de promoção e prevenção. Essas ações ainda são desvalorizadas em relação ao procedimento técnico, bastante cobrado pela população e contraditoriamente pelo governo. Outra justificativa é a demanda reprimida de necessidades clínicas acumuladas e a falta de profissionais qualificados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos resultados pode-se afirmar que existe a necessidade de ampliação de estudos que qualifiquem as atividades de promoção e prevenção visto que são as grandes responsáveis pela me-

lhora de indicadores de saúde através do planejamento em saúde direcionado a necessidade da população, conhecendo o território adscrito.

No entanto, para que a territorialização gere sentido é fundamental a articulação entre os diversos pontos da rede, desde o planejamento à gestão e qualificação profissional, a ampliação do olhar dos profissionais de saúde, em especial do cirurgião – dentista, frente a essa ferramenta é substancial para o sucesso do modelo proposto na estratégia de saúde da família.

Em suma, o processo de territorialização gera subsídio para a caracterização populacional e é uma ferramenta importante para o planejamento estratégico em saúde bucal, no entanto pouco são ainda os estudos na literatura que relacionam o território com as atividades/práticas odontológicas, existindo assim a necessidade de mais pesquisas que aprofundem essa temática.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 239-248, 2015.

BARCELLOS, C. A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais? *Caderno Prudentino de Geografia*, Presidente Prudente, v. 25, p. 29-43, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família (PSF)*. Brasília: MS. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS. 1997.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373*, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2588-2598, dez, 2015.

CPqAM. *Proposta de implantação de um Sistema de Informações Geográficas para apoio ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Programa de Saúde da Família. Recife, 2003.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. Home visits within the Family Health Strategy: the challenges of moving into the territory. *Interface -Comunic., Saude, Educ.*, v.17, n. 44, p. 61-73, jan./mar., 2013.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, 2000.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 232-245, dez 2015.

DICIONÁRIO EDUCAÇÃO DA PROFISSÃO EM SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. <[Http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html](http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html)>. Acesso em 18 abr. 2020. Acesso em 18 abr. 2020.

DOBASHI, B. *Vigilância em Saúde - Parte I: Para entender a gestão do SUS*. 5. ed. Brasília, 2011.

FUJII, E. C. *Planejamento das ações da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família no município de Florianópolis (SC) por meio da classificação de risco da população*. Monografia. Florianópolis: UFSC, 2015. <[Https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/169790](https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/169790)>. Acesso em: 23 ago. 2020

GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GONDIM, G. M. M. *Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?* Rio de Janeiro: s.n., 2011. 256 f., il., graf., mapas.

GONDIM, G. M. M. *et al.* O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org's.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p. 23-42.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S; SAQUET, M. A. (Org's.). *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, p. 87-120, 2005.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

HAESBAERT, R. *Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste*, Niterói: EdUFF, 1997.

HAMIDA, H. M. *Política Nacional de Atenção Básica*. BSB: Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MENDES E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário, *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, n. 10: 7-19, Brasília, OPS, 1993.

MENDES, E. V. *Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O. Território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org's.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MOREIRA, R. S. *et al.* A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007.

MOURA, M. S. *et al.* Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 2, p. 471-480, 2013.

NOGUEIRA, P. M.; RESENDE, L. M. The importance of knowledge of the territory in planning health practices. *Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS, Minas Gerais*, v. 3, n. 1, p. 37-42, 2013. <<http://revistageraisaude.mg.gov.br/index.php/gerais41/article/view/306/157>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

NUNES, P. H. F. A influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território. *Cuestiones Constitucionales*, n.15, jul-dez, 2006. <<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/cuestiones-constitucionales/article/view/5771/7598>>. Acesso em 23 ago. 2020.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010.

ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C. Geografía y salud em américa latina: evolución y tendencias. *Rev. cubana salud publica*, v. 29, n. 4, p. 330-343, 2003.

SÁ, C. R.; KUHNEN, M.; SANTOS, I. F *et al.* Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. *Rev. APS*, v. 18, n. 1, p. 92 – 101, jan/mar, 2015.

SAQUET, M. A. *Os tempos e os territórios da colonização italiana*. Porto Alegre: EST edições, 2003.

SARTI, T. D. *et al.* Evaluation of health planning activities by family health teams. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar, 2012.

SCARPARO, A.; ZERMIANI, T. C.; DITTERICH, R. G. *et al.* Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409-415, 2015.

SOUZA, E. A.; PEDON, N. R. Território e Identidade. *Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros*, Três Lagoas, v.1, n. 6, nov., 2007.

SUMÁRIO



13

Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho
Sônia Cristina Lima Chaves

**AUMENTANDO A ADESÃO
AO PRÉ-NATAL
ODONTOLÓGICO NA USF
SARAMANDAIA EM
SALVADOR, BAHIA:**
projeto de intervenção
e relato de experiência

APRESENTAÇÃO

A gestação gera mudanças de ordem física, psicológica e social na mulher, favorecendo a ocorrência de cárie e doença periodontal. Portanto, a gestante necessita de acompanhamento qualificado para que complicações sejam prevenidas. Poucas gestantes acessam os serviços odontológicos durante o pré-natal, salvo em casos de urgência, talvez por trazerem enraizados os conceitos de uma odontologia não profilática e meramente curativa, só necessária em casa de dor, infecção ou moléstia. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção e relatar algumas ações implementadas para o aumento da quantidade de consultas odontológicas às gestantes em uma área coberta pela eSB com capacitação e sensibilização da equipe de saúde da família, e criação de um grupo de gestantes multiprofissional com duração de seis meses e consultas odontológicas obrigatórias para gestante com substituição de faltosos na unidade de saúde da família (USF) de Saramandaia, no município do Salvador. A Intervenção foi parcialmente realizada. Das ações propostas, duas delas foram realizadas e pode-se observar que o trabalho de sensibilizar a equipe de saúde multiprofissional sobre a importância da do pré-natal odontológico atingiu resultados com aumento dos encaminhamentos. Surgiram, durante as ações educativas, dúvidas principalmente em relação à obrigatoriedade da consulta odontológica durante a fase gestacional. As demais ações, especialmente a de substituição de faltosos, ainda não foram totalmente implementadas. A equipe de saúde bucal deve ser parte integrante da assistência odontológica das gestantes, e o fluxo de encaminhamento entre os profissionais da atenção básica deve ocorrer de maneira contínua. Espera-se, com isso, permitir a consolidação de uma prática cotidiana de ampliação das ações de prevenção e reabilitação para esse grupo tão especial.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde(SUS), e é tida pelo Ministério da Saúde(MS) e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012a).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são características do processo de trabalho das equipes de atenção básica desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2012b).

Ainda contido nas diretrizes da PNAB, “é característica do processo de trabalho do Cirurgião dentista membro da equipe de saúde da família, realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento,

reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade”; dentre outras (BRASIL, 2012b).

Por serem um grupo de risco para doenças bucais, as gestantes são consideradas pacientes especiais (DUALIBI; DUALIBI, 1985, ROSSEL, 2001). A gestação, apesar de ser um processo fisiológico, gera mudanças de ordem física, psicológica e social na mulher (PEIXOTO *et al.*, 2011), favorecendo o aparecimento das patologias orais de maior frequência, ou seja, a cárie e a doença periodontal (ROSSEL, 2001). Portanto, a gestante necessita de acompanhamento qualificado para que complicações sejam prevenidas (PEIXOTO *et al.*, 2011).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

Para realizar o tratamento odontológico de gestantes, os cirurgiões dentistas devem conhecer as alterações sistêmicas de suas pacientes, bem como os principais cuidados no atendimento, a fim de instituir um plano de tratamento adequado (SILVA *et al.*, 2006).

Poucas gestantes acessam os serviços odontológicos durante o pré-natal, salvo em casos de urgência, talvez por trazerem enraizados os conceitos de uma odontologia não profilática e meramente curativa, só necessária em casa de dor, infecção ou moléstia. Gestantes relataram também, que o principal impedimento era a falta de motivação dos dentistas, somados ao medo do dentista, à dificuldade de acesso aos serviços, seja por falta de vagas no serviço público ou pela falta de condições financeiras para consultar o serviço privado, falta de tempo e falta de orientação do médico obstetra no encaminhamento ao dentista. Os autores concluíram que os fatores comportamentais, educacionais e

socioeconômicos contribuem para o desconhecimento das gestantes adolescentes sobre saúde bucal (AMORIM; COSTA; COSTA, 2011).

Apesar de haver vários trabalhos publicados defendendo o tratamento odontológico para essa parcela populacional e de haver estudos voltados a esse tema, é grande o tabu em torno do atendimento, tanto pelas próprias gestantes, quanto por parte dos cirurgiões-dentistas. Devido a vários adágios populares sem suporte científico, medos e falta de informação, ocorre uma não procura de atendimento odontológico durante a gravidez (MOIMAZ *et al.*, 2007).

Por outro lado, existe a recusa pura e simples de boa parte dos cirurgiões-dentistas em prestar serviços quando solicitados, por falta de conhecimento, competências e informação sobre o assunto (MOREIRA *et al.*, 2004).

O objetivo deste trabalho foi a modificação desse quadro local, através da capacitação e sensibilização da equipe de saúde da família, e criação de um grupo multiprofissional de gestantes com duração de seis meses na unidade de saúde da família (USF) de Saramandaia, no município do Salvador, aumentando assim a adesão por parte das gestantes ao pré-natal odontológico. Este estudo, igualmente, objetiva relatar a experiência da educação em saúde para um grupo de mulheres grávidas e profissionais da USF Saramandaia.

Nesta USF são atendidas 04 equipes de saúde, com suas devidas microáreas (MA), com um público total adscrito de aproximadamente 16.000 indivíduos, cada MA conta com 06 agentes comunitários de saúde (ACS). A população tem uma ótima aceitação da equipe. A maior parte dos usuários é proveniente de famílias com baixas condições socioeconômicas. Boa parte dos mesmos nunca teve acesso ao atendimento clínico em saúde bucal.

SUMÁRIO

A gravidez por si só, não propicia aumento na incidência de doenças bucais. Contudo, durante a gestação as variações hormonais, dietéticas e comportamentais tornam a mulher uma paciente de risco para algumas doenças, entre elas, a cárie e as doenças gengivais. Vale salientar que o que acontece neste período é o agravamento das consequências da má saúde bucal. Sendo assim, é necessário que se faça o acompanhamento odontológico qualificado durante a gravidez para que complicações sejam prevenidas. Muitas vezes, por diversos motivos citados anteriormente, estas mulheres não buscam os cuidados necessários através do pré-natal odontológico. Essa realidade demandou um projeto de intervenção em saúde bucal voltado especialmente para este grupo. Neste sentido, o presente capítulo formulou um plano de ação, utilizando-se do planejamento estratégico situacional, para aumentar a adesão ao pré-natal odontológico das gestantes acompanhadas durante a gravidez, na unidade de saúde da Família da USF Saramandaia em Salvador, Bahia no período de julho a dezembro de 2018, contribuindo para melhorar a atenção a saúde destas. Além disso, foi feito um breve relato de experiência sobre o início de sua implementação.

SUMÁRIO

MARCO REFERENCIAL

A gestação o ciclo de vida e a saúde bucal

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê. Portanto, é de extrema importância que os serviços de saúde estabeleçam

como rotina a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal (BRASIL, 2006).

Estão estabelecidos nas atribuições do Cirurgião-Dentista, segundo o caderno de atenção básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012b):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;

- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

Os problemas bucais mais comuns durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite. Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca. O exame bucal deve incluir dentes, gengiva, língua, palato e mucosa. As pacientes devem ser aconselhadas a realizar rotinas de escovação e uso do fio dental e a evitar uma quantidade excessiva de açúcar em lanches e bebidas, além de orientadas a consultar um cirurgião-dentista quando for necessário (SILK *et al.*, 2008).

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à grávida, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006). Os cirurgiões-dentistas podem compartilhar informações sobre a segurança do tratamento odontológico na gravidez com os colegas médicos, para fornecer-lhes recomendações claras (SILK *et al.*, 2008).

A falta de informação adequada a respeito do tratamento odontológico durante a gestação e os mitos que ainda cercam esse tratamento

e são passados de mãe para filha interferem e prejudicam a adesão das gestantes ao pré-natal odontológico (DORIGUETTO, 2014).

Filhos de mães que têm altos níveis de cárie são mais propensos a manifestar esta doença (BERKOWITZ, 2003). Pacientes grávidas devem diminuir o risco, escovando seus dentes, no mínimo, duas vezes por dia (com creme dental fluoretado) e limitando a ingestão de alimentos açucarados (SILK *et al.*, 2008). A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas que podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2012b).

A ferramenta do planejamento local em saúde: conceitos e usos

Ao Planejamento de Saúde é atribuído o papel de elemento de racionalização da política a ser operada pelo Estado. Através da implementação das políticas sociais e com o objetivo da redistribuição o desenvolvimento integrado é o cenário discursivo em que aparece o Planejamento de Saúde, representado por um esforço metodológico desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (Cendes), órgão criado na Venezuela (junto à Universidade Central) e apoiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

O método Cendes-OPAS (1965) contempla uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar os danos que apresentam um custo relativo menor por morte evitada. O raciocínio básico do método é o da eficiência, visando aumentar as atividades e, simultaneamente, reduzir os custos. Apesar dos diversos méritos inerentes ao método Cendes-OPAS este foi qualificado como excessivamente tecnocrático, economicista, representando uma ilustração do paradigma normativo do planejamento.

Todos os esforços realizados pelos organismos internacionais de pesquisa e ensino se centraram a partir de então na formulação de enfoques que situam o planejamento como elemento auxiliar das políticas, como fenômeno político. O primeiro marco dessa evolução está representado pelo documento *Formulação de Políticas de Saúde* (1975) do Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde (CPPS). Ele concebe o Planejamento como um processo que, embora dominado pelo Estado, supõe a mobilização de vários atores, e introduz a necessidade da análise de viabilidade política e da estratégia.

O Planejamento normativo cede o lugar ao Planejamento estratégico. Os dois maiores expoentes dessa corrente são: Carlos Matus (1993) e Mário Testa (1989). Matus apresenta uma dupla contribuição: o modelo de processamento de problemas e soluções, que corresponde à sua proposta de planejamento estratégico. Apoiado nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, Matus constrói um protocolo de processamento de problemas que supõe quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O autor propõe um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo, a descentralização dos sistemas de condução e uma abordagem de gestão por objetivos ou operações e, por fim, a alta responsabilidade decorrente do monitoramento, da cobrança e da prestação de contas.

Testa acompanhou a evolução do planejamento de saúde desde o Cendes. Responsável, junto com Matus, pela crítica ao planejamento normativo, dedicou-se a formular uma proposta de explicação da problemática setorial (epidemiológica e organizativa), de natureza estratégica, que integra um diagnóstico administrativo, um diagnóstico estratégico e um diagnóstico ideológico.

No Brasil, autores como Merhy (1995) assinalam a existência de quatro correntes de planejamento/gestão em saúde: a corrente da gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (Lapa) da Faculdade de Medicina de Campinas, corrente do Planejamento Estratégico Comuni-

cativo, corrente da Vigilância à Saúde e a Escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

A corrente da gestão estratégica, do Laboratório de Planejamento (Lapa) da Faculdade de Medicina de Campinas, defende um modelo de gestão colegiada e democrática, caracterizado pelas seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação. Entende o planejamento como uma caixa de ferramentas, que inclui o Pensamento estratégico de Testa, o Planejamento estratégico-situacional de Matus, elementos da Qualidade Total e Análise institucional. Autores desta corrente introduziram conceitos de acolhimento e vínculo, novos instrumentos de análise como os fluxogramas analisadores e, mais recentemente o conceito de Clínica do Sujeito, que integraria o melhor da clínica não degradada, um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para o contexto social de proveniência da problemática individual.

A corrente do Planejamento Estratégico Comunicativo, representado por núcleos do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) adere ao Planejamento Estratégico-Situacional, mas não se limita a ele. Incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais, adaptado da França, especificamente de Crémadez e Grateau (1997).

A corrente da Vigilância à Saúde é representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico, e postula um modelo fortalecido de vigilância à saúde, de modo a se poder pensar numa inversão do modelo assistencial. Esse modelo combate a velha atomização dos programas verticais da saúde pública, e defende a necessidade de uma sorte de integração horizontal dos vários componentes do sanitário. Em grande parte, essa possibilidade de coordenação seria enxada pela utilização do planejamento situacional, oriundo de Matus, no processamento de problemas transversais. A Vigilância à Saúde se caracterizaria por esse tipo de integração, mas também pela busca de

uma atuação intersetorial na linha da promoção à saúde. Contemplaria como um dos seus alicerces assistenciais a rede básica de atendimento, e primordialmente o modelo de Médico de Família. Hoje em dia, uma das principais contribuições dessa escola é a proposta de Sistemas de Microrregionalização Solidária, como célula de um sistema regionalizado que avance na possibilidade de constituir sistemas integrados de saúde por oposição aos sistemas fragmentados.

Por último, a escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), corrente que se evidencia pelas práticas experimentais de modificações das práticas assistenciais da rede básica de atendimento.

Árvore de problemas

É um diagrama simples que utiliza o formato de uma árvore, com o objetivo de organizar a explicação do problema identificando, durante o processo de análise da situação, o momento inicial de um processo de planejamento. Neste diagrama o problema central é colocado no “tronco”, e as “raízes” correspondem aos determinantes e condicionantes do problema (causas) e os “galhos”, “folhas”, e “frutos” correspondem às “consequências” do problema registrado no meio da “árvore”. (SÁ; ARTMANN, 1994; VILASBOAS; TEIXEIRA, 1999)

Análise de viabilidade

A análise de viabilidade deve confluir para a identificação das “facilidades” e das “dificuldades” que cada proposta terá em seu curso de execução, o que supõe a identificação dos limites e possibilidades existentes tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo à organização onde está sendo desenvolvido no processo de planejamento. Nesse sentido, uma das técnicas para análise de viabilidade,

bastante difundida no contexto latino-americano, é o DOFA (ou FOFA) que inclui a identificação das Dificuldades e Facilidades (no ambiente interno) e Oportunidades e Ameaças (no ambiente externo). A identificação das dificuldades (ou fragilidades) conduz à elaboração de projetos dinamizadores, voltados à construção da viabilidade no processo de implementação do plano, quer seja pela obtenção de recursos financeiros adicionais, quer pelo envolvimento e participação de possíveis oponentes, visando sua colaboração e compromisso, quer seja pela superação das deficiências técnicas e operacionais identificadas, através de cursos e outras formas de capacitação de pessoal (OPAS, 1994).

Determinantes sociais de saúde

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como: moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Estudos sobre determinantes sociais apontam que há distintas abordagens possíveis. Além disso, há uma variação quanto à compreensão sobre os mecanismos que acarretam em iniquidades de saúde. Por isso, os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois influenciam todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere. Entre os desafios para entender a relação entre determinantes sociais e saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo

uma simples relação direta de causa-efeito. Daí a importância do setor saúde se somar aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes neste processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2018)

Grupos com riscos e necessidades especiais de saúde e de serviços

Grupos sociais que apresentam situações particulares com relação à exposição ao risco de adquirir determinadas enfermidades ou apresentar determinados problemas de saúde, em função das suas condições e modos de vida, constituindo, portanto, do ponto de vista da equidade, grupos a serem priorizados no âmbito das intervenções destinadas a reduzir ou eliminar esses riscos e prevenir a ocorrência de agravos ou, no limite, atuar na redução dos danos.

A educação em saúde como tecnologia: diferentes abordagens

Na expectativa de poder melhorar a qualidade de vida da gestante, encaixa-se a necessidade de uma educação capaz de reestruturar seu modo de agir com seu corpo e em consequência proporcionar mais saúde a ele (MOIMAZ *et al.*, 2007).

Segundo SALIBA *et al.* (2003), a Educação em Saúde é de extrema importância quando se deseja mudar atitudes em relação à doença, priorizando a promoção em saúde e, educar em saúde é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e fazer que a população tenha consciência desses pro-

blemas e busquem soluções. Desse modo, a educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências e deve haver uma ligação entre o saber científico e o saber popular.

A educação individual para as gestantes, fora de um contexto social, não é suficiente. Ela deve ser efetuada no local em que essas mulheres vivem para que haja cooperação entre os grupos de conhecimento social, funcionando como um ponto de intensificação no que se refere às mudanças de comportamento (PINTO, 1992 apud MOIMAZ *et al.*, 2007). Porém, a educação individual é imprescindível para conduzir à mudança de hábito, porque permite trabalhar questões pessoais mais direcionadas. Sendo assim, uma forma de trabalho reforça a outra e devem ser realizadas concomitantemente (MAEDA *et al.*, 2001). Portanto, seguindo o exposto por Pinto (1992 citado Moimaz *et al.*, 2007), deve-se, durante a execução do projeto de intervenção, observarmeticulosamente a realidade local, o contexto social ao qual estão envolvidas as participantes do grupo. Não se aproximar dos determinantes sociais pode ser um determinante de insucesso para todo o projeto.

Segundo Almeida e Ferreira (2008), ao contrário das atividades individuais, as ações em grupos populacionais são expressivas no Saúde da Família, rompendo-se um pouco com as barreiras do consultório e do modelo tradicional voltado para o individualismo e curativismo. Dentro deste projeto de intervenção as ações de educação em saúde bucal, através da criação do grupo de gestantes, têm o intuito de seguir a ideologia proposta por estes autores, ou seja, sobrepor o histórico de práticas curativistas e individuais, e realizar ações coletivas objetivando a promoção da saúde bucal das gestantes, e conseqüentemente à sua família.

SUMÁRIO

Organização da atenção à saúde materno-infantil no SUS: Rede Cegonha

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2012a).

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2012a).

O ministério da saúde promulga que é de responsabilidade do Cirurgião-Dentista vinculado a estratégia de saúde da família na atenção básica, dentre outras: (i) Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; (ii) Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco; (iii) Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período

da gravidez; (iv) Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário; (v) Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal; (vi) Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança; (vii) Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal (BRASIL, 2012a).

Acesso aos serviços de saúde

Pressupõe-se, pela nossa legislação em saúde pública, que o acesso a serviços de saúde deve ser garantido a todos os níveis de complexidade, sejam esses de ordem médica, sanitária, epidemiológica, ambiental e/ou odontológica (ROHR; BARCELLOS, 2008).

O acesso é um importante determinante da utilização, e o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores (TRAVASSOS *et al.*, 2000). A universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade. No SUS, a universalidade é garantida pela gratuidade no uso de serviços, evitando-se, assim, que barreiras econômicas restrinjam o consumo (ANDRADE; SILVA, 2010).

Fatores como a redução da iniquidade social, podem ser mais explicativos quando se almeja alcançar o aumento da demanda aos serviços. Os problemas bucais, em sua maioria, não causam ameaça à vida, sendo compostos, em geral, de alguns episódios agudos e prontamente tratáveis. Dessa forma, seus impactos no bem-estar podem

não ser óbvios e, muitas vezes, minimizados pelo contexto de outras condições crônicas mais sérias (ROHR; BARCELLOS, 2008).

Pensar que o atendimento odontológico pelo SUS é gratuito e, portanto, não traz custos para o paciente, é irreal. Os gastos com transporte e alimentação, tempo de deslocamento, e turnos de trabalho perdidos se configuram como barreiras e influenciam o resultado final do tratamento de problemas bucais e da qualidade de vida dos usuários (ROHR; BARCELLOS, 2008).

O acesso aos serviços odontológicos é capaz de favorecer o afastamento do modelo biomédico, o qual tratava única e exclusivamente às doenças, sem ao menos definir seu impacto na sociedade e agora passa a preveni-las (ANDRADE; SILVA, 2010).

O conhecimento sobre as barreiras existentes pode gerar informações importantes para a política de atenção à saúde bucal, buscando, em cada contexto, arranjos singulares que assegurem um padrão de qualidade e eficiência dentro das viabilidades possíveis do processo de gestão (ROHR; BARCELLOS, 2008).

Um dos maiores problemas de acesso ao cuidado é a existência de filas evitáveis para a marcação de consultas e/ou utilização de serviços da rede básica pública de atenção à saúde, que resultam em sofrimento humano desnecessário. Esse problema, entretanto, não é recente na história das políticas públicas de saúde no Brasil (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2010).

Para melhoria da acessibilidade na rede básica algumas estratégias têm sido implementadas, por exemplo lançar mão de uma lista de espera voltada para viabilizar atendimentos no mesmo dia da procura, e, ao mesmo tempo, reduzir o absenteísmo nos casos de desistência ou não comparecimento do usuário agendado. Ao mesmo tempo, vi-

sando garantir o atendimento no mesmo dia da procura para situações classificadas como prioritárias, poderia ser instituída uma reserva estratégica de consultas que corresponderia a um número de vagas que não seriam agendadas previamente. (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2010).

CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO E RESULTADOS

Local da Intervenção

A Intervenção foi realizada na USF Saramandaia, localizada no bairro de Pernambués, distrito do Cabula-Beiru, em Salvador, Bahia.

A USF tem o público adscrito de aproximadamente 16.000 habitantes, apresenta-se com quatro equipes multidisciplinares de saúde da família, quatro médicos, quatro enfermeiros, dois odontólogos, duas auxiliares de saúde bucal, vinte e quatro ACS, seis técnicos de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, dois auxiliares administrativos e uma gerente. Os odontólogos são responsáveis por duas equipes de saúde, contudo a unidade possui apenas um consultório odontológico.

Segundo os dados coletados nos registros da própria unidade, são realizadas mensalmente, em média, 80 consultas de pré-natal por parte dos médicos e enfermeiros, e, em média, são realizadas 30 consultas de pré-natais odontológicos ao mês. Ou seja, menos de 40% das gestantes potenciais acessam a consulta odontológica. As gestantes são agendadas para o tratamento clínico conforme orientação do Ministério da Saúde, a partir da décima segunda semana de gestação, estando assim no período eletivo para realizar procedimentos clínico-odontológicos, todavia os atendimentos de urgências são realizados conforme necessidades das mesmas, independentemente da idade gestacional.

Procedimentos da Intervenção

No início do planejamento foi construída uma árvore de problemas simplificada e, a partir dela, foram elencados os objetivos.

Quadro 1 - “Árvore” de Objetivos do Projeto de ampliação do pré-natal odontológicos na USF.

Objetivo Geral:
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a adesão ao pré-natal odontológico na USF Saramandaia em Salvador, Bahia em 2018.
Meta:
<ul style="list-style-type: none"> • Efetivar uma adesão de 90% das gestantes cadastradas na área de abrangência da USF Saramandaia ao pré-natal odontológico no ano de 2018.
Objetivos específicos:
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a necessidade de tratamento odontológico na gestação. • Ampliar o conhecimento das gestantes para a necessidade de tratamento odontológico na gestação. • Garantir uma primeira consulta de pré-natal o mais precocemente possível. • Diminuir as barreiras de acesso ao serviço odontológico. • Garantir marcação de consulta odontológica e participação nas atividades preventivo-educativas para as gestantes na USF. • Melhorar a priorização de consultas odontológicas para gestantes.

Considerando, através dos dados coletados dentro da própria unidade, que a estimativa de gestantes mensal é de 80 pacientes na área adscrita ao território da USF Saramandaia, as metas, enquanto objetivos quantificados, foram traçadas: a) ampliar a adesão e ter mais de 90% das gestantes realizando pré-natal odontológico; b) participação de 90% dos profissionais da unidade no projeto de intervenção; c) participação de 95% dos ACS da unidade no curso de capacitação em saúde bucal.

Este projeto de intervenção contemplou, portanto, quatro frentes para efetivação do plano de ação: 1) capacitar e sensibilizar a equipe de saúde multiprofissional da unidade sobre a importância da efetivação do pré-natal odontológico; 2) realizar ações de educação em saúde, através da criação do grupo de gestantes; 3) capacitar os agen-

tes comunitários de saúde para acompanhamento das gestantes; 4) reduzir as barreiras de acesso ao tratamento odontológico, ampliando, conseqüentemente, o número de vagas ao pré-natal odontológico. Cada um deles está descrito a seguir.

1) Capacitar e sensibilizar a equipe de saúde multiprofissional da unidade sobre a importância da efetivação do pré-natal odontológico

A intervenção deve ocorrer na sala de reunião da USF, através de exposições dialogadas. Na primeira destas, com duração de 40 minutos será apresentado às quatro equipes de saúde da USF o projeto de intervenção para que estes conheçam a importância e os objetivos que se espera atingir, ainda se deseja através da sensibilização dos profissionais que estes participem ativamente corroborando com o êxito do projeto.

Na segunda exposição dialógica, também realizada na sala de reuniões da unidade, com duração prevista de uma hora e trinta minutos, será realizada também uma oficina, envolvendo mitos e verdades no cuidado odontológico com a gestante, nesta oficina busca-se o entendimento e esclarecimento das possibilidades e deveres do cirurgião dentista no auxílio à manutenção e recuperação da saúde das gestantes, estarão presentes os profissionais de nível médio e superior.

2) Realizar ações de educação em saúde, através da criação do grupo de gestantes

Com apoio da gerência, da equipe multidisciplinar, médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde e da comunidade, utilizar-se-á um equipamento local (igreja Batista) na mesma rua onde está

estabelecida a sede da unidade de saúde da família de Saramandaia (à aproximadamente 15 metros da unidade), e será criado, sobre a responsabilidade das enfermeiras das quatro equipes, um grupo permanente de educação em saúde para gestantes.

Neste grupo haverá dois encontros mensais, quinzenais, sob o comando de uma equipe de saúde por mês, iniciando-se com a equipe vermelha, passando a gerência do grupo para azul, verde e amarela, respectivamente. A responsável pela manutenção e divisão de responsabilidades do grupo será a enfermeira da equipe daquele mês. Os temas serão abordados de acordo com a solicitação das gestantes após o primeiro encontro, além de temas propostos pelos profissionais.

Os ACS de todas as equipes serão os responsáveis por convidar, durante a visita domiciliar, a maior quantidade de gestantes possível. Nas consultas do pré-natal médico, de enfermagem e odontológico, as gestantes serão avisadas das datas futuras do evento e serão, mais uma vez, convidadas a comparecer.

Além das oficinas com os temas sugeridos, deverá ser incluído ações sociais em parceria com a comunidade local (como massoterapia, pintura de unha, maquiagem) e de entretenimento (fotografia, jogos, sorteios) para manter a motivação das participantes e estimular que estas compareçam aos encontros, assim, será premiada com itens doados pelo comércio local, arrecadado pelos ACS e profissionais da unidade, a(s) gestante(s) que comparecerem a todos os encontros do grupo.

3) Capacitar os agentes comunitários de saúde para acompanhamento das gestantes

O objetivo principal deste componente é capacitar os vinte e quatro ACS da unidade de Saramandaia para maior efetividade das ações de saúde bucal na sua área de abrangência, ao final deste cur-

so espera-se que os agentes que participaram sejam capazes de: a) identificar necessidades de atendimento odontológico durante a visita domiciliar à comunidade, assim como, às gestantes; b) reforçar as datas das consultas do pré-natal odontológico, minimizando o número de faltas e aumentando a adesão das mesmas ao tratamento; c) esclarecer, dentro do possível, mitos sobre o atendimento odontológico e tornarem-se multiplicadores do cuidado em saúde bucal; d) identificar, diferenciar e priorizar, durante o acompanhamento dos indivíduos sobre sua responsabilidade, a necessidade de tratamento odontológico de urgência e tratamento eletivo em odontologia.

Com este intuito serão divididos em quatro grupos, de seis participantes, em quatro apresentações de uma hora cada, um turno pela manhã e outro turno pela tarde, em dois dias distintos. Dentro do conteúdo programático será abordado, dentro de exposições de 10 minutos para os subtemas: fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal; condutas odontológicas preventivas; papel do ACS na visita domiciliar à gestante. No final de cada tema, teremos 10 minutos para dirimir dúvidas. Haverá uma roda de conversa no final do turno, haverá um momento para esclarecer os adágios dentre os agentes comunitários e qualquer outro esclarecimento necessário. O Curso de capacitação será bimestral sendo realizado nos meses de agosto, outubro e concluído em dezembro.

4) Reduzir as barreiras de acesso ao tratamento odontológico

Neste projeto, a maior barreira de acesso ao serviço odontológico é a indisponibilidade de vagas para atendimento clínico das gestantes que fazem parte das equipes vinculadas à esta unidade. Contudo, as ações coletivas de educação em saúde bucal, serão realizadas em consonância com o grupo de gestantes da unidade, onde poderá ser

realizada a triagem das mesmas, sendo possível realizar uma classificação de risco e priorização de atendimento clínico em consultório, organizando, assim, a demanda. Outra ação proposta, visando o aumento do acesso ao pré-natal odontológico, será a substituição de pacientes faltosos por gestantes nos dias em que as mesmas possuem consultas médicas e de enfermagem de pré-natal. Ou seja, aproveitar-se-á da presença da mulher grávida na sala de espera para sua consulta e caso ocorra a falta do paciente, agendado para o atendimento odontológico, a gestante será convidada para a consulta, possibilitando assim um maior número de atendimentos, reduzindo a barreira física do deslocamento e a barreira do tempo entre agendamento e atendimento.

A partir das quatro linhas de ação apontadas nos objetivos específicos, abaixo está apresentada uma Programação Operativa (Quadro 2).

Quadro 2 - Programação Operativa do Projeto de Intervenção para aumento do pré-natal odontológico na USF Saramandaia, Salvador – Bahia, 2018-2019.

Programação de Ações Jul	Período de realização 2018						Realização
	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
1) Capacitação e sensibilização da equipe de saúde multiprofissional da unidade sobre a importância da efetivação do pré-natal odontológico.							
Exposição dialogada 1	X						Completa
Exposição dialogada 2 e oficina 1	X						Completa
Roda de conversa	X						Em atraso
2) Realizar ações de educação em saúde, através da criação do grupo de gestantes.							
Criação do grupo com profissionais da enfermagem	X						Em atraso
Atividades quinzenais e oficinas sobre gestação		X	X	X	X	X	Prevista
Busca ativa de gestantes na área pelo ACS		X		X		X	Prevista
Entrega da premiação às gestantes						X	Prevista

3) Capacitação os agentes comunitários de saúde para acompanhamento das gestantes;								
Roda de conversa e exposição dialogada em curso de 04 horas com atividade prática			X		X		X	Prevista
4) Ampliação das vagas para gestantes na marcação de consulta e monitoramento da intervenção								
Triagem com consulta odontológica no dia das Oficinas e substituição de faltosos no dia das consultas de pré-natal para aumentar acesso			X	X	X	X	X	Prevista
Monitoramento e Avaliação parcial e final				X			X	Prevista

Monitoramento e Avaliação da Intervenção

A avaliação em saúde é um dos componentes do processo de gestão e pode ser definida como um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou de seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação. Diferenciando-se assim de monitoramento, o qual corresponde ao acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços enquanto que a avaliação pontual se refere ao julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto do tempo. Em algumas circunstâncias, o monitoramento pode produzir informações para a avaliação, mas não constitui necessariamente a implementação da mesma (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Durante a aplicação deste projeto de intervenção ocorrerão duas avaliações, a primeira delas será denominada de intermediária e acontecerá no terceiro mês do projeto. A segunda avaliação será denominada de Avaliação Final e está prevista para que seja efetivada no último mês do projeto.

Na primeira avaliação, os itens a serem avaliados serão: a) **% de agentes comunitários capacitados:** Será dividido o número de ACS que participaram do curso de capacitação sobre o total de ACS da unidade e multiplica-se o resultado por 100; a contagem dos participantes se dará através de listas de presenças e o resultado esperado é que no mínimo 95% dos agentes participem e concluam este curso; b) **% participação dos profissionais da unidade no projeto de intervenção:** será dividido o número de profissionais participantes sobre o total de profissionais vinculados a USF Saramandaia, multiplicando-se o resultado por 100; A contagem dos participantes se dará, também, através de listas de presenças e o resultado esperado é que no mínimo 95% dos profissionais participem e concluam deste projeto.

Na segunda avaliação serão considerados: a) **% de participantes no grupo de gestantes:** Este cálculo será obtido dividindo-se o número de gestantes que participaram do grupo de gestantes, sobre o total de gestantes inscritas no grupo, multiplicando este resultado por 100. Através da lista de presença espera-se alcançar um percentual superior à 90% de participação das gestantes no grupo. Como a atividade tem a periodicidade quinzenal, caso a gestante participe uma única vez ao mês será considerada efetiva a participação naquele mês, ou seja, a frequência mínima mensal é de uma participação; b) **% de acesso ao Pré-natal odontológico:** Dividir-se-á o número de gestantes que tiveram consulta odontológica sobre o total de gestantes cadastradas. Os resultados serão obtidos após análises dos prontuários e coleta das informações disponíveis no SISPrenatal – SISAB. Objetiva-se que ao menos 90% das mulheres grávidas tenham consulta odontológica inicial.

Resultados preliminares

Na primeira etapa do projeto de intervenção tem-se a ação de capacitar e sensibilizar a equipe de saúde multiprofissional da unidade sobre a importância da efetivação do pré-natal odontológico. Para tanto

foi realizada uma exposição dialogada inicial, com duração aproximada de 40 minutos, no turno vespertino, na sala de reuniões da unidade, com prévio agendamento junto a gerência e aos profissionais, para que estes reservassem uma parte do seu horário de atendimento e destinasse o seu tempo para conhecimento da intervenção. Nesta oportunidade foi explanado sobre a importância do projeto, além dos objetivos almejados durante e após o início do mesmo. Também foi requerido o apoio para participação dos profissionais corroborando com o sucesso da intervenção, a maioria dos profissionais mostraram-se dispostos a participar, elevando as chances de sucesso na busca do aumento da adesão das gestantes ao pré-natal odontológico. Pode-se assim perceber que a roda de conversa planejada atingiu resultados expressivos, fazendo os servidores da USF Saramandaia se harmonizarem com a intervenção.

Como atividade complementar dentro da primeira etapa da do projeto de intervenção tem-se uma segunda exposição dialógica. Esta diligência também ocorreu na sala de reuniões da unidade, com duração aproximada de uma hora, foi abordado de forma verbal a extensão do projeto, o papel de cada profissional na atenção ao pré-natal de baixo risco, seguindo as orientações do caderno de atenção básica do Ministério da Saúde de mesmo nome, abordou-se a importância da atenção multidisciplinar no cuidado com a gestante. Ainda durante o segundo encontro foi realizada também uma oficina, abordando mitos e verdades no cuidado odontológico com a gestante. Para a oficina foi preparada uma caixa decorada com interrogações e nela inserida frases pré-selecionadas sobre a relação: odontologia e gravidez. Foram igualmente distribuídas entre todos os presentes dois tipos de placas: "fala sério" na cor vermelha e "com certeza" na cor verde, representando mito e verdade, respectivamente. Com a realização desta oficina buscava-se o entendimento e esclarecimento das possibilidades e deveres do cirurgião dentista no auxílio à manutenção e recuperação da saúde das gestantes, estiveram presentes os profissionais de nível médio e superior. No decorrer desta ação foi possível perceber que o assunto

SUMÁRIO

abordado ainda é controverso, mesmo entre profissionais de saúde, os quais deveriam esclarecer aos seus pacientes sobre a importância do acompanhamento odontológico no período gestacional. Surgiram dúvidas em relação a obrigatoriedade da consulta odontológica no pré-natal, assim como dúvidas técnicas por parte da equipe de saúde bucal sobre o uso de anestésicos, período ideal de atendimento, turno preferencial para consultas, posição da gestante na cadeira odontológica. Nas semanas seguintes após a conclusão desta oficina ficou explícito o êxito da mesma, resultando no aumento dos encaminhamentos das gestantes para o atendimento odontológico no pré-natal, entre os profissionais.

Outra ação prevista foi a realização de ações de educação em saúde, através da criação do grupo de gestantes desta unidade. A criação deste grupo, infelizmente, ainda não foi possível como havia sido planejado durante o primeiro mês de intervenção. Os servidores municipais da saúde de Salvador estavam em campanha salarial, buscando melhores condições de trabalho desde o mês de junho. No mês de julho ocorreram diversas paralisações de 24Hr, 48Hr ou 72Hr, não sendo possível conciliar as reuniões do projeto com os servidores da USF Sarandaia, e no mês de agosto após diversas tentativas de acordo, porém sem avanço na negociação foi deflagrada greve por tempo indeterminado dos servidores da saúde e de educação do município, prejudicando assim o andamento deste projeto. Portanto, as ações quinzenais e oficinas sobre gravidez, a entrega de premiação às gestantes que concluírem a participação nas oficinas, estão pendentes e previstas para serem realizadas com o retorno do funcionamento do serviço.

Além disso, devido ao período de greve dos servidores não foi viável iniciar a capacitação dos agentes comunitários de saúde para acompanhamento das gestantes, em sua micro-área de abrangência, estando esta etapa do projeto em atraso.

Contudo, a ação proposta visando a diminuição de barreiras de acesso e o aumento da adesão das mulheres grávidas ao pré-na-

SUMÁRIO

tal odontológico já foi esboçada e iniciada. A substituição de pacientes previamente agendados para consultas odontológicas que não compareceram no dia por gestantes nos momentos em que as mesmas se encontram na USF por possuírem consultas médicas e de enfermagem de pré-natal é uma estratégia importante que foi inicialmente implementada. Visa, assim, um aumento na quantidade de vagas de atendimento clínico, fortalecendo o vínculo entre as gestantes com a unidade e a eSB, e diminuindo as filas de espera, além de garantir um acesso mais eficiente, melhorando o serviço, e adequando a demanda. Foi percebido que esta estratégia é exitosa, pois notadamente ocorreu o aumento da disponibilidade de consultas para as gestantes, aproveitando que estas se encontram na unidade, algumas vezes ociosas, no aguardo de suas consultas médicas e de enfermagem. Portanto, o planejamento das ações favoreceu o atendimento clínico e a vinculação da gestante a eSB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do PPLS permitiu o planejamento e o desenvolvimento de ações voltadas especialmente a atenção primária à saúde, possibilitando direcionar as intervenções em relação aos problemas de saúde identificados. Através deste instrumento buscou-se melhorar o nível de saúde de uma população, no nosso caso das gestantes vinculadas a USF Saramandaia, idealizando a realização de ações de educação e promoção da saúde.

A principal lacuna desse trabalho foi a não realização de uma oficina de explicação do problema com os principais atores envolvidos, o que pode limitar o enriquecimento das prováveis razões da baixa adesão às consultas odontológicas. Ou seja, este trabalho apenas revelou um ponto de vista, que foi o ponto de vista do CD. Um outro hiato ocorrido durante este estudo foi a ausência de um planejamento estratégico situacional, explicando as potencialidades, facilidades e dificuldades da implementação do plano.

Durante o período gestacional as mulheres passam por períodos de profundas mudanças físicas, psíquicas, hormonais e comportamentais, entretanto não existe nenhuma restrição para execução do tratamento odontológico, seja de rotina ou de urgência. A pouca informação das gestantes sobre atenção odontológica demonstra a necessidade de as gestantes serem priorizadas nos programas de assistência odontológica.

A busca constante para redução das barreiras de acesso, e a priorização dos grupos sob maior risco devem ser cotidianamente atualizadas, ampliadas e fortalecidas. A equipe de saúde bucal deve ser parte integrante da assistência odontológica das gestantes, e o fluxo de encaminhamento entre os profissionais da atenção básica deve ocorrer de maneira contínua, garantindo desta forma uma maior adesão das mulheres grávidas ao pré-natal odontológico.

A educação individual para as gestantes, fora de um contexto social, não é suficiente, ações coletivas baseadas nos determinantes sociais da localidade devem ser priorizadas, para que haja cooperação entre os grupos de conhecimento social. Entretanto, a educação individual é imprescindível para conduzir à mudança de hábito permitindo trabalhar questões pessoais mais direcionadas. Desta forma, acredita-se que a modificar a realidade local, através da educação em saúde parece ser o caminho mais adequado de se aproximar aos princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad. Saúde Pública*, v.24 n. 9, p. 2131-2140, 2008.

ANDRADE, R. T. S.; SILVA, U. A. O acesso dos trabalhadores aos serviços odontológicos na rede SUS: uma reflexão crítica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v.12, n. 4, p.45-51, 2010.

AMORIM, B. F.; COSTA, J. F.; COSTA, E. L. Percepção de primigestas adolescentes sobre saúde bucal. *Rev Pesq Saúde*, v. 12 n. 2, p 13-17, 2011.

BERKOWITZ, R. J. Acquisition and transmission of mutans streptococci. *J. Calif. Dent. Assoc.*, v. 31, n. 2, p. 135-138, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde), 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica nº 17. Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. *Determinantes sociais*. Pense SUS: SUS de A a Z. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

CRÉMADEZ, M.; GRATEAU, F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Intereditions, 1997.

DORIGUÊTTO, M. C. S. *Pré-natal odontológico - Desmistificando o Tratamento Odontológico*. 2014. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2014.

DUALIBI S. E.; DUALIBI, T. A. A odontologia para gestante. *Rev. Paul. Odontol.*, v.7, n. 5, p. 12-36, 1985.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p.

MAEDA, F. H. I. *et al.* A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca. *UFES Rev. Odontol.*, v. 3, n. 2, p. 8-14, 2001.

MATUS, C. *Política, planificación y gobierno*. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 117-149.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 19, n. 1, p. 39-45, 2007.

MOREIRA, P. V. *et al.* Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. *Pesq. Bras. Clin. Integr.*, v. 4, p. 3, p. 259-64, 2004.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. *La administración estratégica en Silos - Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educativos.* Washington: OPAS, OMS; 1994.

PEIXOTO, C. R. *et al.* O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 19, n. 2, p. 286-91, 2011.

ROHR, R. I. T.; BARCELLOS, A. L. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. *UFES Rev. Odontol.*, v. 10, n. 3, p. 37-41, 2008.

ROSELL, F. L. *Prevalência dos fatores clínicos de risco de cárie em gestantes.* 2001. 95 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Araraquara – Universidade Estadual Paulista. Araraquara, 2001.

SÁ, M. C. E.; ARTMANN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: MENDES, E. V. *et al.* *Planejamento e programação local da vigilância de saúde no distrito sanitário.* Série Desenvolvimento de serviços de saúde, v. 13. Brasília: OPAS, 1994. p. 19-44.

SALIBA, N. A. *et al.* Programa de educação em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP. *Odontologia. Clín. Científ.*, v. 2, n. 3, p. 197-200, 2003.

SILK, H. *et al.* Oral Health During Pregnancy. *American Family Physician*, v. 77, n. 8, p. 1139-1144, 2008.

SILVA, F. W. G. P. *et al.* Atendimento Odontológico à Gestante - Parte 2 Cuidados durante a consulta. *R. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 47, n. 3, p. 5-9, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.*, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 10, supl. 1, p. s131-s143, 2010.

VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. *Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA.* Salvador: ISC-UFBA, 1999.

SUMÁRIO

14

Matheus Ribeiro Dos Santos
Patrícia Suguri Cristino

**QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE
BUCAL COM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA ARRAIAL BAIRRO
I, PORTO SEGURO, BA:
um projeto de intervenção**

APRESENTAÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) representam a principal articulação entre os serviços de saúde e a comunidade. A qualificação em saúde bucal destes profissionais se faz essencial para que possam prestar assistência integral aos usuários, motivando-os na prática do autocuidado e empoderamento local. Este capítulo teve como proposta apresentar um projeto de intervenção voltado para a qualificação em saúde bucal com ACS da Unidade de Saúde da Família Arraial Bairro I, no município de Porto Seguro- BA. Foi um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo projeto de intervenção. A qualificação será composta por oito oficinas organizadas por ciclos de vida, visitas domiciliares e atividades coletivas na escola. A qualificação foi elaborada segundo os princípios da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde, fundamentais para o enfoque na prática e na problematização. As oficinas são inspiradas pedagogicamente nos Círculos de Cultura de Paulo Freire e nos Grupos Operativos de Pichon-Rivière. Recomenda-se a qualificação com todos os ACS do município de Porto Seguro.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Em 1991 o Ministério da Saúde criou o primeiro programa de saúde no Brasil com a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o PACS. Tal programa possuía como um dos principais objetivos o estímulo do autocuidado junto à população. O ACS atua principalmente na comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade. Nessa perspectiva, ele se torna agente fundamental no desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e agravos

e promoção de saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas na comunidade (BRASIL, 2012; NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Em aprimoramento ao PACS, foi implantado no Brasil em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF). Tal programa foi proposto como estratégia para a reorganização da prática de atenção à saúde com foco na família. As ações do PFS visavam a promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, incluindo também ações de prevenção. Os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família são responsáveis pela atenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no território (BRASIL, 2012; NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 648, de 28 de março, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, pela qual fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica. Assim, é alterado o status de Programa (que se refere a uma atividade com começo, meio e fim) para Estratégia de Saúde da Família (ESF), de caráter permanente e contínuo (BRASIL, 2006; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Apesar da criação do PSF na década de 1990, as Equipes de Saúde Bucal (eSBs) só começaram a ser implantadas a partir de dezembro de 2000, após a divulgação da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) de 1998. Tal pesquisa apontava que 29,6 milhões de brasileiros, 18,7% da população, nunca havia ido ao dentista. Logo, o principal objetivo da ESB dentro do PSF era melhorar as condições de saúde bucal das famílias residentes nas áreas cobertas, garantindo acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação (KOYASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008; TONDÉLO, 2006).

Na Portaria n.º 267, de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001), que regulamenta as ações e serviços de Saúde Bucal no PSF, encontram-se as atribuições dos membros da ESB e, entre elas, destaca-se a

SUMÁRIO

função do cirurgião-dentista (CD) em capacitar a Equipe de Saúde da Família no que se refere às ações educativas e preventivas. De acordo com essa mesma portaria, cabe ao ACS desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território, além de identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento dessas atividades. Assim, os agentes podem proporcionar maior acesso da população aos meios de prevenção, compartilhando seus conhecimentos através do seu trabalho com as famílias (BRASIL, 2001).

Entretanto, Mockdeci e cols. (2013) ao avaliarem o conhecimento e atitudes sobre a promoção da saúde bucal pelos ACS, concluíram que grande parte dos agentes são leigos à essa temática, cujo conhecimento prévio foi adquirido no cotidiano, e não por uma orientação formal. Constataram, assim, a necessidade de capacitação e da maior eficácia das atividades de saúde bucal desenvolvidas pelos ACS, quando acompanhados por um cirurgião-dentista (CD).

Cabe aqui distinguir a diferença entre capacitação e Educação Permanente em Saúde (EPS). A primeira possui sua base na pedagogia tradicional, que valoriza a aprendizagem do conteúdo científico através, principalmente, da memorização e repetição. O ACS assume a posição de aluno (dentro da lógica tradicional), visto apenas como receptor do conhecimento. A EPS é baseada em pedagogias de lógica dialética e teorias críticas, segundo às quais a aprendizagem/desenvolvimento são “resultados da inserção do ser humano nas circunstâncias reais de um meio social historicamente construído” (CASTRO, 2005).

O processo educativo constitui um dos eixos da ESF, devendo estar presente entre os profissionais e a população, bem como entre os profissionais (especificamente, nesse caso, entre CD e o ACS), como determina a portaria nº267 de 6 de março de 2001. (BRASIL, 2001) De acordo com o Ministério da Saúde (MS) essa educação

SUMÁRIO

deve estar envolvida numa prática reflexiva, capaz de levar à ação transformadora (BRASIL, 2000).

Assim, é preciso pensar e utilizar uma metodologia problematizadora e crítica, que estimule a reflexão, e que seja tecida junto com a comunidade, através do compartilhamento de ideias e experiências. Segundo Tondélo (2006), através da problematização pode-se estimular o senso crítico e a criatividade dos ACS para trabalharem com a população, estimulando o aumento do autocuidado para uma melhor qualidade de vida. É preciso desenvolver habilidades para que percebam as necessidades da comunidade e, juntos, possam construir formas de atuação para a resolução desses problemas (BRASIL, 2000).

O município de Porto Seguro, localizado no Extremo Sul da Bahia, possuía cerca de 149.324 habitantes em 2017, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). A cobertura de ESF nesse mesmo ano, de acordo com a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS era de 84,24% da população, e a cobertura por ESBs de 56% (SAGE, 2018). A Unidade de Saúde da Família (USF) Arraial Bairro I está localizada no bairro São Pedro, Distrito de Arraial D'ajuda, Município de Porto Seguro. Em 2010, esse distrito possuía, segundo o IBGE, cerca de 16 997 habitantes. Atualmente, possui 6 eSFs e 4 eSBs. Devido à grande expansão e aumento da população, foi realizado entre o fim de 2017 e início de 2018 um processo de reterritorialização, por meio do qual foi atualizada a quantidade de pessoas, a divisão do território e a composição de ACS de cada equipe.

Considerando-se, assim, a extrema importância do ACS na interlocução equipe – população, é necessário que o mesmo possua conhecimentos básicos das diferentes áreas de saúde ofertadas pelos serviços, tanto para orientar, quanto para, através da educação, ser também agente transformador na sua comunidade. Observando-se a necessidade de formação dos novos ACS da USF Arraial Bairro I, optou-se pela elaboração de um projeto de intervenção para qualificação em saúde

SUMÁRIO

bucal com ACS, com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde. Neste sentido, esse capítulo tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para qualificação em saúde bucal com Agentes Comunitários de Saúde da USF Arraial Bairro I. Para isso, revisou-se a literatura acerca dos referenciais teóricos sobre Educação Permanente em Saúde, Educação Popular em Saúde, bem como temas específicos da saúde bucal.

METODOLOGIA

Este capítulo foi um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizada uma revisão de literatura de artigos científicos e livros didáticos, utilizando-se as bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e Google Acadêmico. Os descritores utilizados na pesquisa foram: Educação Continuada (por não se encontrar disponível “educação permanente”), Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e Educação em Saúde. Foram selecionados artigos na língua portuguesa e que apresentaram requisitos importantes tais como a relevância, a atualidade, a pertinência e o rigor metodológicos.

A proposta inicial de intervenção foi realizada após o aprofundamento da revisão de literatura, das observações cotidianas do serviço e do diálogo com os trabalhadores envolvidos, seguindo-se os princípios da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em saúde.

A qualificação será realizada com 6 ACS, tendo como facilitadores um CD e uma auxiliar em saúde bucal (ASB) da USF Arraial Bairro I. Será constituída por oficinas/rodas de conversa, que poderão ser realizadas na USF ou em outros espaços do território.

RESULTADOS

A primeira etapa dessa qualificação foi realizada com os ACS através de uma primeira oficina, para a definição dos temas das atividades educativas. Foram pactuadas oficinas sobre os ciclos da vida: Saúde bucal da gestante, do bebê, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.

Segue abaixo uma proposta inicial de cronograma das atividades que serão realizadas (Quadro 1). Entretanto, a quantidade de encontros, a ordem dos temas (e os próprios temas) poderão ser alterados de acordo com a dinâmica/necessidades do grupo. A flexibilidade no planejamento a partir das necessidades do grupo, no tempo, é uma das características fundamentais da Educação Permanente em Saúde, uma vez que permite a melhor construção de sentidos. Essa proposta foi um produto da primeira oficina da ESB com os ACS.

Quadro 1. Cronograma da Qualificação em Saúde Bucal com ACS no Projeto.

- 1º Oficina** – Tema: Saúde bucal da/na Comunidade
- 2º Oficina** – Tema: Saúde Bucal do Bebê;
- 3º Oficina** – Tema: Saúde Bucal da Criança;
 - + 1º Visita Domiciliar com ACS I e II;
 - + 1º Visita Domiciliar com ACS III e IV;
 - + 1º Visita Domiciliar com ACS V e VI;
- 4º Oficina** – Tema: Saúde Bucal do Adolescente;
 - + Atividade Coletiva na escola com ACS I, II e III;
 - + Atividade Coletiva na escola com ACS IV, V e VI;
- 5º Oficina** – Tema: Saúde Bucal do Adulto;
- 6º Oficina** – Tema: Saúde Bucal do Idoso;
 - + Participação no Grupo de Idoso do CRAS;
- 7º Oficina** – Tema: Saúde Bucal da Gestante;
 - + 2º Visita Domiciliar com ACS I e II;
 - + 2º Visita Domiciliar com ACS III e IV;
 - + 2º Visita Domiciliar com ACS V e IV;
- 8º Oficina** – Tema: Avaliação da Qualificação

Como se pode observar, o grupo construiu uma programação que intercala encontros para o aprofundamento teórico (oficinas) e atividades educativas no território. O planejamento das oficinas foi inspirado na metodologia proposta por Afonso e cols. (2010), que alia princípios dos círculos de cultura de Paulo Freire e dos grupos operativos de Pichon-Rivière.

PLANEJAMENTO DA QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COM ACS

Abaixo, descrevemos a programação específica de cada oficina pedagógica a partir dos objetivos e subtemas a serem abordados.

- **1º ENCONTRO – SAÚDE BUCAL DA/NA COMUNIDADE**

Objetivo: Socializar/discutir a proposta inicial de qualificação em saúde bucal com ACS e refletir sobre seus papéis na comunidade.

Subtemas: Principais doenças e agravos em saúde bucal da população adscrita, principais dificuldades sentidas pelos ACS em relação à educação em saúde bucal, pactuações para esse ciclo de qualificação em saúde bucal.

1. **AQUECIMENTO INESPECÍFICO (15 minutos) - Apresentação do grupo.**

Sentados em roda, cada ACS deverá apresentar um outro colega (pois já se conhecem), destacando uma característica positiva que mais gosta no (a) companheiro (a) de trabalho e uma situação engraçada que já tenha passado com ele(a), tentando-se criar um clima de descontração.

2. **AQUECIMENTO ESPECÍFICO (30 minutos) – Roda de conversa com roteiro norteador de perguntas:**

- 1) Quais são os principais problemas de saúde bucal enfrentados pelos moradores da sua microárea?

- 2) Como vocês acreditam que as doenças bucais podem afetar a vida das pessoas?
- 3) O que as pessoas costumam fazer para resolver esses problemas?
- 4) Quais as principais dificuldades para conversar sobre a saúde bucal com as pessoas?
- 5) Como você acredita que pode ajudar a mudar a realidade da sua comunidade?

3. ATUALIZAÇÃO DO TEMA (30 minutos) - “Mosaico de assuntos”

Momento 1: a ESB colará um grande cartaz na parede, constituído por papel metro e tiras de papel escritas com os temas das próximas oficinas (a proposta inicial).

Momento 2: em roda, a ESB explicará o que pretende em cada encontro.

Momento 3: os ACS analisam a programação (está boa? Precisa mudar? Em que?)

4. SISTEMATIZAÇÃO (20 minutos)

O grupo fará os ajustes necessários à programação (mudança/adição de temas, pactuação do cronograma) e elaboração de um “Pacto de convivência” – em papel metro, o grupo deverá escrever as regras que todos deverão cumprir para os próximos encontros.

5. AVALIAÇÃO (10 minutos)

Cada um anotar em um papel pelo menos um ponto positivo e um ponto negativo do encontro e colocará numa caixinha (tipo urna) para que possam se sentir à vontade em se expressar com sinceridade.

- **2º ENCONTRO – SAÚDE BUCAL DO BÊBE**

Objetivo: Socializar/discutir a saúde bucal do bebê (0 a 24 meses).

Subtemas: Amamentação/alimentação, erupção dentária, uso de mamadeiras e chupetas, higiene bucal e uso de dentifrícios.

1. **AQUECIMENTO INESPECÍFICO (15 minutos) - Momento de relaxamento:**

Será colocada uma música bem relaxante ao fundo e será pedido para todos se sentarem da maneira mais confortável possível, e que procurem descansar os pensamentos, mentalizando um lugar que suscite sensações positivas.

2. **AQUECIMENTO ESPECÍFICO (30 minutos) - Roda de conversa com roteiro norteador de perguntas:**

- 1) Qual a importância da amamentação para a saúde bucal do bebê?

- 2) Quando e como deve ser feita a introdução de outros alimentos?

- 3) Ao que devo ficar atento na fase de erupção dos dentes?

- 4) Como o uso excessivo de mamadeiras e chupetas podem ser prejudiciais para a saúde bucal do bebê?

- 5) Como deve ser a higiene bucal do bebê antes e após a erupção dos dentes?

Deverá ser anotada em papel metro a principal fala de cada pergunta.

3. **ATUALIZAÇÃO DO TEMA (30 minutos) - “Mosaico de assuntos”**

Momento 1: Com auxílio de um slide, contendo tópicos e imagens, cada pergunta será respondida pelo grupo, dialogando com as vivências relatadas na roda de conversa.

Momento 2: Serão exibidos os vídeos sobre: Higiene bucal do bebê sem dentes e Escovação dentária do bebê que apresenta apenas os dentes anteriores.

4. SISTEMATIZAÇÃO (10 minutos)

Serão retomadas as respostas anotadas e avaliadas pelo grupo, se são adequadas.

5. AVALIAÇÃO (10 minutos)

Cada um anotar em um papel ao menos um ponto positivo e um ponto negativo do encontro e colocará numa caixinha tipo urna. O grupo também pode avaliar se já se sente à vontade para dialogar (e não apenas através da expressão anônima).

• **3º ENCONTRO – SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

Objetivo: Socializar/discutir a saúde bucal da criança (02 a 12 anos)

Subtemas: Promoção da alimentação saudável, erupção dentária, má oclusão, higiene bucal e cárie dentária

1. AQUECIMENTO INESPECÍFICO (15 minutos) – Conhecendo as crianças de cada um(a)

Os participantes deverão escrever em uma tirinha de papel algumas características de quando eram crianças. As tirinhas devem ser dobradas várias vezes e colocadas numa caixinha. Após misturadas, cada um deve pegar uma delas, ler em voz alta e tentar descobrir “quem era essa criança”. Caso não adivinhe, a pessoa “dona dessa criança” pode se manifestar, se quiser.

2. AQUECIMENTO ESPECÍFICO (30 minutos) - Roda de conversa com roteiro norteador de perguntas:

1) Qual a influência da alimentação na saúde bucal e geral das crianças?

2) Quais hábitos podem ser prejudiciais para a saúde bucal da criança?

3) O que causa e como podemos prevenir/controlar a cárie?

Deverá ser anotada em papel metro a principal fala de cada pergunta.

3. ATUALIZAÇÃO DO TEMA (30 minutos) - “Mosaico de momentos”

Momento 1: Com auxílio de um slide, contendo tópicos e imagens, cada pergunta será respondida pelo grupo, dialogando com as vivências relatadas na roda de conversa.

Momento 2 - Mesa interativa: Em uma mesa estarão expostas: Álbum de fotos da troca de dentição, Álbum de fotos da evolução da cárie dental, Modelos de gesso com má oclusão e Dentes decíduos e permanentes extraídos com lesão de cárie. Os ACS serão convidados a se aproximarem da mesa, manusear os objetos e tirar dúvidas.

4. SISTEMATIZAÇÃO (10 minutos)

Serão retomadas as respostas anotadas e avaliadas pelo grupo se são adequadas.

5. AVALIAÇÃO (10 minutos)

Cada participante receberá uma ficha com tópicos que correspondem aos 5 momentos da oficina e ficarão livres para escrever e/ou falar em roda sobre cada um desses momentos.

• 4º ENCONTRO – SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE

Objetivo: Socializar/discutir a saúde bucal do adolescente

Subtemas: Higiene bucal, Cárie dentária, Doença Periodontal, Consumo de cigarro/álcool, Aparelhos ortodônticos falsos e *Piercing* oral

1. AQUECIMENTO INESPECÍFICO (15 minutos) – Achando um caminho!

Cada participante receberá um balão e um palito de churrasco. Cada um deverá encher seu balão e atravessar o palito no balão. Muitos estourarão o balão. Caso ninguém consiga seguir o comendo da tarefa sem estourá-lo, o facilitador mostrará como isso pode ser feito (enchendo-se menos o balão do que sua capacidade normal e passando o palito na parte perto do nó, onde tem mais borracha “frouxa”, que permite o atravessamento sem o rompimento). Ao final, em roda, deve-se abrir para discussão da experiência. O objetivo é refletir sobre a necessidade de se “achar um caminho” para trabalhar com adolescente!

2. AQUECIMENTO ESPECÍFICO (30 minutos) - Roda de conversa com roteiro norteador de perguntas:

- 1) Quais cuidados devemos ter na dentição permanente?
- 2) Quais consequências da cárie na adolescência?
- 3) O que você entende por doença da gengiva?
- 4) Como o consumo de cigarro e álcool podem ser prejudiciais para a saúde bucal?
- 5) Quais tratamentos odontológicos os jovens mais procuram?

3. ATUALIZAÇÃO DO TEMA (30 minutos) - “Mosaico de momentos”

Momento 1: Com auxílio de um slide, contendo tópicos e imagens, cada pergunta será respondida pelo grupo, dialogando com as vivências relatadas na roda de conversa.

Momento 2 - Mesa interativa: Em uma mesa estarão expostos: Álbum de fotos da evolução da cárie dental, doença periodontal e do tratamento ortodôntico; Modelos de gesso para pintura de cárie e gengiva saudável/doente; Dentes decíduos e permanentes extraídos com lesão de cárie. Os ACS serão convidados a se aproximarem da mesa, manusear os objetos e tirar dúvidas.

4. SISTEMATIZAÇÃO (10 minutos)

Em roda, os participantes serão solicitados a comentar o que foi mais chamativo, individualmente, sobre o assunto. Um modo de fazer um fechamento sem retomar todo o conteúdo.

5. AVALIAÇÃO (10 minutos)

Cada participante receberá uma ficha com tópicos que correspondem aos 5 momentos da oficina e ficarão livres para escrever e/ou falar em roda sobre cada um desses momentos. É importante que o grupo já esteja mais à vontade para fazer avaliação por meio do diálogo.

- **5º ENCONTRO – SAÚDE BUCAL DO ADULTO**

Objetivo: Socializar/discutir a saúde bucal do adulto

Subtemas: Higiene bucal em situação de uso de próteses (fixas e removíveis), Má oclusão por perda dentária, Influência da hipertensão e diabetes no tratamento odontológico

1. AQUECIMENTO INESPECÍFICO (15 minutos) – Balões ao alto!

Serão distribuídas bexigas que deverão ser enchidas. Tocar uma música e todos jogarão as bexigas para o alto sem deixá-las cair. A cada instante o facilitador vai retirando um participante da brincadeira, até que apenas uma pessoa esteja responsável por manter todos os balões no ar. Finalizar ressaltando a importância da coletividade no trabalho em saúde. Essa dinâmica também representa a mudança de vida para muitos adultos (trabalho, estudo, cuidado dos filhos/pais, etc).

2. AQUECIMENTO ESPECÍFICO (30 minutos) - Roda de conversa com roteiro norteador de perguntas:

- 1) Quais cuidados o adulto deve ter com a saúde bucal?
- 2) Quais as consequências da perda de um dente nessa fase?

3) O paciente hipertenso e diabético pode realizar tratamento odontológico?

4) O que eu, como ACS, posso fazer para contribuir com a situação de saúde bucal desses pacientes?

3. **ATUALIZAÇÃO DO TEMA (30 minutos) - “Mosaico de momentos”**

Momento 1: Com auxílio de um slide, contendo tópicos e imagens, cada pergunta será respondida pelo grupo, dialogando com as vivências relatadas na roda de conversa.

Momento 2 - Mesa interativa: Em uma mesa estarão expostos: Álbum de fotos da evolução da cárie dental e doença periodontal, Modelos de gesso demonstrando consequências da perda dentária, Manequim para demonstração de higienização de próteses fixas e removíveis. Os ACS serão convidados a se aproximarem da mesa, manusear os objetos e tirar dúvidas.

4. **SISTEMATIZAÇÃO (10 minutos)**

Serão retomadas as perguntas e solicitado que em cada uma delas seja comentado o que foi mais relevante sobre o assunto ou algo novo.

5. **AVALIAÇÃO (10 minutos)**

Em roda, o grupo deverá avaliar como foi o encontro. A caixinha para as tirinhas com as impressões/opiniões e sugestões deve ficar disponível também.

• **6º ENCONTRO – SAÚDE BUCAL DO IDOSO**

Objetivo: Socializar/discutir a saúde bucal do Idoso

Subtemas: Higiene bucal e de próteses removíveis, Hábitos Alimentares, Xerostomia, Câncer bucal

1. **AQUECIMENTO INESPECÍFICO (15 minutos) - Dançando com balões**

Serão formadas duplas que deverão dançar sem deixar o balão cair. Será colocada uma música e iniciarão a dança com o balão entre as costas. À medida que a música avança serão dadas instruções: “balão entre as testas”, “troca de dupla”, “troca de balão sem usar as mãos”. Esse é um aquecimento que também pode ser feito com idosos que, em geral, gostam de dançar.

2. **AQUECIMENTO ESPECÍFICO (30 minutos) - Roda de conversa com roteiro norteador de perguntas:**

- 1) Como a saúde bucal pode melhorar a vida do idoso?
- 2) Como deve ser feita a higienização das próteses removíveis e da boca quando se usa prótese?
- 3) Quais as queixas de saúde bucal que os idosos relatam?
- 4) Quais hábitos estão mais relacionados ao câncer de boca e como podemos evita-lo?

3. **ATUALIZAÇÃO DO TEMA (40 minutos) - “Mosaico de momentos”**

Momento 1: Com auxílio de um slide, contendo tópicos e imagens, cada pergunta será respondida pelo grupo, dialogando com as vivências relatadas na roda de conversa.

Momento 2: Exibição do vídeo sobre Odontogeriatria – Ajudando no cuidado com a saúde bucal dos idosos e vídeo sobre autoexame bucal.

Momento 3 - Mesa interativa: Em uma mesa estarão expostos: Álbum de fotos da evolução do câncer bucal, Próteses removíveis para os ACS treinarem a higienização e espelho para realização do autoexame.

4. SISTEMATIZAÇÃO (10 minutos)

Serão retomadas as perguntas e solicitado que em cada uma delas seja comentado o que foi mais relevante sobre o assunto ou algo novo.

5. AVALIAÇÃO (10 minutos)

Em roda, o grupo deverá avaliar como foi o encontro. A caixinha para as tirinhas com as impressões/opiniões e sugestões deve ficar disponível também.

- 7º ENCONTRO – SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Objetivo: Socializar/discutir a saúde bucal da gestante

Subtemas: Tratamento Odontológico durante a gestação e a importância do Pré-natal odontológico

1. AQUECIMENTO INESPECÍFICO (20 minutos) - “emoções de uma barriga”

Cada participante receberá um balão, uma tirinha de papel e uma caneta. Deverão escrever na tirinha de papel as principais emoções, preocupações e desejos que eles imaginam que uma gestante possa ter. Deverão dobrar a tirinha, colocar no balão, e enchê-lo. Quando todos estiverem prontos os balões devem ser trocados espontaneamente entre os participantes. Cada um deverá cuidar do seu balão durante toda a oficina, evitando estourá-lo. (caso alguém estoure antes, deverá guardar consigo a tirinha).

2. AQUECIMENTO ESPECÍFICO (15 minutos) - Mural das dúvidas

Cada participante comentará sua principal dúvida sobre a saúde bucal da gestante. Estas serão anotadas e coladas em um mural.

3. ATUALIZAÇÃO DO TEMA (40 minutos) - “Mosaico de momentos”

Momento 1: Exibição de vídeo sobre Saúde bucal da Gestante.

Momento 2: Roda de Conversa com roteiro de perguntas norteadoras

- A gestante pode realizar tratamento odontológico?

-Existe melhor momento para a realização do tratamento?

-Porque ocorre a baixa adesão das gestantes ao pré-natal odontológico?

-O que eu, como ACS, posso fazer para melhorar essa situação?

Durante as perguntas serão exibidos slides com tópicos e imagens que facilitarão a atualização e fomentarão a discussão.

4. SISTEMATIZAÇÃO (10 minutos)

Esta será uma sistematização atípica: cada um, nesse momento, vai estourar o balão (que não é o seu, pois houve a troca). Em roda, cada uma deverá ler o que está escrito na tirinha. Ao final, o grupo deve refletir sobre a diferença dos significados da gestação para cada um. A intenção é de sensibilização.

5. AVALIAÇÃO (10 minutos)

Em roda, o grupo deverá avaliar como foi o encontro. A caixinha para as tirinhas com as impressões/opiniões e sugestões deve ficar disponível também.

• 8º ENCONTRO – AVALIAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO

Objetivo: Discutir e avaliar a qualificação em saúde bucal

1. AQUECIMENTO INESPECÍFICO (20 minutos) - “Auxílio Mútuo”

Todos em círculo e de pé, será dado um espetinho de frutas para cada participante as seguintes orientações: sem sair do lugar em que estão, com a mão esquerda atrás das costas, mão direita segurando o espetinho e braço esticado e movimentando apenas para a direita e para a esquerda, todos devem comer as frutas. Aguardar até que alguém tenha a iniciativa de como executar a tarefa, que só há uma: oferecer a fruta para a pessoa ao lado. A dinâmica é encerrada comentando sobre a importância do apoio entre os profissionais.

2. ATUALIZAÇÃO DO TEMA (40 minutos) - Roda de conversa com roteiro norteador de perguntas:

- 1) Como me senti neste processo de aprendizagem?
- 2) O que foi mais importante para mim nesta qualificação?
- 3) O que poderia ser diferente?
- 4) As metodologias utilizadas (dinâmicas, rodas de conversa) foram boas?

3. SISTEMATIZAÇÃO (10 minutos)

Pedir para que comentem sobre a pergunta: Como a realização das atividades de saúde bucal podem influenciar no meu trabalho como ACS?

4. AVALIAÇÃO (10 minutos)

Em roda, o grupo deverá avaliar como foi o encontro. A caixinha para as tirinhas com as impressões/opiniões e sugestões deve ficar disponível também.

- **1º VISITA DOMICILIAR COM ACS**

Objetivo: Inserção de práticas preventivas em saúde bucal na rotina do ACS

O cirurgião-dentista acompanhará um ACS de cada vez em sua rotina de visitas domiciliares. Em cada uma delas os dois profissionais realizaram juntos algumas atividades como: Avaliação da higiene e da condição de saúde bucal da família e identificação de pacientes com alterações bucais; Compartilhamento de informações sobre dieta, alimentação, prevenção de doenças bucais e métodos de higienização; Evidenciação de placa e escovação dental supervisionada; A equipe deve estar munida de escovas de dente, pasta de dente, fio dental, macromodelo, evidenciador de placa, flúor, espátulas de madeira e prontuário odontológico para registro.

- **ATIVIDADE COLETIVA NA ESCOLA**

Objetivo: Compartilhar como são realizadas e incentivar a participação dos ACS nas atividades coletivas de saúde bucal

Momento 1: Roda de conversa para apresentação do planejamento de ações em saúde bucal programadas com a escola.

Momento 2: Realização de atividade coletiva nas turmas, como: Evidenciação de placa bacteriana, Escovação dental supervisionada e Aplicação Tópica de Flúor.

Momento 3: Roda de conversa para avaliação da atividade e dúvidas.

- **GRUPO DE IDOSOS**

Objetivo: Incentivar a realização de atividades com idosos.

Em uma das reuniões do grupo de idoso do Centro de Referência de Assistência Social do Arraial D'ajuda, os ACS participarão desenvolvendo atividades de Educação em Saúde bucal como: a rea-

lização do autoexame para detecção precoce do câncer bucal e a correta higienização de prótese removíveis.

- **2º VISITA DOMICILIAR COM ACS**

Objetivo: Inserção de práticas preventivas em saúde bucal na rotina do ACS

Assim como nas 1º visitas domiciliares, o CD acompanhará os ACS nas visitas. Entretanto, diferente das iniciais, nas quais o CD iniciava e realizava as práticas de saúde bucal, nesta 2º etapa os próprios agentes conduzirão essas atividades, da maneira e no momento adequado à sua prática, estando o CD apenas para auxiliar na realização das mesmas. Deve-se incorporar na visita aspectos relacionados às oficinas.

DISCUSSÃO

A qualificação de Agentes Comunitários é um dos temas englobados pela educação na saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988, no artigo 200, inciso III, compete ao governo a formação de recursos humanos na área da Saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde desenvolveu e adotou várias estratégias visando a formação dos trabalhadores da saúde, com ênfase nas necessidades de saúde da população e no desenvolvimento do SUS (BRASIL, 1988).

As atividades propostas na qualificação tentam abranger as duas principais políticas voltadas para a educação no âmbito do SUS: a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular em Saúde, uma vez que trazem pressupostos teóricos e práticos essenciais para a atividade educacional com o público visado: profissionais de saúde e adultos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica, que visa transformar e qualificar a atenção à saúde através de novos processos de formação e práticas educativas em saúde. Em suas formulações teóricas a EPS reconhece o adulto como sujeito de educação (tradicionalmente centrado na criança) e mostra que os locais de aprendizagem estão presentes ao longo de toda a vida, e não apenas no ambiente escolar (BRASIL, 2000; 2009).

Assim, é possível reconhecer o potencial educativo de outros ambientes, como o local de trabalho. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) prevê a transformação de situações diárias no trabalho em aprendizagem, através de uma reflexão sobre os problemas da prática e sobre o próprio processo de trabalho (BRASIL, 2009). Neste sentido, a oficina inicial com os ACS serviu como momento oportuno de ponderação sobre a saúde bucal em suas rotinas e como podem introduzir tal tema no trabalho que já realizam.

O cronograma da qualificação foi construído com base nesses pressupostos, no qual os ACS - ao exporem que muitas ações realizadas no dia-a-dia são organizadas e voltadas para os diversos ciclos de vida - optaram por abordar a saúde bucal no mesmo modelo. A abordagem por ciclos de vida tornou-se um desafio, visto que algumas qualificações/capacitações como a de Tondélo (2006), tem sua metodologia baseada nas principais doenças e agravos em saúde bucal.

O ciclo de vida individual e familiar representa as transformações que ocorrem ao longo da história das pessoas. Este desenvolvimento exige adaptação dos seus membros no desempenho de seus papéis, que pode influenciar na dinâmica do processo saúde-doença. A promoção de saúde deve incluir ações que compreendam os diferentes comportamentos e determinantes de cada ciclo, para que a integralidade seja promovida. (GENIOLE, 2011; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002). Assim, as oficinas da qualificação abordam a saúde bucal nas fases da vida (bebê, criança, adolescente, adulto, idoso e gestação)

SUMÁRIO

com suas peculiaridades, sendo as doenças trabalhadas dentro dos ciclos, conforme Caderno de Atenção Básica nº 17 (BRASIL, 2008).

Entretanto, para produzir mudanças práticas, a abordagem teórica (isoladamente) não é suficiente, devendo ser valorizado o conhecimento prático e a reflexão compartilhada (BRASIL, 2009). Stroschein e Zocche (2011) afirmam ainda que “não adianta somente analisar as práticas, mas criar meios para mudá-las e, principalmente, que os atores envolvidos tenham ação e reflexão das suas práticas cotidianas”.

A concepção da EPS está na ideia de que o conhecimento se constrói com base nas dúvidas e nos questionamentos das práticas e dos problemas vivenciados. Sendo necessária uma reflexão a respeito do que é necessário aprender/desaprender e como fazer para que os resultados desses questionamentos sejam incorporados por todos.

Neste contexto, a EPS não é contemplada através da “transmissão” de conhecimentos específicos em cursos ou capacitações, mas em processos de aprendizagem de longo prazo, pelos quais os participantes avaliem a prática de forma crítica, e que o conhecimento construído sirva de alternativa para os problemas vividos (BRASIL, 2009).

Como forma de concretizar a ideia de que o aprender e o ensinar devem estar integrados à prática dos profissionais de saúde, optou-se por inserir no cronograma da qualificação o principal instrumento de trabalho do ACS: a visita domiciliar. Essa consiste em um método/tecnologia/instrumento (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008) de identificação, *in loco*, de características sociais e epidemiológicas, problemas de saúde e vulnerabilidades aos agravos em saúde (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

As visitas domiciliares foram inseridas em dois momentos da qualificação, nos quais os ACS poderão exercitar, de forma prática, a abordagem dos temas vivenciados nas oficinas. Nos dois momentos

pretende-se realizar atividades voltadas para a saúde bucal, como exame bucal das famílias, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, além da educação em saúde.

A divisão em dois momentos é necessária para que nas primeiras visitas o ACS conheça “o novo” - representado pela inserção da saúde bucal no atendimento domiciliar - e para que o cirurgião-dentista demonstre como os procedimentos coletivos podem ser realizados. No segundo momento de visitas, pressupondo que o ACS já possuirá conhecimento de saúde bucal, será incentivado a abordar os temas trabalhados da forma e nos momentos mais apropriados à sua prática.

Outro instrumento prático utilizado na qualificação são as Atividades Coletivas na escola. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o ACS possui, entre suas atribuições, o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas para promoção da saúde e prevenção das doenças (BRASIL, 2012). Sua inserção nas atividades de saúde bucal, além de proporcionar o conhecimento prático dessas metodologias, amplia o número de atividades que o agente pode realizar nos diversos espaços coletivos do seu território.

Essas atividades representam a realidade concreta, gerando desafios e reflexões. Os resultados delas (fracassos e sucesso) servirão de base para novas reflexões e problematização, extrapolando o compartilhamento momentâneo das oficinas (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015). Neste sentido, a visita domiciliar e as atividades na escola não contemplam apenas a Educação Permanente, mas também a Educação Popular em Saúde.

As experiências práticas são fundamentais para a construção da educação na saúde. Entretanto, a reflexão destas práticas possui caráter igualmente importante. A análise da realidade e dos processos de trabalho foram incorporados nas oficinas, seguindo os princípios da Educação Popular em Saúde.

SUMÁRIO

Esta filosofia educacional possui suas bases na Educação Popular proposta por Paulo Freire, defensor de que todos detêm algum tipo de conhecimento, e que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987). As ideias de Paulo Freire foram de extrema importância na saúde pública, pois fortaleceram as críticas feitas aos métodos da educação sanitária e deram suporte para a construção de novas práticas educativas (BORNSTEIN *et al.*, 2016; BRASIL, 2007).

Aprovada em 2012, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde define a Educação Popular como uma prática político-pedagógica que serve de orientação para a construção de processos educativos e de trabalho social, direcionada a promoção da autonomia das pessoas. Uma prática sem a hierarquização dos saberes, com ênfase na horizontalidade entre o conhecimento popular e o técnico-científico, para através do diálogo e do compartilhamento de prática e vivências, se opor e enfrentar as situações de exclusão social (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014; BRASIL, 2012).

Afonso e cols. (2010) apresentam uma proposta de organização de oficinas para a incorporação dos princípios da Educação Popular em Saúde. Segundo a autora é sugerido que cada oficina apresente três momentos básicos: Um momento inicial para preparação do grupo através de relaxamento e/ou aquecimento; um momento intermediário onde serão realizadas as atividades e a reflexão do tema proposto; um momento final onde ocorre a sistematização e a avaliação das experiências vivenciadas na oficina. Com base nesta proposta, as oficinas foram organizadas em: Aquecimento Inespecífico (momento inicial); Aquecimento Específico e Atualização do tema (momento intermediário); Sistematização e Avaliação (momento final).

Para todos esses momentos deverão ser programadas atividades apropriadas ao tema, ao público-alvo, ao ciclo de vida, ao contexto social, cultural e econômico. Esse capítulo não aborda em profundidade as

características psicossociais de cada ciclo de vida, mas é fundamental que se estude sobre isso. Cristino (2019) resgata essas características, sugerindo estratégias pedagógicas apropriadas a cada ciclo de vida.

O Aquecimento Inespecífico visa, através do uso de dinâmicas, proporcionar uma vivência grupal, para que os participantes se sintam à vontade e seja criado um clima de liberdade, diálogo e comunhão. Tem como objetivo “trazer” os participantes para a atividade, no sentido de acolhimento e concentração do grupo para o encontro.

No Aquecimento Específico a principal estratégia é a Roda de Conversa com roteiro norteador de perguntas. Esse é o momento onde a temática da oficina é introduzida com base nas falas e no conhecimento prévio dos participantes, como sugere pedagogia da problematização, baseada na teoria educacional de Paulo Freire (FREIRE, 1987; STROSCHEIN; ZOCHE, 2011). As perguntas norteadoras servem como estímulo de participação e fala. Além de propor a elaboração de práticas em saúde com base na análise crítica da realidade e nas experiências compartilhadas. Resgata-se assim as potencialidades e capacidades para intervir nos problemas da comunidade. (BORNSTEIN *et al.*, 2016; BRASIL, 2012). Pode-se utilizar outros recursos como discussão a partir de vídeos, notícias de jornal, entre outros.

A atualização do tema é o momento no qual ocorre a “exposição e análise de informações sobre o tema, comparando-as com as experiências dos participantes, para mútuo esclarecimento” (AFONSO *et al.*, 2010). A fundamentação teórica deve estar atrelada ao contexto real do grupo e os recursos utilizados devem promover a interação dos participantes com o tema, representados nas oficinas pelos vídeos e mesas interativas. Este é o momento ideal para uma reflexão teórico-prática (a partir da discussão dialética) e de elaboração coletiva das respostas às problemáticas levantadas.

A sistematização, segundo Afonso e cols. (2010), é o momento de visualizar a produção do grupo para que se possa consolidar o que foi trabalhado ou retomar pontos que não foram bem compreendidos. O foco da sistematização deve ser a fala do grupo, recontextualizando as informações na experiência dos participantes.

A última etapa é a avaliação, que constitui um processo sistemático ao longo da aprendizagem. A etapa avaliativa dará ao facilitador subsídio para rever o planejamento das próximas atividades. Foi ressaltado na oficina final um aspecto importante: a auto avaliação ou autoanálise. Estas, segundo Strocchein e Zocche (2011), não devem ser somente individuais, mas também coletiva, pois se faz necessário reconhecer o que deve mudar, o que deve continuar e o que se deve recriar na prática comum a todos.

O desejo de construir uma qualificação como prática educativa crítica, comprometida com os princípios democráticos e rejeitando qualquer forma de discriminação – princípios da Educação Popular em Saúde -, torna possível traçar um breve comparativo entre as oficinas propostas na qualificação e os Círculos de Cultura (MONTEIRO; VIEIRA, 2010; BRANDÃO, 2005).

Sistematizados inicialmente por Paulo Freire, os Círculos de Cultura são uma proposta pedagógica de caráter democrático. Constituem um espaço dinâmico, onde ocorre a aprendizagem através da troca mútua de conhecimentos. É fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora, “onde os integrantes dialogam, leem, escrevem e constroem o mundo em que vivem” (CAVALCANTE *et al.*, 2016; FREIRE, 1987; DANTAS; LINHARES, 2014).

Segundo Monteiro e Vieira (2010) os Círculos de Cultura concretizam uma ideia alternativa às “salas de aula”. Visam promover uma experiência participativa com base no diálogo, essencial para a reflexão-ação do processo de trabalho e educação em saúde.

Lima (1979) e Dantas e Linhares (2014) descreveram didaticamente o Círculo de Cultura em três momentos: a investigação temática, onde são extraídas do universo vocabular do grupo as palavras geradoras; a tematização, momento em que são trabalhados os temas e as palavras geradoras, possibilitando uma ampliação e compreensão dos conhecimentos e da realidade própria; a problematização, momento onde é instigado o olhar crítico e reflexivo dos participantes (CAVALCANTE et al., 2016; DANTAS; LINHARES, 2014).

Monteiro (2008), através de uma experiência participativa com enfermeiras da eSF em Recife/PE, propõe uma estruturação diferente, porém derivada do círculo de cultura “tradicional”. As oficinas propostas na qualificação se estruturaram de maneira semelhante aos Círculos de Cultura elaborados pela autora. No quadro 2 observamos os momentos presentes nas oficinas aqui propostas, baseadas na metodologia de Afonso e cols. (2010) e os dois modelos de Círculos de Cultura.

Observa-se que são utilizadas diferentes nomenclaturas para cada momento. Entretanto, ao analisar os conteúdos de cada etapa, constata-se que algumas delas apresentam finalidades semelhantes.

Nos círculos de cultura descritos por Lima (1979) e Dantas e Linhares (2014) a primeira etapa é a investigação temática. Como já citado, neste momento são selecionadas as palavras geradoras entre os participantes do grupo. Tal metodologia foi semelhante ao trabalho de Monteiro (2008) com enfermeiras, no qual obteve não apenas o conhecimento do universo vocabular do grupo, mas um conhecimento prévio e profundo de todos os componentes. Neste trabalho a etapa de investigação temática pode ser associada à oficina inicial com os ACS, antes do planejamento apresentado. Apesar de não ser utilizada a metodologia das palavras geradoras, foram selecionados temas para serem trabalhados nas oficinas.

Quadro 2 - Relação entre as oficinas em dinâmicas de grupo (AFONSO, 2010) e os Círculos de Cultura de: Monteiro (2008) e Lima (1979); Dantas e Linhares (2014).

Oficinas da Qualificação em saúde bucal (AFONSO <i>et al.</i> , 2010)	Círculos de Cultura (MONTEIRO, 2008)	Círculos de Cultura – Método Paulo Freire (Lima, 1979 e Dantas e Linhares, 2014)
	Conhecimento prévio do grupo (universo vocabular)	Investigação Temática
Momento Inicial Aquecimento Inespecífico	Dinâmica de sensibilização e descontração	
Momento Inicial Aquecimento Específico	Trabalho das questões norteadoras	Tematização
Momento Intermediário Atualização do Tema	-Fundamentação teórica; -Reflexão teórico-prática; -Elaboração Coletiva das respostas;	Problematização
Momento Final Sistematização Avaliação	Avaliação de cada círculo	

O aquecimento inespecífico da qualificação se assemelha as Dinâmicas de sensibilização e descontração proposto por Monteiro (2008). As duas metodologias objetivam criar momentos que propiciem o fortalecimento dos laços do grupo, a concentração ou o relaxamento, através de atividades lúdicas e dinâmicas. Apesar de não estar descrito como um momento específico no Círculo de cultura descrito por Lima (1979) e Dantas e Linhares (2014), alguns trabalhos como o de Cavalcante *et al.*, (2016) utilizaram técnicas de sensibilização e descontração em seus Círculos. Fica clara a importância desta etapa como forma de fortalecer vínculos existentes em grupos que já se conhecem ou de criar estes vínculos em grupos de desconhecidos.

As etapas de Aquecimento Específico e Atualização do tema possuem semelhanças com as etapas de Trabalho das questões norteadoras, Fundamentação teórica, Reflexão teórico-prática e Elaboração Coletiva das respostas propostas por Monteiro (2008). Bem como com os momentos de Tematização e Problematização por Lima (1979) e Dantas e Linhares (2014). Tal semelhança está no fato de que todos estes momentos são dedicados a discussão e problematização dos temas propostos. Apesar das diferentes nomenclaturas, todas perpassam pelos princípios da Educação Popular em Saúde.

Nenhum dos modelos citados apresenta a etapa de sistematização, e a avaliação está ausente apenas no modelo proposto por Lima (1979) e Dantas e Linhares (2014), entretanto, assim como o aquecimento inespecífico, está presente em círculos que utilizaram o Método Paulo Freire, como o de Cavalcante e cols. (2016).

Observa-se que apesar dos autores organizarem suas oficinas ou círculos de cultura de maneiras sistematicamente diferentes, todas são regidas pela Educação Popular em Saúde. Apresentam, portanto, características comuns como: o diálogo, a problematização, o compromisso com a construção de um projeto democrático e popular, a construção compartilhada do conhecimento e a emancipação, itens essenciais para a construção de uma educação em saúde libertadora (BRASIL, 2012).

A construção de uma qualificação baseada nos princípios da Educação Permanente em saúde e na Educação Popular em saúde representa um desafio, visto que a formação dos profissionais de saúde em muitas instituições não engloba estas propostas, além de predominar a chamada Educação Bancária. Nesta o professor fornece conteúdos aos alunos sem incentivar a participação e o senso crítico (FREIRE, 1996).

Segundo Strochein e Zocche (2011), em muitas situações os profissionais apenas reproduzem modelos de atenção já conhecidos, sem colocar tais práticas em discussão com os atores envolvidos.

Neste contexto, a metodologia da problematização se revela como a principal dificuldade/desafio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Agente Comunitário de Saúde representa o principal articulador entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que contribui para a construção e consolidação local do sistema de saúde e de vinculação no território. Parte do trabalho desses profissionais consiste em desenvolver ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, com o objetivo de estimular na população o autocuidado e desenvolvimento local que impacte positivamente na qualidade de vida.

Esse projeto de intervenção, teve o objetivo de construir uma proposta de qualificação em saúde bucal com ACS, baseada nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde. Tais políticas forneceram subsídios para elaboração de um projeto voltado para a prática profissional e reflexão das problemáticas de saúde bucal da comunidade.

Foi estruturada em uma série de oficinas – organizadas por ciclos de vida – visitas domiciliares e atividades coletivas, buscando inserir ações de saúde bucal na rotina de trabalho, elemento essencial para que tais profissionais possam prestar assistência integral aos usuários. Apesar das diferentes formatações, as oficinas se assemelham do ponto de vista pedagógico aos Círculos de Cultura, tanto os formatados inicialmente por Paulo Freire, quanto as variações de outros autores. Tais semelhanças ocorrem pela filosofia educacional comum, na qual todas foram baseadas: a Educação Popular.

Recomenda-se que este projeto seja implementado pela gestão com todos os ACS do Município de Porto Seguro, uma vez que é ine-

xistente a formação em saúde bucal (de modo formal) para esses profissionais. Vale ressaltar que o processo de aprendizagem em saúde deve acontecer de maneira incessante, não sendo limitado a uma qualificação, mas construído todos os dias entre todos os profissionais.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. *et al. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

AMARAL, M. C. S.; PONTES A. G. V.; SILVA J. V. O ensino de educação popular em saúde para o SUS. *Interface – comunicação, saúde, educação*; 18(2): 1547-1558, 2014.

BORNSTEIN, V. J. *et al. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

BRANDÃO, C. R. *O que é o método Paulo Freire 7º Ed.* São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado Federal, Brasília: 1988. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 5 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção básica nº 17.* Brasília: Ed. Ministério da Saúde. Cap. 5, p. 52-66, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28/03/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Educação Permanente. Cadernos de atenção básica.* Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.267, de 06/03/2001. Dispõe sobre a inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Estratégica. *Caderno de Educação Popular e Saúde.* Brasília, DF, 2007.

SUMÁRIO

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012.

CASTRO, R. F. *As Teorias Da Aprendizagem e a Ead*. 2005. p. 50–57. Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <http://guaiaca.ufpel.edu.br/bitstream/123456789/1716/1/Rafael_Fonseca_de_Castro_Dissertacao.pdf>.

CAVALCANTE, A. S. P. *et al.* Círculos de Cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade. *Rev. Bras. Pesq. Saúde. Vitória*: v. 18. n. 4, p. 124-131, 2016.

CRISTINO, PS. Ações educativas na Atenção Primária em Saúde (APS). In: *Manual para formação de preceptores em saúde bucal na atenção primária em saúde: a experiência do município de Salvador-BA*, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/3274>> Acesso em: 29 set, 2020.

DANTAS, L. V.; LINHARES, A. M. B. Círculos de Cultura: Problematização da realidade e protagonismo popular. *2º Caderno de Educação Popular em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 27 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido* 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GENIOLE, L. A. I. *et al.* *Saúde Bucal por ciclos de vida*. Campo Grande: UFMG – Fiocruz, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas de população enviadas ao TCU*. Brasília: 2017. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_TCU_2017_20180824.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2018.

KOYASHIKI, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13 n. 4. p.1343-1354, 2008.

LIMA, L. O Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. *Tecnologia, Educação e Democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc. Cuid. Saúde*. Maringá: v.7. n.2. p. 241-247. Abr./Jun. 2008.

MOCKDECI, H. R.; SOUZA, T. S.; RODRIGUES, C. M.; LEITE, I. C. G. Capacitação em saúde bucal para Agentes Comunitários da cidade de Juiz de Fora – MG. *HU Revista*. Juiz de Fora: v.39. p. 45-52, 2013.

MONTEIRO, E. M. L. M. (RE) *Construção de ações de educação em saúde a partir dos círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, M. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: v. 63. N. 3. 2010.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 39(2): 196-207, 2015.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. *Saúde bucal da família: quando um corpo ganha uma boca*. Os dizeres da boca em Curitiba – Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. Agentes Comunitários de Saúde: formação, inserção e prática. *Cad. Saúde Pública*, v.24. n.6. p. 1304-1313, 2008.

SAGE. SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (SAGE-MS). 2018. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 5 mai. 2018.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, A. A. A. Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro: v.9. n.3. p. 505-519, nov. 2011/fev. 2011.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: Instituto para o desenvolvimento da saúde, Universidade de São Paulo, *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 43-46. 2001.

TONDÉLO J. *Avaliação de uma Proposta de uma Programa Educativo em Saúde Bucal para Agentes Comunitários de Saúde*. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Concentração em saúde bucal coletiva). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

VASCONCELOS, E. M.; VASCONCELOS, M. O. D.; SILVA, M. D. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. *Educação e Contemporaneidade*. Salvador: FAEEBA. v. 24. n. 43. p. 89-106, 2015.

SOBRE OS ORGANIZADORES

1) SÔNIA CRISTINA LIMA CHAVES

Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA. Doutora em Saúde Pública. Pós-doutora em Sociologia pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFBA. Email: schaves@ufba.br

2) ANA MARIA FREIRE DE SOUZA LIMA

Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Especialista em Gestão em Saúde. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Email: anamariafsl@gmail.com

3) RODOLFO MACEDO CRUZ PIMENTA

Professor Substituto do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente dos Cursos de Saúde da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana (UNEF). Especialista em Saúde da Família. Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pela UEFS. Email: rodolfo.pimenta@gmail.com

SUMÁRIO

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

1) Aline Melo Novais

Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família – SMS de Salvador-BA. Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Email: li-novais@hotmail.com

2) Ana Maria Freire de Souza Lima

Professora Assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Especialista em Gestão em Saúde. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Email: anamariafsl@gmail.com

3) Ana Paula Portugal Chagas Valente

Mestranda em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Especialista em Saúde Coletiva pela FOUFBA. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela UFMS em parceria com FIOCRUZ. Email: anabellaportugal@gmail.com

4) Anna Beatriz Santos Ribeiro Silva

Cirurgiã-dentista no Programa de Saúde da Família da Secretaria de Saúde em Salvador - BA. Pós-graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Email: annabiaribeiro@yahoo.com.br

5) Caio Sousa Ferraz

Cirurgião-dentista pela UESB, Especialista em Ortodontia e em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), e atua como Ortodontista no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Vitória da Conquista, Bahia. Email: calpferraz@hotmail.com

6) Eneli Rios Beserra

Graduação em Odontologia pela UEFS, Especialista em Prótese Dentária pela Abo Bahia, Especialista em Saúde Coletiva com área de concentração em saúde da família na modalidade de ensino a distância (EAD) pela Faculdade de Odontologia da UFBA. Email: odonto.enelirios@gmail.com

7) Fernanda Amorim Helfenstein

Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS/ FIOCRUZ). Preceptora de odontologia pela FESF-SUS/FIOCRUZ. Email: fernanda_helfenstein@icloud.com

8) Indira Rodrigues de Souza Ferrari Oliveira

Graduada em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2011). Especialista em Prótese Dentária pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em Saúde Coletiva pela FOUFBA. Especialista em Saúde da Família - FESF-SUS/Fiocruz. Cirurgiã-dentista da Estratégia de Saúde da Família em Salvador - BA. Mestranda em Saúde Coletiva no Mepisco-UNEB. Email: indlrarss@hotmail.com

9) Juliana Andrade de Lacerda

Doutoranda do Programa Odontologia e Saúde da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA). Mestre em Odontologia, área de concentração em Ortodontia - Fundação Hermínio Ometto/FHO (Araras/SP); Especialista em Ortodontia - ABO-BA; Especialista em Saúde Coletiva (FOUFBA). Email: julilacerda@hotmail.com

10) Lilia Paula de Souza Santos

Dentista do SUS - SMS Mutuípe-BA. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Email: lilia_paula@yahoo.com.br

11) Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Saúde Coletiva pelo FO-UFBA. Especialista em Implantes Dentários pela Faculdade Avantis. Cirurgião-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Doutorando em Odontologia e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Email: marcel.carvalho@live.com

12) Maria Beatriz Barreto de Sousa Cabral

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia. Professora aposentada da Universidade Federal da Bahia. Email: mbscabral@gmail.com

13) Marília de Matos Amorim

Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Email: amorim.mah@hotmail.com

14) Matheus Ribeiro dos Santos

Cirurgião-Dentista no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA), especialista em Saúde Coletiva pela UFBA e mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/ UFSB). Email: mateurs14@hotmail.com

15) Mayanna Myrenna Trindade da Silva

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2009. Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Atualmente atua na Estratégia de Saúde da Família como dentista clínico no município de Jaguaripe- BA.

16) Patrícia Suguri Cristino

Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Odontologia Restauradora pela Faculdade de Odontologia Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Doutorado (em andamento) em Psicologia Organizacional do Instituto de Psicologia da UFBA. Email: patriciasuguricristino@gmail.com

17) Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Professor Substituto do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente dos Cursos de Saúde da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana (UNEF). Especialista em Saúde da Família. Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pela UEFS. Email: rodolfo.pimenta@gmail.com

18) Sabrina Alves de Oliveira

Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Especialização em Saúde Coletiva pela UFBA. Cirurgião-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues. Email: sabrinaalves182@hotmail.com

19) Sandra Garrido de Barros

Professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA. Doutorado em Saúde Pública (ISC-UFBA). Email: sgb@ufba.br

20) Sarah dos Santos Conceição

Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UnB. Analista técnica do Ministério da Saúde. Email: sarahs.conceicao@gmail.com

21) Sônia Cristina Lima Chaves

Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva-UFBA. Doutora em Saúde Pública. Pós-Doutora em Sociologia pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFBA. Email: schaves@ufba.br

22) Tatiana Frederico de Almeida

Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Cirurgiã-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Email: tatifrederico@yahoo.com.br

23) Tharita Vieira Costa Cattai

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Odontóloga na Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Salvador. Especialização em Saúde Coletiva com Ênfase em PSF pela Faculdade de Tecnologia e Ciências da Bahia (2013), Odontologia do Trabalho pelo Centro de Estudos Odontológicos (2012) e Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2018). Email: thati_vieira@hotmail.com

ORGANIZADORES

1) Sônia Cristina Lima Chaves

2) Ana Maria Freire de Souza Lima

3) Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

AUTORES

- 1) Aline Melo Novais
- 2) Ana Maria Freire De Souza Lima
- 3) Ana Paula Portugal Chagas Valente
- 4) Anna Beatriz Santos Ribeiro Silva
- 5) Caio Sousa Ferraz
- 6) Eneli Rios Beserra
- 7) Fernanda Amorim Helfenstein
- 8) Indira Rodrigues de Souza Ferrari Oliveira
- 9) Juliana Andrade de Lacerda
- 10) Lilia Paula de Souza Santos
- 11) Marcel Jhonnata Ferreira Carvalho
- 12) Maria Beatriz Barreto de Sousa Cabral
- 13) Marília de Matos Amorim
- 14) Matheus Ribeiro dos Santos
- 15) Mayanna Myrenna Trindade Da Silva
- 16) Patrícia Suguri Cristino
- 17) Rodolfo Macedo Cruz Pimenta
- 18) Sabrina Alves de Oliveira
- 19) Sandra Garrido de Barros
- 20) Sarah dos Santos Conceição
- 21) Sônia Cristina Lima Chaves
- 22) Tatiana Frederico de Almeida
- 23) Tharita Vieira Costa Cattai

ÍNDICE REMISSIVO

A

acessibilidade 11, 15, 50, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 69, 127, 128, 129, 138, 143, 202, 220, 308, 322

acesso 20, 23, 24, 25, 29, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 87, 90, 91, 93, 94, 95, 98, 99, 101, 111, 112, 113, 114, 116, 121, 126, 127, 129, 131, 134, 137, 139, 143, 146, 151, 153, 154, 159, 162, 163, 168, 169, 170, 171, 176, 177, 178, 180, 184, 197, 198, 201, 202, 204, 206, 207, 208, 215, 217, 218, 226, 228, 231, 237, 249, 251, 255, 257, 259, 262, 277, 283, 285, 286, 294, 295, 298, 307, 308, 310, 311, 313, 314, 315, 316, 318, 319, 320, 321, 322, 325, 326

ações de saúde 24, 25, 27, 64, 71, 121, 143, 163, 210, 269, 283, 312, 353

adesão 17, 32, 169, 172, 196, 218, 295, 296, 299, 310, 313, 317, 318, 319, 320, 340

ansiedade 64, 67

assistência odontológica 50, 54, 55, 60, 87, 111, 196, 197, 210, 221, 292, 320

assistência ortodôntica 11, 17, 224, 226, 227, 229, 230, 231, 239, 243

autonomia 19, 57, 67, 79, 81, 83, 90, 93, 133, 153, 168, 187, 192, 301, 347

B

bancos de dados 25, 32

biomédico 52, 90, 308

C

câncer 11, 16, 86, 87, 94, 95, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150,

151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 214, 338, 343

coleta de dados 27, 29, 33, 47, 114, 158, 230, 275

comunicação 24, 25, 26, 32, 42, 46, 126, 127, 129, 131, 137, 138, 146, 154, 158, 184, 207, 241, 275, 301, 324, 354

coronavírus 20, 262

D

deficiência 11, 15, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 146, 158

diagnóstico 16, 26, 52, 65, 79, 86, 141, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 155, 157, 158, 159, 180, 181, 187, 198, 204, 205, 214, 216, 229, 238, 249, 259, 260, 270, 293, 300

doenças 53, 54, 67, 78, 89, 95, 111, 168, 177, 186, 203, 205, 209, 268, 269, 274, 276, 283, 293, 294, 296, 298, 303, 308, 324, 326, 330, 331, 342, 344, 345, 346

E

educação 9, 10, 11, 15, 19, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 149, 162, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 178, 180, 188, 189, 196, 211, 212, 218, 269, 276, 295, 304, 305, 310, 311, 312, 313, 314, 318, 319, 320, 322, 327, 328, 330, 343, 344, 346, 347, 349, 352, 354, 356

epidemiológicos 11, 27, 78, 99, 111, 154, 158, 204, 225, 226, 228, 262, 275, 277

SUMÁRIO

G

gestantes 16, 52, 87, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 201, 203, 205, 209, 210, 212, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 227, 259, 260, 277, 292, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 305, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 340
globalização 24, 284

I

inclusão 16, 55, 58, 71, 74, 83, 84, 88, 165, 169, 224, 229, 241, 269, 271, 354
informação 9, 11, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 50, 55, 70, 79, 87, 89, 91, 94, 124, 126, 127, 128, 132, 138, 143, 153, 159, 167, 176, 180, 192, 196, 240, 241, 242, 247, 275, 276, 277, 286, 295, 298, 320
infraestrutura 28, 50, 61, 62, 130
intervenção 16, 17, 18, 61, 79, 80, 85, 88, 95, 120, 145, 176, 181, 183, 187, 188, 191, 237, 278, 292, 296, 305, 310, 311, 315, 316, 317, 318, 324, 327, 328, 353

L

labiopalatina 11, 17, 246, 250, 252, 255, 258, 259, 263, 264

N

necessidades especiais 50, 51, 52, 53, 55, 56, 60, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 90, 214, 261, 304
nordeste 15, 100, 133, 265

P

pandemia 9, 20, 262
políticas públicas 20, 25, 78, 100, 113, 142, 143, 226, 243, 308

pré-natal 11, 16, 17, 87, 162, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 215, 217, 218, 221, 257, 259, 260, 292, 294, 295, 296, 297, 299, 306, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 340
processo de trabalho 19, 24, 29, 35, 40, 128, 177, 284, 293, 344, 349
profissionais de saúde 14, 23, 24, 29, 43, 57, 59, 72, 79, 121, 126, 135, 136, 148, 164, 169, 179, 189, 193, 194, 197, 210, 220, 287, 296, 298, 318, 343, 345, 352

R

relato de experiência 15, 16, 17, 29, 47, 94, 95, 162, 166, 296
resistência 40, 66, 210

S

saúde bucal 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 30, 31, 50, 53, 54, 55, 60, 61, 64, 66, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 125, 134, 135, 137, 138, 145, 146, 148, 150, 153, 157, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 186, 187, 188, 191, 192, 193, 196, 197, 198, 203, 205, 208, 209, 212, 214, 219, 221, 224, 225, 229, 237, 241, 242, 243, 256, 263, 265, 269, 270, 277, 278, 280, 281, 286, 287, 288, 289, 290, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 312, 313, 318, 320, 321, 322, 324, 325, 326, 328, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 346, 351, 353, 354, 355, 356

SUMÁRIO

saúde da família 16, 17, 31, 32, 40, 65, 75, 117, 135, 136, 184, 186, 188, 191, 192, 263, 268, 274, 275, 276, 278, 280, 281, 285, 286, 287, 288, 289, 292, 293, 295, 306, 309, 312, 356, 358

serviços de saúde 15, 20, 24, 25, 26, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 65, 67, 69, 70, 73, 75, 76, 77, 79, 80, 86, 89, 90, 98, 111, 113, 116, 122, 123, 124, 127, 130, 131, 132, 134, 136, 143, 145, 177, 178, 199, 206, 207, 208, 212, 214, 251, 269, 274, 275, 276, 284, 285, 296, 306, 307, 322, 324, 353, 356

serviços públicos 9, 10, 15, 43, 50, 55, 71, 74, 93, 113, 124, 233, 269, 278

sistema de informação 24, 26, 28, 46, 47, 159, 240, 277

SUS 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 58, 72, 74, 81, 89, 93, 116, 119, 120, 121, 123, 132, 134, 136, 137, 140, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 157, 160, 163, 184, 194, 196, 197, 198, 200, 202, 203, 204, 206, 207, 216, 220, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 239, 240, 241, 243, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 259, 262, 263, 269, 273, 274, 277, 278, 279, 280, 283, 285, 286, 288, 289, 293, 306, 307, 308, 320, 321, 343, 354, 359

T

territorialização 11, 17, 268, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 279, 280, 281, 285, 286, 287, 288, 289

tratamento 54, 60, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 74, 78, 79, 83, 93, 111, 121, 132, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 160, 164, 167, 169, 176, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 193, 194, 209, 210, 211, 212, 216, 224, 226, 228, 229, 237, 238, 243, 244, 249, 251, 252, 253, 254, 255, 263, 266, 293, 294, 295, 297, 298, 299, 306, 308, 309, 310, 311, 313, 320, 321, 335, 336, 337, 340

U

USF 16, 17, 32, 34, 41, 42, 61, 62, 79, 147, 162, 166, 170, 175, 181, 188, 191, 198, 199, 200, 201, 213, 215, 217, 218, 291, 292, 295, 296, 309, 310, 311, 314, 316, 317, 318, 319, 327, 328

usuários 25, 27, 28, 33, 41, 62, 63, 67, 70, 75, 81, 89, 90, 92, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 143, 148, 150, 151, 153, 163, 166, 177, 178, 180, 189, 193, 198, 202, 238, 249, 251, 254, 255, 257, 260, 261, 285, 295, 301, 308, 322, 324, 353

V

vulnerabilidade 41, 79, 148, 206, 207, 298, 307, 313, 355

www.pimentacultural.com

Atenção à saúde *bucal*

formação, saberes e práticas