

# Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe

## Saberes e tecnologias para implantação de uma política

MATERIAL DIDÁTICO-PEDAGÓGICO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA  
FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE E SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE







# Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe

Saberes e tecnologias  
para implantação de uma política

## Livro do Aprendiz

Autora

Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira

1ª Edição

Editora

Fundação Estadual de Saúde- FUNESA  
Aracaju-SE  
2011

Copyright 2011- 1ª Edição- Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e Fundação Estadual de Saúde/FUNESA

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou para fim comercial.

Tiragem: 150

Impresso no Brasil

EDITORA FUNESA

Elaboração, distribuição e Informações:

Av. Mamede Paes Mendonça, nº 629, Centro

CEP: 409010-620, Aracaju – SE

Tel.: (79) 3205-6425

E-mail: editora@funesa.se.gov.br

*Catálogo Claudia Stocker – CRB-5 1202*

**F981a**

Funesa – Fundação Estadual de Saúde

Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política.  
Livro do Aprendiz 7 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju:  
FUNESA, 2011.

Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da FUNESA – Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira  
(autora)

94p. 28 cm

ISBN: 978-85-64617-14-8

1. Saúde Bucal 2. Educação em Saúde 3. Política em Saúde Pública

4. SUS – Sistema Único de Saúde de Sergipe

I. Funesa II. Título III. Assunto

CDU 616.31(813.7)

## GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

### **Governador**

Marcelo Déda Chagas

### **Vice-Governador**

Jackson Barreto de Lima

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### **Secretário**

Antônio Carlos Guimarães Sousa Pinto

### **Secretário Adjunto**

Jorge Viana da Silva

### **Diretor Financeiro**

André Santos Andrade

### **Diretora de Contratualização**

Marina Manzano Capeloza Leite

## FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE/FUNESA

### **Diretora Geral**

Claúdia Menezes Santos

### **Diretor Administrativo-Financeiro**

Carlos André Roriz Silva Cruz

### **Diretora Operacional**

Katiene da Costa Fontes

## COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

### **Coordenadora**

Andréia Maria Borges Iung

### **Assessora Pedagógica**

Ingrid Vieira Guimarães Ferreri

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

### **Presidente**

Paulo Ernani Gadelha Vieira

### **Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação**

Maria do Carmo Leal

### **Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

Antônio Ivo de Carvalho

### **Vice-Diretor da Escola de Governo em Saúde**

Marcelo Rasga Moreira

## **ELABORAÇÃO DO MATERIAL DIDÁTICO**

### **Assessoria Técnica - ENSP/Fiocruz**

José Inácio Jardim Motta

Pablo Dias Fortes

### **Autoria**

Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira

### **Colaboradoras**

Cristiane Carvalho Santos Melo

Guadalupe Sales Ferreira

Josefa Cilene Fontes Viana

Rosana Apolônio Reis

### **Revisão Técnica**

Daniele de Araújo Travassos

Daniele Carvalho Castro

Francis Deon Kich

### **Revisão Ortográfica**

Edvar Freire Caetano

### **Validadores**

Agda Maria Vasconcelo Freire de Oliveira

Ana Gardênia Alves Dos Santos

Alexandra Valéria Chemin de Souza

Erionalda Ferreira Barros

Grace Melo Gomes Pinto  
Maria Virgínia Nunes Ferreira  
Monica Ramos dos Santos Ribeiro

### **Projeto Gráfico**

Imagens Publicidade & Produções Ltda.

### **Impressão**

Servgraf Crachás Serv. e Comer. Ltda.

## Apresentação

A Secretaria de Estado da Saúde e a FUNESA apresentam esse livro para você que trabalha na Atenção Básica, nos vários municípios sergipanos. Este se constitui como recurso didático-pedagógico e como diretriz da Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe, um movimento de formulação de Políticas de Saúde, de fortalecimento do papel do Estado nas ações e responsabilidades sanitárias e de propulsor da reorganização de ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Como um caminho na consolidação dessas diretrizes, estamos propondo esse livro que representa um instrumento singular, que agregou saberes, acúmulos, registros teóricos e relatos de experiências de um coletivo de sanitaristas e trabalhadores que militam pelo projeto de defesa da vida e de melhorias das ações produzidas pela odontologia. Para isso, somamos esforços e delineamos essa narrativa com tecituras de ações possíveis de se materializar em qualquer cenário.

Contudo, para que se agregue valores, permita trocas, encontros, qualificação dos processos de trabalho, ampliação dos saberes e inovações nas ações dos profissionais que estão à frente dos cuidados da saúde bucal dos cidadãos, é imperioso o diálogo crítico e interativo que você terá que estabelecer com esse material e assim, obteremos uma atenção à saúde bucal diferenciada de fato, mais fortalecida, mais includente, mais humana e cidadã com capacidade de vencer o desafio permanente de refazermos a trajetória e de ampliarmos as conquistas. Abraçando tais compromissos teremos excelentes resultados.

**Boas reflexões !!**

## Competências Esperadas

- Relacionar o processo saúde-doença com as condições de vida da população;
- Reconhecer as situações de risco à saúde e os determinantes do processo saúde-doença a partir da epidemiologia e da cartografia do território;
- Conhecer a história da saúde bucal e dos modelos assistenciais de saúde bucal do Brasil;
- Compreender as diretrizes da reforma sanitária e gerencial de Sergipe no âmbito da saúde bucal;
- Contribuir para a reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS na atenção à Saúde Bucal;
- Dialogar sobre a proposta da política nacional e estadual de atenção à saúde bucal;
- Estabelecer parcerias com os municípios visando ao compromisso de qualificação à saúde bucal;
- Desenvolver, em equipe, ações de promoção, proteção e prevenção da saúde e monitoramento de riscos ambientais e sanitários, visando à melhoria da qualidade de vida da população;
- Estabelecer atitude humanizada na atenção ao usuário dos serviços de saúde, promovendo acolhimento, fortalecendo o vínculo e estimulando a autonomia;
- Incorporar o planejamento, a programação, a avaliação e o monitoramento nas ações das equipes de saúde bucal;
- Identificar os principais sistemas de informação em saúde e seu valor de uso na operacionalização do planejamento, e realizar o pleno registro das atividades junto à equipe;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos em condição de vulnerabilidade;
- Participar das ações de vigilância em saúde no território adscrito;
- Ser um agente fomentador da participação popular no planejamento, acompanhamento e na avaliação das ações produzidas;
- Desenvolver ações para concretizar a função social do trabalho das equipes de saúde Bucal;
- Dialogar com outras redes sobre os mecanismos de encaminhamentos e contrarreferência.

## SUMÁRIO

<b>Capítulo 1 – A Garantia do direito à saúde bucal.....</b>	<b>11</b>
1.1 Processos e significados: muito além da boca .....	13
Situação-Problema: Conhecendo a família de Sr. Joaquim.....	13
1.2 Contexto histórico, político e organizacional.....	22
<b>Capítulo 2 – Organização da atenção.....</b>	<b>35</b>
Situação-Problema: a ampliação do sistema odontológico em Cabrobó do Judas.....	36
2.1 A saúde bucal e a Atenção Básica .....	38
2.2 Diretrizes e eixos norteadores.....	41
2.3 Tecnologias para organização da atenção.....	52
2.4 Organização da demanda.....	70
<b>Referências.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>83</b>

# Capítulo 1

**A Garantia do Direito  
à Saúde Bucal**



*“Nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, (...) mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. (...) Da grande saúde- de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar...”*

Nietzsche

O **capítulo 1** tem o objetivo de abrir o debate apresentando as concepções da saúde bucal, a relação entre o processo saúde-doença e as dinâmicas existentes de cuidado no seu aspecto mais amplo, partindo da boca para reflexão dos seus significados e avançando nas suas concepções. Aprofunda a discussão no âmbito de como se deu o direito à saúde bucal no Brasil, a trajetória histórica, política e organizacional. Tendo contextualizado os marcos e as portarias que definem a operacionalização da política de saúde bucal, os conceitos e as competências dos membros da equipe na Estratégia Saúde da Família, fundamentando a reflexão no seu papel social no território de trabalho. Além disso, foram destacados os avanços da saúde bucal e os desafios a serem conquistados de maneira a permitir o amadurecimento social, técnico e político da Odontologia Brasileira, buscando provocar o seu salto definitivo do cuidado individual para o coletivo e registrando que a atenção à saúde bucal deve processar-se não como dádiva nem troca de favores, mas como um direito de cidadania.

Ao iniciarmos o livro, dando a denominação do capítulo 1 de Garantia do Direito à Saúde Bucal, temos a intencionalidade de resgatarmos a história das políticas públicas no Brasil, no que concerne ao acesso às ações de saúde bucal e registrarmos de que forma se dava o direito a esses serviços, e qual a concepção que se tinha e que se tem sobre saúde bucal.

É importante destacar que ao falarmos em direito, estamos nos apoiando no reconhecimento do direito à Saúde Bucal como um bem fundamental para o desenvolvimento dos indivíduos e coletivos e que se faz necessário para assegurar a **cidadania**, tal qual foi reconhecida na Constituição Federal de 1988. Em relação à saúde foi garantida como marco constitucional de fato através da implantação do Sistema Único de Saúde. A partir desse momento tivemos a saúde como bem de relevância pública de acesso universal, saímos de um sistema de saúde voltado para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias. Transpomos um sistema de indigências, já que as outras pessoas tinham acesso a estes serviços como um favor e não como um direito. Ao Estado era reservada apenas a garantia de ações coletivas de prevenção à saúde: de imunização, controle de endemias etc.

**Cidadania** representa um conjunto de valores sociais que determinam o conjunto de deveres e direitos de um cidadão. **Cidadão** é todo aquele que pertence a um país com leis que protegem as pessoas e que as pessoas têm deveres para com a organização do país.

Concernente à saúde bucal, o direito às ações e serviços tiveram algumas singularidades para acontecer, pois firmou-se como oferta do Estado com ação preventiva e de assistência para escolares, modelo incremental preconizado pela Fundação Nacional de Saúde. Em relação à assistência aos demais cidadãos, ou acessavam quando se tinha emprego e carteira assinada ou ficavam a mercê de instituições de caridades/filantrópicas. Assim, antes de aprofundarmos nesta discussão, faremos uma breve apresentação do que é ter saúde bucal, os meios e os dilemas do cuidado a ser implementado, considerando todos os condicionantes e determinantes relacionados.

## 1.1 Processos e significados: muito além da boca

O entendimento do que é ter saúde tem-se modificado muito com os tempos e com a Saúde Bucal não foi diferente. A saúde bucal, que era compreendida de forma separada do corpo, gradativamente foi tendo sua concepção ultrapassada e os determinantes econômicos, sociais, culturais e ambientais começaram a ser percebidos como elementos condicionantes da qualidade de vida das pessoas.

Para ampliarmos nossa discussão apresentamos uma situação-problema que ocorreu na cidade de Cabrobó do Judas, sendo um convite à reflexão. Assim, vamos conhecer a História de Sr. Joaquim.

### Zé Bocão Apresenta



Situação-Problema 1:

### “Conhecendo a História de Seu Joaquim ...”.

*Seu Joaquim é um homem muito alegre e comunicativo. Com seus 49 anos de idade, é um dos pescadores mais queridos da Cidade de Cabrobó do Judas onde reside com sua esposa (dona Gedalva) e com seus 4 filhos (Jordan, Julio, Jessé e José). O título não veio por acaso, é fruto de sua dedicação para o trabalho.*

*Atualmente, Seu Joaquim voltou a ser o único provedor da casa, pois Jordan, seu filho mais velho, foi demitido, após o Natal, do armazém onde trabalhava como ajudante. A renda da família é muito baixa, em torno de R\$90,00/mês.*



Nos últimos dias, Sr. Joaquim andava meio desanimado e com pouca disposição para o trabalho, fato que chamava a atenção. O motivo era uma dor de dente que ele vinha tentando de tudo para se livrar. Colocou folha de Sambacaitá, chá de Anador, AAS, pimenta, cachaça e nada resolveu. Só que Joaquim é daqueles homens que não têm muita conversa com o povo de dentro de casa, tem mais abertura com o povo da rua, principalmente, com os amigos do bar onde joga dominó. Só que sua mulher já vinha observando algo estranho. Aí resolveu questionar:

- O que tá acontecendo, hein? Por que você nem come mais direito, e nem dorme? Passa a madrugada para lá e para cá?

Ele retruca e desabafa:

- Mas Você!!! É que ando com uma dor nos dentes miserável, você sabe o que é isso? É uma dor desgraçada. Já tentei de tudo, até tirar no facão, mas como se trata do “denticheiro”, tá ruim de tirar.

- Mas Hôme! Isso é porque você tem medo de dentista e anda com mania de esconder as coisas de mim. Eu já podia ter marcado ficha para a dentista, toda semana tô na cidade.

- Tá bom muler, mas deixa de sermão e de muito “converseiro”, que eu tenho que ir trabalhar.

- Você vai trabalhar assim?

- Deixe de invenção, já viu dor de dente deixar alguém sem trabalhar, muler?

Nesse momento, o pescador se retira, pega sua rede de pesca e sai em disparada. Dona Gedalva, preocupada, começou a correr atrás de uma solução, indo ao Agente de Saúde da área. Chegando à casa do Agente, ele informou que poderia ir à consulta a qualquer hora, já que se tratava de um caso de urgência. Ele aproveitou para comunicar que a Equipe de Saúde Bucal estaria no povoado na tarde do dia seguinte. Assim, dona Gedalva procurou a odontóloga, que estava junto com a ASB na escola reunidos com 30 alunos de três povoados, formando multiplicadores de saúde bucal. Dona Gedalva, aproveitando a pausa do curso relatou a situação de Sr. Joaquim.

Assim, conversaram e a odontóloga solicitou-a que pedisse ao marido para ir no outro dia de manhã procurá-la.

No dia do atendimento, Sr. Joaquim foi o primeiro a chegar à unidade e o primeiro a ser atendido.

A odontóloga aproveitou e questionou sobre a pressão, se tinha alergia a algum medicamento, se ele ingeria bebidas que continham álcool e se fumava.

O usuário todo desconfiado falou que bebia, mas não fumava e que “vim aqui não foi para consulta, vim porque ando com uma “dor de dente”, daquelas...”

Nesse primeiro encontro a profissional aproveitou e preencheu o odontograma, verificou a PA e prescreveu o Diclofenaco de Sódio de 50mg. Alertando em seguida: de 8/8 horas durante 3 dias.

-Seu Joaquim, o senhor deverá retornar na segunda-feira para realizarmos a extração.

O usuário, inconsolado por não ter sua expectativa atendida, reclama:

- Segunda-feira, mas doutora vim para a senhora me livrar desse “infeliz” e a senhora não fez nada, minha mulher já não contou meu caso? E ainda me passa remédio que eu não tenho nem dinheiro para comprar!

A dentista busca acalmar o usuário e comunica o motivo da não execução do procedimento e que ele fique calmo, pois a medicação que ele precisará vai despachar na farmácia básica do município, pedindo que a ASB Aline explicasse como ele faria para chegar à farmácia.

Assim, o usuário volta para casa com sua medicação muito indignado, toma e na segunda-feira vai extrair o seu dente. A odontóloga procedeu à extração, suturou. Aline orientou nos cuidados pós-cirúrgicos, pedindo que ele retornasse após 7 dias.

- Voltar de novo!!!!!!!. Exclamou Joaquim “você já não me livrou desta coisa ruim”?

- Seu Joaquim o senhor vai voltar para observamos a cicatrização e realizarmos outras ações que o Sr. necessitar. Explicou a dentista.

O pescador sai, fazendo gestos de descontentamento, mas passados os 7 dias volta à Clínica de Saúde da Família.

A dentista, quando observa a área do dente extraído viu a não cicatrização e uma área esbranquiçada em baixo da língua. Ela, nervosa, questionou:

- O Senhor tem algum problema de saúde?

- Não sei, já tive duas vezes no hospital quando era garoto e uma vez no ano passado quando tive dengue. Responde o pescador

A dentista comunica que irá encaminhá-lo para a capital para fazer um exame.

- Mas que exame é o que vou fazer? Questiona o pescador.

- O Senhor vai precisar fazer outro procedimento que não faz aqui, só na capital. Vou ligar agora para meu colega. Volto já.

Após articular o encaminhamento do senhor Joaquim com o colega que trabalha no hospital na capital, a odontóloga informa a Seu Joaquim que ele irá na manhã seguinte. Ela complementa:



- Já falei com o secretário, o senhor vai no carro junto com as pessoas que vão fazer outros exames, o carro passa na casa do senhor 5 horas da manhã, certo?

O pescador responde:

- Certo.

- Depois, quando o dentista liberar, você marca e volta para ser atendido aqui. Esclarece a dentista.

Ela se despede e o usuário sai com expressões na face que lembram preocupação.



### ATIVIDADE 1

#### Significando a situação-problema 1

A história da família de Sr. Joaquim nos provoca questionamentos sobre diversos aspectos... Assim, com base no seu saber responda:

1- Como você define o entendimento que Sr. Joaquim, sua esposa e a dentista têm sobre o que é ter saúde?

2- Para você, como devem ser promovidos os cuidados em saúde?

3- Qual opinião sobre a conduta da odontóloga nos cuidados ao Sr. Joaquim? Houve falhas? De quem? Como você faria?



A situação-problema aborda vários temas objetivando aprofundar a reflexão sobre elementos do cotidiano dos sistemas locais de saúde. As categorias apresentadas não serão pontuadas neste capítulo, serão reportadas durante todo o livro. Assim, inicialmente, iremos destacar a concepção sobre o processo saúde-doença e, posteriormente, os aspectos históricos do acesso às ações e serviços de saúde bucal.

Se considerarmos o caso acima, visualizamos que a imagem da extração dentária é muito frequentemente associada ao trabalho odontológico, nas mais diferentes formas, tanto quanto apresentada, por exemplo, na ação do pescador. Essa é a fonte geradora de um determinado perfil de demanda e que faz parte das representações por parte da população sobre o que é ter saúde bucal e as formas de responder aos problemas de saúde.

A saúde e a doença não são movimentos estanques, isolados, não é algo que acontece de forma aleatória, do tipo você estar com saúde ou estar doente. É algo que se identifica no modo de organização da sociedade, na produção social e na condição geral da vida. Essas explicações foram avançando a partir dos progressos políticos, sociais, econômicos e ambientais, além de outros momentos vivenciados pela saúde pública e pela medicina, o que evidencia que a saúde e a doença são processos dinâmicos e apresentam-se como construção social, conformados em cada momento histórico. Isso nos faz perceber que os processos de saúde e adoecimento transitam do biológico ao social, ao psicológico e às interfaces políticas. O que nos faz compreender a necessidade de superação da concepção biologicista e da visão higienista que temos sobre a saúde bucal. Nossa defesa firma-se nas limitações decorrentes das explicações descontextualizadas e compartimentalizadas dessas teorias, enfoque no corpo humano, na

atenção pautada em procedimento individualista, tecnicista e limitada à higiene. Elucidando que nas ações e serviços em saúde bucal devem existir ações além do âmbito odontológico.

Devemos buscar a superação dessas representações muito recorrentes do senso comum, pois fortalecem o entendimento que o processo saúde-doença esteja desconectado do princípio de cidadania, assim, esses sujeitos nunca sentem que o acesso às ações de saúde é um bem e assim são incapazes de relacionar que saúde é uma necessidade social evidenciada como condição de vida.

A visão de Joaquim e sua esposa é a prova do senso comum, pois concebem que ter saúde é livrar-se da doença e quando objetivam extrair o dente desejam eliminar a doença e, dessa forma, acreditam ter sua saúde restituída.

No viés da odontóloga a saúde é pautada da mesma forma, pois sua conduta evidencia o olhar biologicista, voltando-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando ação pontual e verticalizada. Se olharmos o impacto que essa ação produz, temos um baixo impacto na melhoria da qualidade de vida do cidadão, pois seu enfoque não considera as dimensões socioeconômicas e **culturais**, que estão envolvidas no processo saúde-doença.

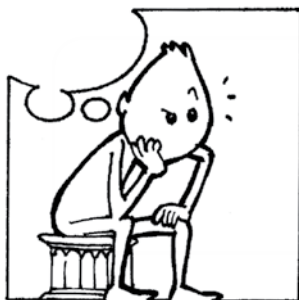
**Culturais** são dimensões que foram conformadas historicamente pelos sujeitos.

O debate em volta dessa prerrogativa deve ser destacado, devido à importância nos processos de cuidado, tendo em vista que a concepção de saúde-doença atual se firma como fator social e esse entendimento reforça que os profissionais têm que organizar suas ações considerando que o corpo e a boca não são separados, funcionam de forma unificada, dentro de um contexto dinâmico, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas dos sujeitos. O que implica dizer que a organização das ações e serviços de saúde precisam ser planejados e gerenciados, levando em consideração as necessidades da população de um determinado território, de um determinado lugar.

Assim, quando temos pessoas que possuem a doença periodontal ou a cárie, não podemos tratar meramente as doenças. Isso porque o sucesso do tratamento não está associado ao ataque às bactérias, pois sabemos que ainda que sejam preveníveis ou passíveis de controle e que as medidas necessárias para o controle das bactérias sejam relativamente simples, verifica-se que os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não são alcançados. Isso porque a **prevalência** e a **incidência** dessas patologias vêm associadas a condições diversas, daí a importância no âmbito dos cuidados a qualquer patologia relacionada à boca ponderar os determinantes sociais, econômicos, políticos e educacionais. A fim de obtermos sucesso e intervir adequadamente, considerando, é claro, nossas possibilidades e as potencialidades que podemos construir por meio de trocas de saberes e articulação de parcerias etc.

**Prevalência** determina a proporção de indivíduos que têm a doença em um determinado momento de tempo. A **incidência** prediz o risco de que um indivíduo saudável venha a desenvolver a doença em um período de tempo.

Toda essa discussão é importante pois, se observarmos a procura pelo serviço odontológico temos que a maior procura é quando se tem dor ou alguma doença no âmbito biológico. Esse pensamento contribui para que o sistema se organize para atender, em primeiro lugar, à procura das pessoas por assistência curativa, para execução de procedimentos no dente e em seus anexos. Na situação-problema tal concepção apresentou-se de forma

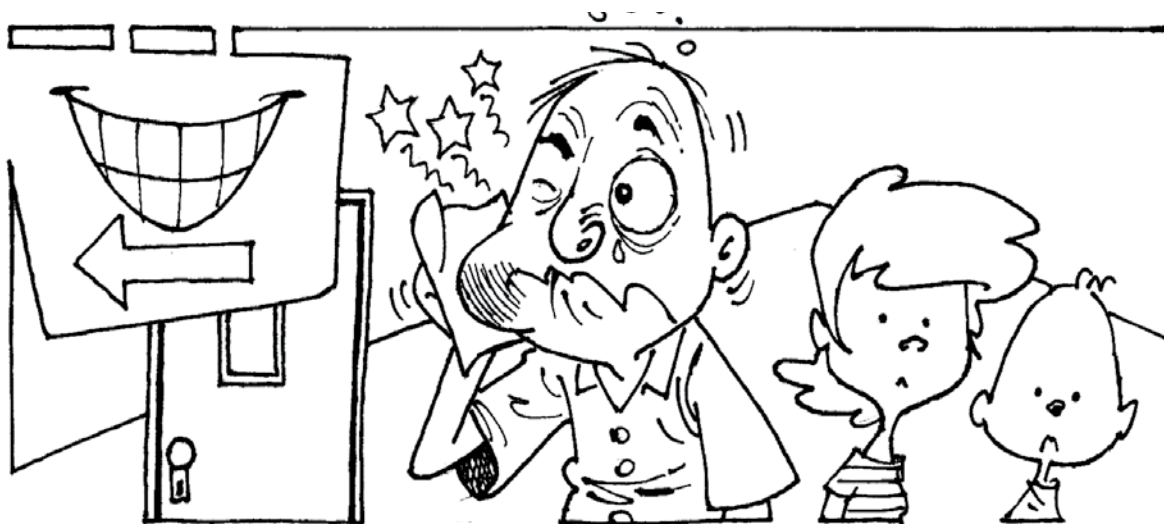


### Para Refletir

*Afinal, para que importa saber o que faz e como vive Joaquim, sua esposa, seus filhos e seus familiares para promovermos os cuidados odontológicos?*

bem eloquente, onde o sistema estava preparado para atender a queixa conduta, ou seja, ações voltadas para o que o usuário reclama. Relembrando... Seu Joaquim procurou o sistema para extrair o dente e a profissional atendeu a sua **necessidade**, no entanto, não tivemos diálogo sobre as questões do acesso ao serviço, do seu uso, se essa família tem acesso ao sistema de abastecimento, se a água é fluoretada, se na casa tem banheiro, se o pescador diante de sua atividade laboral utiliza alguma proteção na pele e lábio, se tem algum problema de saúde diagnosticado e não diagnosticado, se há renda familiar, se tem acesso a outros dispositivos coletivos de uso do flúor, se recebe algum benefício, como executa a higiene dos outros dentes e do seu corpo. Não estamos querendo que a extração não aconteça, mas estamos sinalizando para uma perspectiva de clínica ampliada, com o olhar para o território, com sensibilidade para escuta dos outros membros da equipe e para demandas dos usuários. De forma a acolher as necessidades do território e respeitando as decisões dos usuários no contexto das suas singularidades.

**Necessidades de saúde** são demandas manifestadas pelos usuários referente a ações e serviços de saúde. Esse conceito é melhor explicado no livro da Atenção Básica.



Em busca da abertura para uma visão diferenciada, nós profissionais da saúde bucal devemos percorrer um caminho em busca de elaborações... Essas consistem na apropriação que a boca não pode ser vista de um ponto de vista simplório, que o processo saúde-doença está relacionado a fatores sociais com enfoque longe da doença, mas sim no **cuidado** aos usuários e ao seu coletivo.

**Cuidado** é uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro. (BOFF, 2002).

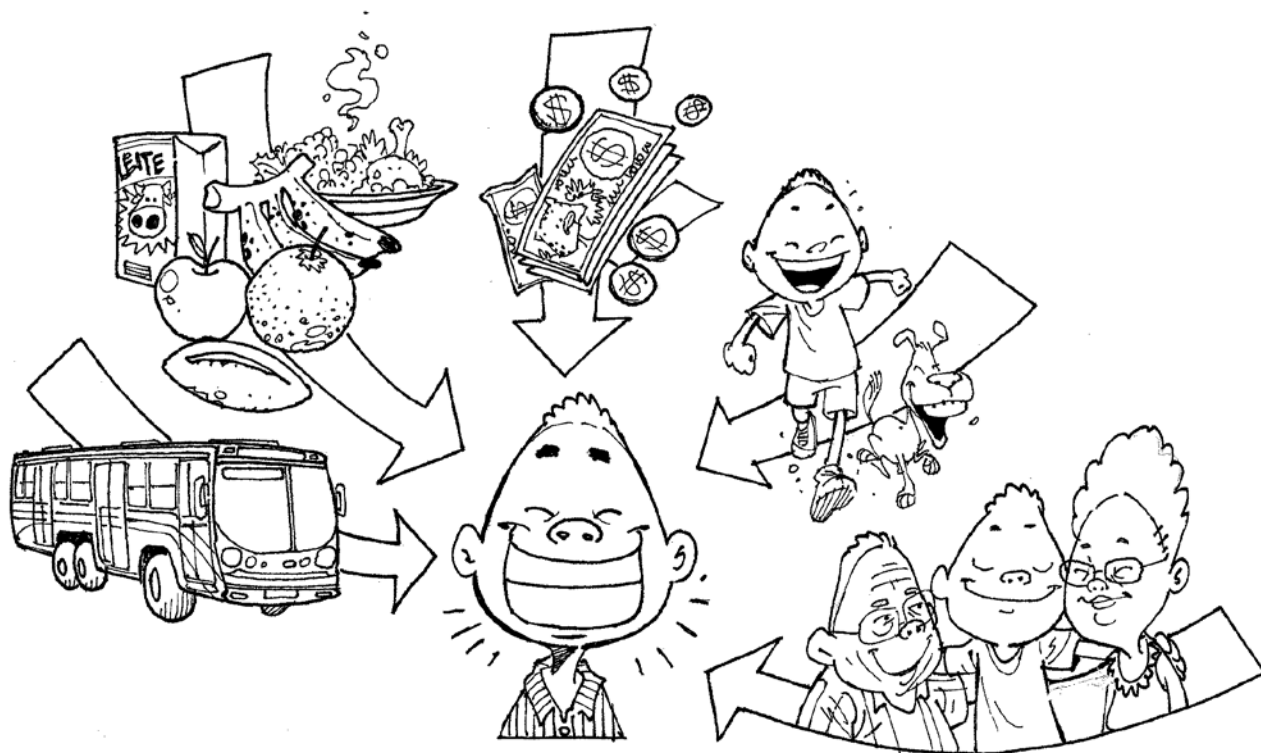
Para isso, devemos promover ações que busquem reduzir a opção por procedimentos, tais como extração e devemos publicizar ainda mais a importância da boca na saúde

dos indivíduos e nas suas relações sociais, buscando ampliar a dicotômica concepção saúde bucal/saúde geral e somar o significado do que de fato representa para os sujeitos a boca, na condução da sua linguagem, no erotismo, no prazer, na construção da **resiliência**, na alimentação, no afeto e nas relações.

Mediante tais prerrogativas o profissional deverá conduzir o olhar para o indivíduo e para o contexto social no qual está imerso, pois é daí que se depreendem os elementos determinantes e explicativos das necessidades de cuidado.

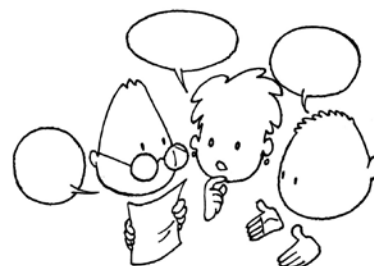
Finalizamos essa discussão, refletindo que os processos de tratar a saúde da boca não condiz em preparar-se para tratar dente e corpo, mas preparar a equipe de saúde para promover cuidados em saúde bucal, considerando que estes transcendem a ideia de odontologia. Outro ponto é a atuação modulada pela relação intersubjetiva, ou seja, por meio do encontro entre o usuário e profissional, devendo no momento de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar o usuário. Atento para as suas singularidades será importante haver a negociação do saber, para compreensão dos desejos e das necessidades, propondo intervenções ampliadas, considerando que processo saúde-doença bucal é um mecanismo social.

**Resiliência** refere-se à capacidade humana em enfrentar e responder de forma positiva às experiências que possuem elevado potencial de risco para sua saúde e suas relações. É um mecanismo de proteção. Conceito melhor detalhado no livro da Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe desta coleção.



## ATIVIDADE 2

Outros aspectos que a situação-problema traz e que estão bem próximos da nossa realidade são o uso de algumas substâncias, algumas técnicas e alguns recursos que os usuários usam em busca da resolução da sua necessidade. Assim, respondam:



1. Qual foi sua opinião sobre a atitude em tentar remover o dente com instrumentos e em buscar cessar a dor utilizando borra de café, AAS e outros meios?
2. O que mais chamou a atenção sobre a história da família de S. Joaquim? Por quê?
3. O medo é um entrave para os cuidados em saúde bucal, por isso os usuários buscam outros caminhos para resolverem suas necessidades. Você concorda com essa afirmação? Justifique sua resposta.
4. Como vocês profissionais de equipes de saúde bucal podem ajudar a desconstruir os medos ao tratamento odontológico? Descrevam estratégias.

Não dá para falar em cuidados sem relacioná-los aos aspectos culturais da vida do usuário. Sabemos que, desde os nossos primórdios, o homem busca a evolução da vida, procurando o alívio para os seus males adotando práticas de acordo com suas crenças. Muitas destas práticas estão pautadas na experiência empírica, ou seja, dos fatos já ocorridos por meio de vivência própria ou dos aconselhamentos de amigos e familiares. Esses foram se agrupando em torno de modelos explicativos, que consideram que tais experiências fogem da lógica científica e da medicina convencional.

Tais fatos nos fazem perceber que a origem de certas crendices justifica-se muitas vezes pela magia, pelo modo de ditar o comportamento, e que a alusão que as pessoas fazem quanto à origem das suas próprias crenças refere-se a experiências boas ou más que já vivenciaram ou de que tomaram conhecimento. Assim, por que fazer algum tipo de julgamento, ou condenar o comportamento de Joaquim, que, no intuito de buscar sanar sua dor, utilizou de vários mecanismos, inclusive do uso de instrumentos rudimentares? Mesmo lembrando que a Arte Dentária, no século XIX, foi praticada por barbeiro, sangrador e posteriormente, o dentista? Não estamos dizendo que esse é um caminho a ser seguido, tampouco validando tais práticas, mas sim trazendo um contexto descrito que se assemelha ao nosso cotidiano, para promovermos amplo debate sobre o porquê de tais práticas ainda se reproduzirem. Outro aspecto é conhecer a força do saber popular.

Se começarmos a exercitar, conseguiremos rever que nosso saber não é único e que não deve ser considerado exclusivamente no cuidado, devemos ponderar crenças, costumes e valores tanto de quem cuida como de quem é cuidado.

Assim, para chegar a um acordo devemos realizar um entendimento, que não significa concordar nem considerar o nosso saber como o correto e mais claro, mas considerar e permitir um espaço de troca de expectativas, de experiências, certezas, de valores e crenças de cada um, seja em reunião, consulta, visita ou em qualquer encontro. O respeito deve existir sempre, pois sabemos que, tal como Joaquim, há vários outros indivíduos que não se adequam ou não aceitam passivamente os tratamentos prescritos, as **medicações alopatas**, tais explicações podem ser marcadas por fatores de sua cultura, o que exige o estreitamento do conhecimento sobre o indivíduo e a sua dinâmica de vida, para que o profissional possa direcionar sua abordagem, saber de quais recursos pode dispor para contribuir com o cuidado do sujeito, as suas representações, os significados, os sentidos das doenças e suas relações sociais.

**Medicação Alopata:** refere-se às medicações convencionais.

É importante destacar que o saber popular é bastante complexo e exige uma abordagem diferenciada dos profissionais da saúde na forma de lidar e abordar tal assunto, devendo considerar em suas abordagens os enigmas da vida, as crenças e as experiências que as pessoas acumulam. Esse entendimento não é fácil e rápido, requer tempo, perseverança, paciência, criatividade e consciência sobre qual deve ser a proposta de trabalho.

A partir dessas discussões temos a clareza de que é aspecto fundamental no cuidado: conhecer a história do usuário, as representações que tem sobre a saúde, os conhecimentos que tem sobre o processo saúde-doença, a dinâmica familiar, as expectativas, os sentimentos, os conflitos, as experiências anteriores com a doença. Além disso, devemos ser cautelosos para não agirmos de modo dominador e inflexível frente às práticas populares.

Para refletirmos um pouco mais, consideremos a própria mutilação dentária, que é fruto de um traço cultural forte presente em muitos grupos populacionais. Assim, muitas pessoas decidem remover seus dentes apoiadas numa compreensão de que a perda dentária é natural, é algo positivo, pois reduzirá a possibilidade de noites mal dormidas por conta da dor.

Quando o pescador busca resolver a dor de dente utilizando daqueles meios, não significa que ele esteja errado, mas, na grande ansiedade de resolver o seu problema, buscou remover a fonte da dor utilizando os mecanismos nos quais acreditava resolvê-la. Após a reflexão acima, questionamos: será que extraindo o dente ele terá seu problema resolvido? O que ocasionou a conduta do Seu Joaquim foi a dificuldade de acesso ou o medo de dentista? Ou questões culturais? Não sabemos ao certo, mas, já que não houve diálogo, o que sabemos é que a tentativa do pescador não obteve êxito, o que o levou a procurar ajuda de um profissional.

Referentemente ao acesso, sabemos que há imensa demanda reprimida e que os sistemas locais de saúde estão organizados para atendimento à demanda espontânea. Não se tem nenhuma busca no território, estratificação de risco, favorecendo apenas a queixa-conduta.

Com relação ao medo, destacamos que não é uma realidade só do pescador e não deve servir de óbice a nenhum tratamento. Muito embora conhecemos que esse temor é histórico, tendo em vista os equipamentos, os instrumentais, os aparelhos que eram utilizados nos tratamentos odontológicos antigamente e que, atualmente, causam, no mínimo, um desconforto grande, isto sem dizer da dor propriamente dita. Não havia agulhas descartáveis, com isso as utilizadas nos procedimentos tinham um calibre bem grosso para poder suportar as diversas vezes em que eram desinfetadas por meio de fervura ou ebulição (técnica para desinfecção, meio crítico, tendo em vista não ter efeito bactericida). Daí, ao se promover a anestesia do dente, tinha um grande trauma no tecido gengival e no psicológico do sujeito. Sem falar nos procedimentos!!! Para realizar a abertura de uma cavidade num dente, por exemplo, usava-se um motor de baixa rotação, que só funcionava bem sob forte pressão. Então, o profissional fazia força e o indivíduo sentia a compressão do aparelho e o trepidar até mesmo da cabeça toda. Imaginaram a cena? Um verdadeiro horror! Essas práticas, comuns para a época, causavam, no entanto, muita dor ao paciente.

Assim, compreendam que o medo não vem do nada ou do imaginário das pessoas, mas da história, e que se espalhou de geração em geração, e o dentista passou a ser sinônimo de dor.

Contudo, atualmente dispomos de técnicas, equipamentos e instrumentais que nos permitem a execução de procedimentos atraumáticos, sem dor. Devendo os indivíduos de quem cuidamos ser informados sobre tais avanços. Além disso, é preciso que os profissionais da saúde bucal se aproximem das famílias, constituam vínculo, passem confiança. Podendo lançar mão de meios distintos de buscar desconstruir tal dilema, um deles é dizer e explicar tudo que irá fazer e também sensibilizar as mães para que não construam essa visão negativa no imaginário dos seus filhos. Esses são alguns meios que podemos adotar nas nossas ações para acabar ou reduzir os medos, você certamente pode abusar da sua criatividade e utilizar outros.

Levando em consideração esses dilemas, chegamos à conclusão de que não dá para falar em extrair o dente e resolver os problemas de saúde de um paciente. Temos que considerar a sua história, que inclui o trabalho, o salário, as relações sociais. O que nos faz entender que as pessoas têm experiências acumuladas, concepções e expectativas que conferem ao processo saúde-doença uma complexidade que vai além da determinação biológica, superando a prática intervencionista, de caráter pontual e de natureza curativa que pautava a atenção para procedimentos **iatrogênicos-mutiladores** que pouco contribuíram para melhoria das condições de saúde bucal da população. Modelo que deve ser superado, pois potencializa as experiências que as pessoas carregam sobre os cuidados com a saúde bucal como uma prática mutiladora e dolorosa, constituindo a experiência das pessoas ao longo de muito tempo e que urgem ser extintos.

**Iatrogênicos-mutiladores**  
Referem-se à ação que preconiza a realização de procedimentos de exodontia revalendo sobre outros procedimentos.



### ATIVIDADE 3

Reúnam-se em grupo e respondam às seguintes questões para apresentação em plenária, conforme orientação do facilitador. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.

Observamos que os processos de produção em saúde são permeados por vários novos conceitos e significados. Assim, retornem à situação-problema I e busquem construir uma paródia sobre a visão ampliada que a Equipe de Saúde Bucal deve ter para o território, considerando o conceito ampliado sobre SAÚDE.



## 1.2 Contexto Histórico/Político e Organizacional

Esse capítulo traz um desafio de resgatarmos como se deu e como se dá o direito às ações e serviços de saúde bucal. Iniciamos o capítulo realizando uma breve discussão sobre direito, onde iremos discutir a trajetória histórica e os avanços conquistados pela odontologia até o momento, considerando a garantia da cidadania assegurada pelo SUS, a busca pela integralidade defendida pela política Brasil Sorridente (2006) e a política de

atenção à Saúde Bucal em Sergipe (2010). Tais conquistas são frutos de um processo histórico nacional de mobilização de coletivos que lutaram para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, “historiar” os caminhos da odontologia no Brasil é importante para compreendermos a dinâmica, os marcos históricos e os **modelos tecnoassistenciais** que vivenciamos e que antecederam essas conquistas.

**Modelo tecnoassistencial** é a forma como os municípios se organizam para produzir ações de saúde. O que acontece é que nem sempre a organização dos modelos atendem às necessidades da população. Acontece pela visão equivocada do gestor sobre saúde, prioriza modelos equivocados e de pouco impacto.

Analisando a história das políticas públicas constatamos que o direito à saúde bucal dos brasileiros foi comprometido e negligenciado durante muito tempo e, sem ter a quem recorrer para solucionar seus problemas, as pessoas se submetiam a mutilações. O dilema era: quem tinha dinheiro procurava atendimento particular, quem não tinha, ficava à mercê das ações filantrópicas ou procurava práticos, barbeiros ou até mesmo buscava solucionar sozinho sua dor, como observado na situação-problema I, na ação de Sr. Joaquim.

No entanto, no século XX, a prática odontológica expressou as profundas transformações vividas pela sociedade brasileira, com acentuado desenvolvimento econômico, industrialização e urbanização. Nesse período, surgiram várias “odontologias” com propostas diferentes de intervenção, muitas vezes norteadas pelo modelo tecnoassistencial exercido na medicina, que se pautava em práticas curativas e biologicistas (atuação voltada para ausência de sintomas e doença).

Vale ressaltar que não existe uma cronologia rígida no que diz respeito ao início ou término desse ou daquele modelo assistencial. Eles coexistiam e existem em diversas realidades. Referentemente a modelos e à assistência odontológica pública no Brasil, observamos que foram se estruturando a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizados pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), na década de 1950, e pelo atendimento às urgências nas unidades de saúde. O modelo de assistência a escolares do SESP tinha como principal vertente ideológica um movimento paralelo que estava se desenvolvendo e era denominado de Odontologia Sanitária, que tinha como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade (CHAVES, 1986).

Dentre estes modelos gerenciais, o que se estabeleceu como hegemônico, durante décadas, foi o **Sistema Incremental** que, na maioria dos casos, estava vinculado aos programas de Saúde Escolar. Esse modelo é bem conhecido, pois vários odontólogos tiveram aproximação com o programa. Apesar de se tratar de um modelo programático, não contemplava a busca da universalização do atendimento e nem a participação ativa da comunidade. Representava um modelo excludente, restrito a escolares, e baseado no paradigma curativo-restaurador, sem promover autonomia.

**Sistema Incremental** foi um método de assistência odontológica a escolares de 7 a 14 anos, visando ao tratamento dentário completo e mantendo-o sob controle, segundo critérios de prioridades.

Paralelos ao modelo da Odontologia Sanitária, por volta dos anos 60-70, surgiram os movimentos conhecidos como Odontologia Preventiva. Preconizados pelo modelo escandinavo, eram baseados na prevenção de doenças bucais. No entanto, havia forte fragmentação entre as ações preventivas e curativas e o indivíduo era tido com um ser estático. A iniciativa não teve êxito.

Assim, surge a Odontologia Social como resposta à crise da odontologia tradicional, atribuindo ao adjetivo “social” outro significado, o de um “novo modelo” capaz de romper com as resistências dos dentistas à odontologia pública. Contudo, continuava sendo como na odontologia tradicional: um modelo imposto de cima para baixo, inflexível e não adaptável a diferentes realidades.

Desta forma, entre os anos de 1950 e final de 1980, a assistência odontológica pública no Brasil ficou caracterizada pelo modelo predominante de assistência a escolares. Na década de 1960, a odontologia sequer fazia parte do Ministério da Saúde, para o restante da população, o serviço odontológico se dava de maneira pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), a qual ofertava exodontias e alguns procedimentos restauradores. Todas as outras ações eram executadas pelo Estado voltadas para os escolares.

A partir dos anos de 1970 houve o aparecimento de algumas alternativas em substituição à Odontologia Sanitária, como a **Odontologia Simplificada** e a Odontologia Integral - que trouxeram como principais características: a ênfase na atitude preventiva, desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde bucal e desmonopolização do saber odontológico para outros profissionais e para a sociedade. Na verdade não chegaram a romper a lógica programática do Sistema Incremental e não se consolidaram, a não ser em algumas experiências.

A **Odontologia Simplificada** surgiu como alternativa para aumentar a produtividade, ampliar a cobertura da assistência, com menor custo, por meio da simplificação das técnicas, equipamentos e incorporação do ASB e TSB (antes denominados ACD e THD, respectivamente).

Na segunda metade dos anos 80, os caminhos tornavam-se favoráveis devido ao movimento de Reforma Sanitária Brasileira (ver livro *A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe*, desta coleção) e pela formação de um coletivo que estava à frente desse processo. Assim, atores sociais importantes no campo da saúde bucal pressionavam para um processo de mudança e faziam-se presentes em vários debates de âmbito nacional. Dessa forma é que, na década de 80, a odontologia teve seu maior destaque no movimento, com legitimidade e amplo debate para o seu fortalecimento. Esse fato aconteceu em 1986, quando a VIII Conferência Nacional de Saúde convoca a **I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Foi um processo grandioso e democrático em que estiveram em pautas várias questões referentes à saúde e por resgatar a necessidade de inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde por meio de um Programa Nacional. Era a primeira vez na história das Conferências de Saúde que se abordava em profundidade temas e questões que estavam fora das discussões ou que não tiveram grande força em outros momentos, como foi o caso da saúde bucal. Esse encontro teve algumas fragilidades do ponto de vista de não ter sido paritário, o que, conseqüentemente, teve um viés mais técnico e com pouca reflexão em torno de políticas públicas. Mesmo assim, a I Conferência de Saúde Bucal discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986).

Se você tem interesse em conhecer o relatório completo da **I Conferência Nacional de Saúde Bucal**, consulte o endereço eletrônico: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/>

Foi um grande marco na história da Odontologia Brasileira, isso porque se teve a oportunidade de debater e de expor os problemas de saúde bucal da população e, principalmente, por traçar rumos para inserção de ofertas de ações e serviços odontológicos no SUS. Foi muito importante, principalmente por esboçar um diagnóstico da saúde bucal do país, por apontar rumos para a inserção da Odontologia no SUS e por permitir que a sociedade civil organizada pudesse discutir, participar e manifestar suas opiniões. Trouxe os papéis dos entes federados na atenção à saúde bucal, a importância da universalização, regionalização e descentralização.

No entanto, poucos foram os resultados práticos, uma vez que os governos que sucederam desde então não acataram suas deliberações, mas os tensionamentos só aumentavam. E, ao final dos anos 80, com a criação do SUS, a assistência odontológica deveria se reorganizar, tendo em vista o grande saldo de uma dívida histórica, representada por uma substancial demanda reprimida em saúde bucal. Assim, em 1988, o Departamento de Odontologia do INAMPS cria um Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o uso de selantes e flúor (PNCCSF). No ano de 1989, o Ministério da Saúde formula a Política Nacional de Saúde Bucal e, dentro dessa política, foi lançado o Programa Nacional de Prevenção à Cárie Dental (PRECAD). Eram mais programas centralizados, de caráter impositivo e distantes da realidade dos municípios. Foram um fracasso, principalmente nesse período em que se reivindicava a municipalização, programas tão limitados que se contrapunham à lógica de unificação e descentralização preconizadas pela Constituição (FRAZÃO; NARVAI, 2008).

Nesse momento, atenção à saúde bucal vivenciava frágeis intervenções e pouco se avançou, já que o Governo Federal demonstrou poucas aproximações com os desejos e anseios de estados e municípios. Tínhamos experiências exitosas de municipalização, contudo, eram experiências pontuais no território nacional.

O coletivo de odontólogos que esteve à frente do Movimento da Reforma Sanitária, que vinha fazendo enfrentamento para que a saúde bucal fosse compreendida como parte integrante das políticas públicas a serem adotadas para o enfrentamento do processo excludente e historicamente enraizado da odontologia brasileira, surge como um campo denominado de Saúde Bucal Coletiva. Este novo modelo objetivava distinguir-se de seus antecessores, entre outras coisas, porque emergiu numa inserção múltipla (de instituições acadêmicas, de serviços de saúde e de movimentos sociais) no processo de reforma sanitária em curso no Brasil e pelo fato de ampliar o olhar e a intervenção sobre o objeto saúde bucal. Contudo, é considerado por muitos autores como um campo ainda em construção, centrado nos princípios do SUS e com ênfase na promoção da saúde.

Mas pouco representaram os avanços impulsionados ao modelo de saúde bucal vigente nessa época, pois ainda se caracterizavam pela atuação de forma limitadíssima na capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, elitista, descoordenado, difuso, individualista, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.

No entanto, os Movimentos da Saúde Bucal Coletiva continuavam fortes em diver-

dos cenários com a municipalização. Em 1993, o país havia reduzido as ofertas referentes às ações de saúde bucal executadas pelo Ministério da Saúde e vivia o conflito de uma revisão na Constituição de 1988, principalmente no que se refere ao artigo 196, que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado e pelos desmontes do Estado que aumentou o desemprego, a fome, a miséria e piorou as condições de vida (RELATÓRIO FINAL DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993).

Os estados e os municípios, em pleno clima de insatisfação mediante a resistência do Governo Federal contra a descentralização, vão à XIX Conferência de Saúde e **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**, o clima de calor levou à aprovação de grandes diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, defendendo-a como condição de cidadania. Além disso, propuseram a transformação da prática odontológica através da incorporação de pessoal auxiliar, de novas tecnologias e do desenvolvimento das ações coletivas de saúde, sem as quais não seria possível obter impacto na cobertura da população e nem alterar suas características epidemiológicas. Só que a Conferência aconteceu numa conjuntura nacional difícil e tímidos foram os avanços e amplos os esforços da Saúde Bucal Coletiva para fazer a odontologia abraçar suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, aspectos fundamentais para que o cidadão brasileiro tenha seu direito constitucional garantido no campo da saúde. O registro que se tem é que, em muitos municípios, assistiu-se a significativo esforço na perspectiva da universalização, contudo as ações que aconteciam eram restritas aos procedimentos de **Atenção Primária** e geralmente focadas na lógica de cura, com exceção de algumas iniciativas locais que estavam começando a ganhar destaque no cenário nacional, como nos exemplos de Campinas, Niterói e Londrina.

Durante toda a década de 1990, várias foram as discussões sobre o aprimoramento do movimento da Saúde Bucal Coletiva, tornando-se pautas de congressos, seminários e fóruns, buscando formular um modelo de atenção à saúde que respondesse à demanda reprimida resultante dos modelos anteriormente fracassados e que fortalecesse os princípios do SUS.

Passaram-se dez anos da II para a III Conferência de Saúde Bucal e nesse intervalo aconteceram duas conferências nacionais sem vinculá-las com as de saúde bucal. Durante esse período o panorama de saúde bucal apontava para piores índices, tinha-se um percentual de 30 milhões de desdentados, um amplo percentual de exclusão que evidenciava um cruel panorama de iniquidade, pois os índices mais alarmantes se concentravam em famílias como as de Sr. Joaquim.

Os números do segundo levantamento epidemiológico realizado evidenciavam a dívida social histórica da ausência da saúde pública no âmbito da saúde bucal, os resultados foram impulsionadores de grandes discussões e amplos debates, até que, em 2000, foi expedida a **Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000**, que estabelecia recursos financeiros para implantação de uma Equipe de Saúde Bucal para cada duas de saúde da família na atenção básica.

Para maiores informações sobre a **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**, consulte o endereço eletrônico: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2\\_conf\\_saudebucal.doc](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/2_conf_saudebucal.doc)

**Atenção Primária** foi um modelo de atenção criado no encontro de Alma-Ata, sendo definido como primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com os serviços de saúde. Esse modelo é melhor explicado no livro *Atenção Básica no Estado de Sergipe*, desta coleção.

**Portaria N.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000**  
Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

A partir de então, foi estabelecida uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal, ao possibilitar incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, possibilitando-se a implantação de Equipes de Saúde Bucal com a possibilidade de inclusão na **modalidade I ou na modalidade II**. Percebam que, muito embora os municípios tivessem a possibilidade de ter apoio financeiro do Governo Federal para se ter um maior enfoque para as ações de saúde bucal, tal ação era opcional e ficava a critério, desejo e concepção da gestão municipal, se incluiria ou não equipe de saúde bucal como proposta de organização das ações na atenção básica.

A **modalidade I** deve ser composta por um cirurgião-dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a **modalidade II** por um cirurgião-dentista, um Técnico em Saúde Bucal (TSB) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).



### Você Sabia?

*Que em Sergipe os quatro primeiros municípios a implantarem Equipes de Saúde Bucal foram: Aracaju, Lagarto, Macambira e Moita Bonita, em abril de 2001?*

Fonte: SIAB/MS, 2001

No ano de 2003, avançamos ainda mais... Pois, embora se tenha decretado que as ações de saúde bucal incluídas na Estratégia Saúde da Família deveriam obedecer à proporção de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para duas Equipes de Saúde da Família (ESF), a **Portaria N.º 673/GM** estabeleceu que os municípios poderiam implantar quantas Equipes de Saúde Bucal fossem necessárias, ficando a critério do gestor municipal decidir, desde que não ultrapasse o número existente de Equipes de Saúde da Família, na proporção 1 ESF para 1 ESB.

**Portaria N.º 673/GM**, de 3 de junho de 2003 Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB.

Em março de 2004, antes da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, o Governo Federal resgata toda a trajetória promovida anteriormente em encontros, em congressos e em outros espaços que tiveram como objetivo o debate da saúde bucal e da saúde coletiva. Além desses, se respaldaram em deliberações de Conferências Nacionais anteriores, principalmente as voltadas para discussão da saúde bucal. Por meio desses, elabora a **Política Nacional de Saúde Bucal**, documento balizador do Programa “**Brasil Sorridente**”. Esse se constitui como a maior conquista da saúde bucal até o momento, porque tem amplo respaldo do Governo e pela sua integração ao Pacto pela Saúde. Suas diretrizes estão pautadas na garantia de uma rede de atenção básica articulada, na ampliação do acesso, na integralidade da atenção, na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, em pesquisas para investigar os principais problemas relacionados à saúde bucal e na articulação com outros setores, objetivando fluoretação das águas, educação em saúde e uso de substâncias fluoradas em atividades coletivas. As diretrizes apre-

Para conhecer mais sobre os pressupostos e diretrizes da **Política Nacional de Saúde Bucal** acessem o site: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)

**Brasil Sorridente** é o Programa Nacional de Saúde Bucal que propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Ele está articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

sentadas trazem uma nova perspectiva no campo da saúde bucal, propondo uma organização pautada no cuidado e na integralidade da atenção (FRAZÃO; NARVAI, 2008).



## Você Sabia?

*Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras (BRASIL, 1988). Esse serviu de base para discussão da I Conferência Nacional de Saúde Bucal.*

*Decorridos dez anos, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos e gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1996). Esse serviu de base para discussão da II Conferência Nacional de Saúde Bucal.*

*No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural. Este projeto, hoje identificado como "SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira", teve início em 1999 (com articulação, oficinas, execução de projeto piloto) e foi realizado no ano de 2003 com o trabalho de campo, para realização dos exames e entrevistas, tendo como resultado:*

*70 % das crianças brasileiras tinham experiência com cárie;*

*90 % dos adolescentes entre 15 e 19 anos apresentavam pelo menos 1 dente com experiência de cárie e 14 % dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista;*

*14,4 % da população apresentava-se desdentada total;*

*45 % dos brasileiros não tinham acesso à escova de dente.*

*E os piores indicadores encontravam-se nas crianças do Norte e Nordeste.*

*Esse serviu de base na implantação da Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente e no debate para III Conferência Nacional de Saúde Bucal.*

*O Ministério da Saúde realizou o quarto levantamento no ano de 2010. Em Sergipe, os municípios pesquisados foram Aracaju e Arauá.*

Fonte: [http://www.apcd.org.br/prevencao/arquivos/projeto\\_sb\\_brasil.pdf](http://www.apcd.org.br/prevencao/arquivos/projeto_sb_brasil.pdf)



A implantação do Brasil Sorridente representou o que de mais positivo produziu a Odontologia Brasileira, tendo pela primeira vez o reconhecimento da necessidade de uma estratégia universal, de caráter nacional, que atendesse aos princípios norteadores do SUS, cuja diretriz consistisse na reorganização das ações de saúde bucal em todos os níveis de atenção, estabelecendo uma concepção de saúde centrada no cuidado, em ações programáticas e intersetoriais. Destacando como forma preferencial para a reorganização da atenção básica a Estratégia Saúde da Família, incluindo também uma política pública apta a garantir a fluoretação das águas de abastecimento (BRASIL, 2004).



A partir de 2004, com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, tivemos pela primeira vez a garantia de um centro de referência complementar às ações da atenção básica, devido à implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, que tiveram garantida sua implantação por meio de recursos e diretrizes. Através deles, se teve a perspectiva de cuidado integral para a saúde bucal no SUS, numa perspectiva assegurada. As portarias que permitem a implantação desses serviços são: **Portaria 599 e 600, de 23 de março de 2006.**

Assim, com a decisão do Governo Federal de convocar uma Conferência Nacional de Saúde, em 2005, favorecendo também outras discussões e o acontecimento da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, num contexto de grandes expectativas, de reivindicações históricas, essa conferência significou a mais importante e significativa, acontecendo num período decisivo para os rumos das políticas sociais, da efetivação do SUS e da Saúde Bucal. Os participantes dessa conferência elencaram diversos caminhos a serem seguidos tais como: educação e construção de cidadania, controle social e gestão participativa, formação e trabalho em saúde e financiamento e organização em saúde bucal. Essas foram deliberações importantíssimas para a organização e o novo fazer da saúde bucal no SUS. É um dos melhores momentos vivenciados pela Saúde Bucal no âmbito das políticas públicas.



#### ATIVIDADE 4

*Ao considerarmos os caminhos da saúde bucal, como podemos caracterizar o panorama a partir da trajetória descrita anteriormente? O que de fato agregou nas práticas atuais? Para resgatarmos a história, construiremos a linha da vida da saúde bucal no serviço público por meio de painel ilustrativo. Busquem sistematizar os marcos mais importantes, considerando o acesso, qual era o enfoque da atenção, como era conformado o trabalho dos profissionais da saúde bucal e os entraves, antes do SUS/Pós SUS e após o Brasil Sorridente. Assim, reúnam-se em grupos e respondam às questões para apresentação em plenária. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.*



São significantes os avanços que tivemos com essa política nacional, cujo maior destaque é, sem dúvida, quando assegura investimento para Equipes de Saúde Bucal, possibilitando ao odontólogo fazer parte da Estratégia de Saúde da Família.

Em 2004, com o lançamento da Política Brasil Sorridente, foram resgatadas as concepções da reforma sanitária e de outros movimentos que tiveram como objeto uma atenção à saúde bucal inclusiva, que a considerasse como condição de cidadania e a registrasse como política específica no Ministério da Saúde. Assim, o Brasil Sorridente segue as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, criada em 2001, apontando fundamentalmente para a ampliação e qualificação, na busca pela reorganização da atenção básica, a ampliação do acesso às ações de prevenção (por meio da viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público) e reabilitação (por meio da reorganização da atenção básica e por meio do acesso às ações e serviços especializados). Todas as ações buscam a integralidade da atenção, além da equidade e universalização do acesso. Outra conquista é a oportunidade de trabalho para muitos profissionais da saúde bucal.



#### ATIVIDADE 5

*Após vivenciarmos os motivos e as bases que se firmaram na Política Nacional de Saúde Bucal, reúnam-se em grupo e respondam às questões descritas abaixo. A dinâmica para responder à atividade será por meio do jogo da velha humano, cujas regras serão apresentadas pelo facilitador. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.*



#### Questões:

1. O que é o Brasil Sorridente e a que se propõe?
2. Quais foram as principais diretrizes trazidas pela Política Nacional de Saúde Bucal? Cite 3.
3. Destaquem as diretrizes que consideram mais importantes do ponto de vista de mudanças de

*práticas.*

4. *Levantem avanços trazidos pela política.*
5. *Desafios necessários para acontecer na saúde bucal.*
6. *Cobertura de equipes de saúde bucal do seu município.*
7. *Cobertura de Equipe de Saúde da Família de seu município.*
8. *Quantitativo de agentes comunitários de saúde existentes no seu município.*
9. *Região de que o município faz parte e por que faz parte dessa região.*
10. *Cidades que primeiro implantaram equipes de saúde bucal em Sergipe.*
11. *Marco democrático que colaborou na formulação das diretrizes da Política Brasil Sorridente.*
12. *Qual foi o instrumento que revelou o panorama de saúde bucal no Brasil*

### **Regras do Jogo:**

1. *Para cada pergunta deverá correr apenas um representante de cada grupo. Assim, os grupos terão 30 segundos para pensar na resposta e dar o comando para o membro responsável dirigir-se para ocupar o espaço do jogo;*
2. *Ficará no espaço o participante que primeiro chegar e acertar a pergunta; assim, caso chegue primeiro e erre a resposta, o espaço permanece vazio;*
3. *A pergunta poderá ser repetida até o grupo compreendê-la;*
4. *O tempo deve ser monitorado pelo facilitador;*
5. *Os grupos que mais estiverem acertando ficarão com menos participantes devido à inserção no jogo da velha, daí a importância da concentração;*
6. *Vence o grupo que realizar primeiro uma linha horizontal, vertical ou diagonal;*
7. *O jogo transcorre dessa forma até que sejam formadas as linhas humanas e tenhamos um grupo vencedor.*

Diante de tal panorama, ficam claros os avanços já vivenciados e a nossa imensa responsabilidade em avançarmos ainda mais, em busca do fortalecimento e da consolidação dessa política pública de saúde voltada para saúde bucal dos brasileiros para que nenhum governo retroceda nas imensas conquistas que firmamos nesses cinco anos de Brasil Sorridente e nessas duas décadas de SUS.



## Você Sabia?

### A História da Saúde Bucal no Brasil

A Odontologia praticada no século XVI restringia-se quase que só às extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene. Anestesia, nem pensar. O barbeiro ou sangrador devia ser forte, impiedoso, impassível e rápido. Os médicos (físicos) e cirurgiões, diante de tanta crueldade, evitavam esta tarefa, alegando os riscos para o paciente (possibilidade de morte) de hemorragias e inevitáveis infecções. Argumentavam que as mãos do profissional poderiam ficar pesadas e sem condições para intervenções delicadas. Os barbeiros e sangradores eram geralmente ignorantes e tinham um baixo conceito, aprendendo esta atividade com alguém mais experiente.

A carta de ofício não se referia aos barbeiros e sangradores, havendo a possibilidade destes profissionais terem obtido licença do cirurgião-mór de Portugal, sendo cobrada multa dos que "tirassem dentes" sem licença.

Nesse período os dentes eram extraídos com as chaves de Garangeot, alavancas rudimentares, e o pelicano. Não se faziam tratamento de canais e as obturações eram de chumbo, sobre tecido cariado e polpas afetadas, com consequências desastrosas. A prótese era bem simples, esculpindo dentes em osso ou marfim, que eram amarrados com fios aos dentes remanescentes. Dentaduras eram esculpidas em marfim ou osso utilizando-se dentes humanos e de animais, retendo-as na boca por intermédio de molas, sistemas usados na Europa. Porém, no Brasil, era tudo mais rudimentar.

Os barbeiros e sangradores aprendiam o ofício com um mais experiente e tinham que provar uma prática de dois anos sob a vista do mestre, após pagar a taxa de oito oitavos de ouro. Submetiam-se a exame perante o cirurgião substituto de Minas Gerais e dois profissionais escolhidos por este. Um exemplo conhecido foi o do nosso querido Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes, que aprendeu o ofício com o parente. Aprovados, teriam suas cartas expedidas e licenças concedidas.

Fonte: ROSENTHAL, 1995



## Zé Bocão Toma Nota!

Ao final deste capítulo o leitor deverá:

- *Saber diferenciar o conceito ampliado de saúde e a nova concepção do processo saúde-doença;*
- *Identificar os diferentes processos sociais, culturais, comportamentais e biológicos que interferem no processo saúde-doença e os mecanismos de cuidado de indivíduos e de coletivos;*
- *Conhecer os modelos tecnoassistências em saúde bucal;*
- *Aplicar estratégias, técnicas e instrumentos adequados às características da situação de saúde de cada município;*
- *Conhecer a trajetória histórica, política e organizacional da saúde bucal no Brasil;*
- *Conhecer as diretrizes e conquistas da Política Nacional de Saúde Bucal;*
- *Concepções do Brasil Sorridente.*

# Capítulo 2

## Organização da Atenção



*Nenhuma proposta de mudança é capaz de romper uma cultura institucional. A mudança é processual, cotidiana ...*  
(ROGÉRIO CARVALHO, 2006)

O **capítulo 2** objetiva discutir sobre a necessidade de organização da atenção em saúde bucal, tomando como princípio a saúde bucal como direito. Para promover a organização da atenção foram definidos como eixos: 1- Resignificação da Produção em Saúde, 2-Controle Social, 3-Educação Permanente e 4- Estruturação das Redes Assistenciais. Esses são pilares que servirão de pressupostos numa nova concepção de Saúde Bucal na inclusão social e na construção da cidadania por meio de ações baseadas em dispositivos como planejamento, programação, vigilância em saúde. A fim de que as ações em saúde bucal, tanto individuais como coletivas, incluam novas perspectivas da organização do serviço em saúde bucal e que sejam centradas no usuário e não na doença, seja cárie ou outra que ele apresente. Utiliza-se o acolhimento como gerenciador das relações terapêuticas e como dispositivo de acesso, fala-se de organização das demandas por meio de linhas de cuidado e condição de vida. Para garantir resolutividade no projeto terapêutico e num cuidado integral, propõe-se uma nova agenda em saúde bucal, voltada para ações de promoção e proteção em saúde bucal; ações coletivas; educação em saúde bucal e que gerem vínculo e autonomia e respondam às necessidades dos usuários.

Assim, esse capítulo traz ferramentas para serem operacionalizadas por meio de ações convergentes de diversos setores e pelos três entes, fomentando a participação dos profissionais de saúde bucal em instâncias representativas do controle social, provocando novas relações e novo entendimento desses com entidades da sociedade civil organizada na construção de um SUS que queremos.

Ao refletirmos sobre as concepções de saúde-doença e cuidado, sobre os modelos tecnoassistencias em saúde bucal, avançaremos para a etapa de organização da atenção e compreenderemos como deve ser organizado o sistema para responder às necessidades dos indivíduos e de seus coletivos.

Para iniciar o debate, vejamos novos fatos em Cabrobó do Judas.

## ZÉ BOCÃO APRESENTA

### Situação-problema 2

#### **“A Ampliação do serviço odontológico em Cabrobó do Judas...”**



*O município de Cabrobó do Judas resolveu implantar mais uma Equipe de Saúde Bucal modalidade I, ampliando de 1 para 2 Equipes de Saúde Bucal. Alguns dos motivos para a ampliação eram a imensa demanda reprimida para os serviços odontológicos e as queixas da população pela dificuldade de acesso.*

Entretanto, essa equipe ficará junto com a equipe composta por Adriana e Aline, que atendem na sede do município. Assim, o secretário fez o projeto, que foi analisado pela Secretária de Estado da Saúde e aprovado no Colegiado Interfederativo Estadual (CIE). O odontólogo que assumiu chama-se Samuel e tinha sido recomendado pela filha do prefeito do município, a ASB Vitória, que já fazia parte do quadro do município em outra função e foi convocada para compor a equipe.

No primeiro dia do trabalho, o secretário, sabendo que essa era a primeira experiência do odontólogo no serviço público, aproveitou para orientar o profissional: “Você poderá ler sobre a estratégia SF e as atribuições do odontólogo e dos demais membros da equipe. Se precisar de ajuda, peça aos profissionais das equipes”. Continuou... “Só que, paralelo a essa busca, você terá que começar seu trabalho amanhã. Então aproveite hoje para fazer sua agenda. Tudo bem?”

O dentista, assustado, responde: “Tudo bem!”

Nesse momento, o dentista se despede e sai da sala do Secretário Municipal de Saúde e durante toda manhã fica refletindo e se questionando:

“Então, como deve ser feita essa tal de agenda? Quais serão as atribuições do dentista na ESF? Será que tem alguma “coisa” a mais fora fazer escovação e aplicar flúor? E qual é a diferença entre fazer atendimento ambulatorial e atuar no saúde da família?”

E amanhã, o que devo fazer?”





## ATIVIDADE 6

Como você se sente diante das angústias do Dr. Samuel ao não ter respostas para os questionamentos? Qual sua opinião sobre como se deu a implantação dessa equipe? Registrem as respostas no seu caderno.



## 2.1 A Saúde Bucal e a Atenção Básica

Durante todo o trajeto da história da saúde bucal pudemos acompanhar em quais bases nos firmamos e os períodos mais profícuos vivenciados. Vimos que a situação-problema reflete de forma bem real a inserção dos profissionais no sistema de saúde, trazendo com grande destaque a forma como acontece a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal e como se planejam as ações no cotidiano.

Apresentaremos o contexto histórico de implantação do Programa de Saúde da Família, que foi introduzido no Brasil em 1994, com a proposta de reafirmar os princípios básicos do SUS e de reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases, rompendo com a cultura hospitalocêntrica e o modelo de atenção pautado na cura das doenças. Para a Saúde Bucal, seguem-se as mesmas diretrizes, contudo, seu ponto de partida aconteceu em momento distinto, em dezembro de 2000, data em que o Ministério da Saúde passou a normatizar e incentivar financeiramente a constituição de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na **Estratégia Saúde da Família (ESF)** por meio da Portaria Nº 1.444, criando-se a possibilidade de se instituir um novo paradigma de atuação na atenção básica no que concerne aos cuidados com a saúde bucal.

**Estratégia Saúde da Família** substituiu o Programa de Saúde da Família, pelo caráter do programa ser pontual e focado. A Estratégia traz uma perspectiva de reorganização e caráter mais permanente, o que fortalece suas ações pautadas na complexidade de cada lugar e nas mudanças de atitude.

Como sabemos, a inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família não se deu a partir de experiências acumuladas ou de um amplo debate sobre os seus significados, o que nos faz perceber que vários são os dilemas vivenciados por diversos “Doutores Samuel” que não têm entendimento e não foram orientados sobre como deveriam atuar na atenção básica, quais as dificuldades que enfrentariam ao trabalhar com uma equipe de saúde, quais os mecanismos que poderiam adotar como proposta etc. Daí observarmos o desconhecimento sobre qual é o papel na estratégia e a permanente reprodução das práticas tradicionais.

Só que não podemos manter tal panorama, devemos adotar como desafio a exigência do novo fazer exigido pela ESF, que é diferente da atuação do ambulatório apenas, que é voltada para execução de procedimentos clínicos, tais como restaurações, exodontias, periodontia básica, aplicação de flúor etc. Em relação ao Auxiliar de Saúde Bucal, será responsável em colaborar junto com o odontólogo na execução desses derivados clínicos. Assim, os processos de trabalho das ESB devem considerar, além dos procedimentos clínicos, os papéis interativos com o território, voltados para as famílias, com ações humanizadas, inter-setorialmente articuladas e socialmente apropriadas, com atuação criativa e com senso crítico. Além de incentivar a busca pela participação comunitária e a produção de autonomia na forma dos usuários conduzirem a vida.

**Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No ano de 2006, foi publicada uma portaria, a **Portaria- GM 648 de 28 de março de 2006**, que aprovava as diretrizes das ações da ESF para melhor elucidar os papéis de cada membro. Se observarmos a Política de Atenção Básica veremos atribuições que são comuns e as que são singulares de cada profissão. A fim de ampliarmos o debate, trouxemos o elenco de ações preconizadas pela referida portaria. No que concerne aos membros da equipe de saúde bucal, observemos a tabela abaixo:

CIRURGIÃO DENTISTA	TÉCNICO EM SAÚDE	AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;</li> <li>-Realizar procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;</li> <li>-Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos;</li> <li>-Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;</li> <li>-Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;</li> <li>-Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;</li> <li>-Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;</li> <li>-Realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e</li> <li>-Participar do gerenciamento dos insumos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;</li> <li>- Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;</li> <li>- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;</li> <li>-Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção; e</li> <li>-Participar do gerenciamento dos insumos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;</li> <li>- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;</li> <li>- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;</li> <li>- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o TSB nos procedimentos clínicos;</li> <li>- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;</li> <li>- Organizar a agenda clínica;</li> <li>- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros de equipe da saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e</li> <li>- Participar do gerenciamento dos insumos.</li> </ul>

Como vimos, o papel dos membros da Equipe de Saúde Bucal vai além da execução de procedimentos, firmando-se nas necessidades de saúde; na definição do usuário como núcleo central da abordagem; no trabalho em equipe, na adscrição da clientela; em ações pautadas no planejamento, no monitoramento e na avaliação; na educação permanente entre os profissionais; no estímulo às ações de promoção da saúde, na articulação intersectorial; e na participação popular.

Em Sergipe, nosso dilema referente à estratégia é que ampliamos a cobertura sem avançarmos na mesma proporção na qualificação dos processos de trabalho. Com isso, temos um desafio a vencer, que é a mudança das práticas em **práxis**, muito embora em muitas realidades já está instituída, evidenciando que é sim possível avançarmos.

**Práxis** faz referência à teoria Marxista e um contraponto a uma ação mecanizada presente em muitos dos cotidianos. A práxis faz alusão a um movimento de dialogar com a ação em saúde na perspectiva de protagonismo e dinamismo do agir.



Vale recordar que a Equipe de Saúde Bucal deve promover atenção integral e contínua às famílias da **área adscrita**, identificar situações de risco à saúde da população e enfrentar em parceria com a população e demais membros da equipe os determinantes do processo saúde-doença. Devendo com essa identificação desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e coletivos.

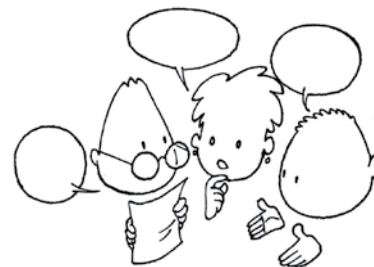
**Área adscrita** corresponde a um território definido para que os profissionais tenham responsabilidades sanitárias, ou seja, conduzam ações de cadastramento, diagnóstico precoce e acompanhamento das pessoas que vivem nesse território.

As ações descritas buscam conduzir a uma melhor compreensão na produção de saúde, promover impacto sanitário, qualidade de vida e produção de autonomia. Estando intimamente relacionada aos pressupostos e às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e à Reforma Sanitária Estadual e gerencial do SUS em Sergipe.



#### ATIVIDADE 7

*Durante muito tempo, a prática da Saúde Bucal antes e após o SUS acontecia geralmente em consultórios, atualmente têm-se outros desafios. Busquem responder a essa problematização com base nas questões abaixo:*



*Após assistir ao vídeo <http://www.youtube.com/watch?v=lUSkigtNkYU>, do **Youtube**, levantem as impressões sobre as imagens trazidas e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família que vocês observaram e quais não foi possível observar.*

*Busquem dramatizar uma ação no território referente ao novo fazer que deve pautar as ações da Equipe de Saúde Bucal.*

## 2.2 Diretrizes e Eixos Norteadores

Na busca pela incorporação de novas ferramentas no cotidiano das equipes de saúde bucal, definimos diretrizes que se configuram como eixo político básico para reorientações e ressignificações dessas concepções e práticas, de modo que os profissionais ampliem a visão para os processos saúde-doença, compreendendo as pessoas e considerando os vários aspectos de sua vida.

### Diretrizes

Como vimos no livro *Atenção Básica no Estado de Sergipe*, desta coleção, o maior desafio pontuado na produção do cuidado está baseado na identificação das necessidades de saúde dos sujeitos e seus coletivos. Assim, todas as ações deverão ser centradas nos usuários e não apenas num conjunto de sinais e sintomas, que, no nosso caso, não deverão restringir-se à cavidade bucal.

As diretrizes apontadas por esta política consistem nas mesmas apresentadas pela atenção básica. A fundamentação aconteceu mediante análise dos diagnósticos situacionais realizados em todas as redes assistenciais, o registro e as deliberações das conferências municipais e estaduais de saúde, nas escutas aos gestores e na pesquisa realizada com os trabalhadores. Tais ações nos permitiram conhecer diversos cenários e dilemas, fornecendo elementos capazes de caracterizar o Panorama da Atenção à Saúde Bucal de Sergipe e, assim, traçarmos diretrizes.

Em relação à reestruturação da Atenção Primária, tivemos o repasse financeiro para os municípios para execução de **Clínicas de Saúde da Família, com definição de padrão de ambiência e processos de trabalho** - Este processo implica em várias outras dimensões do cuidado, além do espaço físico adequado ao processo de trabalho. Essa proposta preconiza a produção em saúde através de relações interpessoais que proporcionem uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, e que, mais do que um espaço novo e amplo, tenham um espaço social, permitindo também a definição de insumos necessários às ações produtivas e à reorientação dos modelos assistenciais.

Atenção Especializada: referente à reorientação e estruturação da retaguarda para atenção básica, saímos da inexistência de oferta para a maioria dos municípios para oferta de ações e serviços de saúde bucal em todas as regionais. Por meio de investimento na **implantação de 8 CEO's de Gestão Estadual, definiu contrapartida financeira para os CEO's municipais**, é a garantia universal do acesso, a garantia da integralidade da atenção e regionalização. Pela primeira vez no Estado podemos falar de retaguarda para ações da rede de saúde da família. Teremos também a **reorganização dos processos de trabalho e a ampliação da oferta na rede hospitalar**, o que permitirá atender, além dos casos de urgência, demandas eletivas.

Outra diretriz que é pilar desses processos de reforma sanitária e gerencial é a **qualificação dos trabalhadores do SUS através da educação permanente e formação técnica**, além da **implantação de protocolo com definição de fluxos por linhas de cuidado e por**

**condição de vida, e o compromisso com o fortalecimento do controle social.**

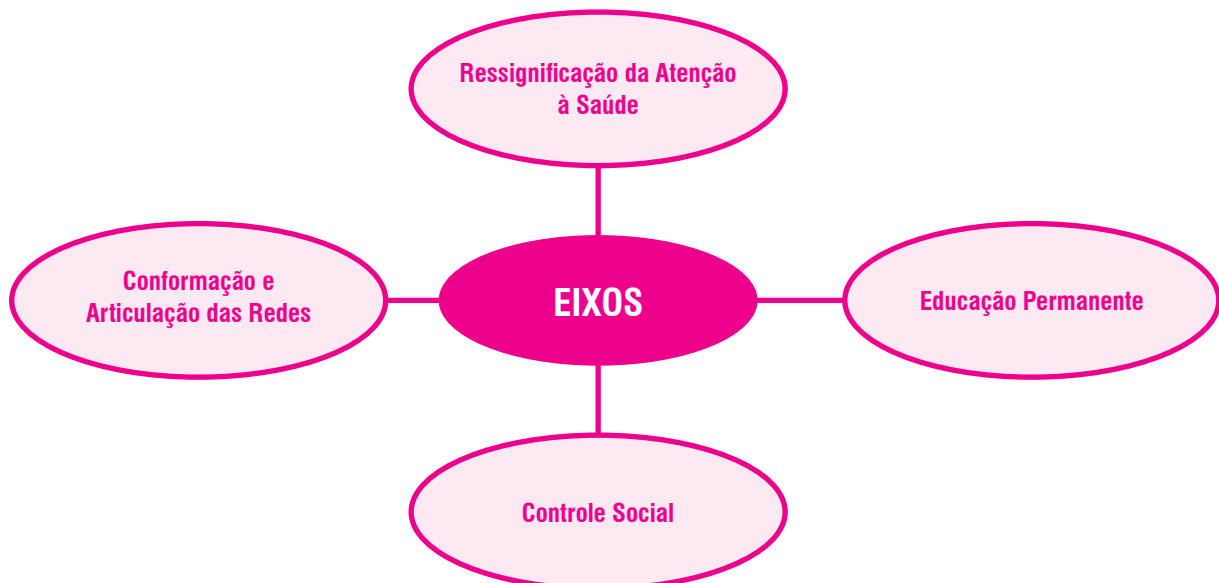
Essas ações propostas serão fomentadas e acompanhadas pela equipe de gestores do apoio institucional, pela área técnica de saúde bucal do Estado, que deverão focar-se em ações programáticas. Além dessas, temos a equipe de gestão da Contratualização, que acompanhará os processos de trabalho desenvolvidos pela **Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, Fundação Estadual de Saúde – FUNESA e Fundação Parreiras Horta-FPH**. A FUNESA, além de ofertar serviços, irá promover atividades de educação permanente com objetivo de responder às necessidades dos municípios, promovendo a integralidade, a consolidação dos princípios da reforma sanitária e a melhoria dos indicadores.

Com isso, as diretrizes da Política de Atenção à Saúde Bucal do Estado de Sergipe se propõem à execução de ações que busquem acolhimento, vínculo, autonomia, gestão participativa, promoção de saúde, intersetorialidade, educação permanente, trabalho em equipe e vigilância em saúde. Pilares fundamentais na reorientação das concepções e de práticas e na produção do cuidado. Para executarmos essas diretrizes, organizamos as ações em eixos norteadores.

## Eixos Norteadores

Os eixos norteadores firmam-se em 4 linhas: **Ressignificação da Atenção, Educação Permanente, Controle Social e Conformação e Articulação das Redes Assistenciais** (Figura 1).

Figura 1 - Eixos da Política Estadual de Saúde Bucal



## Ressignificação da Atenção à Saúde

Seguimos para debate de um tema muito destacado e que tem merecido ampla discussão na saúde bucal, que é a organização da atenção à saúde.

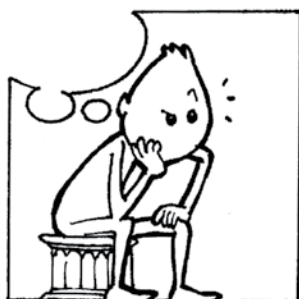
Pelos estudos que realizamos no Estado, observamos realidades como: sistemas locais de saúde organizados de forma que não atendem às reais necessidades do território, existindo atendimentos centralizados na sede do município; temos oferta sem planejamento da necessidade e destinada à demanda espontânea, tal como acontecia em Cabrobó do Judas. Isso nos faz identificar fragilidade na organização da atenção, que, para acontecer, deve haver ao menos planejamento dos recursos humanos, físicos e materiais, além da avaliação e monitoramento. Afim de que se possa promover mudanças e correção das trajetórias e construção de novos pactos e planos de ação.

A realidade de Cabrobó do Judas não é singular, temos outros cenários que se aproximam dessa realidade e para superarmos as lacunas existentes temos que buscar nos nossos processos de trabalho uma atuação redirecionada para a família e a participação popular, cujas ofertas devem conter: ações de promoção à saúde, ações coletivas que deem respostas adequadas às necessidades de saúde dos usuários e às situações de agravos presentes no território. Isso significa que as atividades devem envolver os indivíduos e coletivos de forma mais próxima da sua realidade, identificando fatores de risco, doenças prevalentes e possibilitando sempre a construção de **vínculo**. Deve-se priorizar a assistência a indivíduos com maior **vulnerabilidade**. Além de buscar garantir retorno, conclusão de tratamento e visita domiciliar, quando necessário, de modo a garantir os princípios da integralidade e da equidade.

O **vínculo** guarda estreita relação com a capacidade do outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. Possibilitou aos sujeitos irem ao encontro de suas potencialidades, favorecendo a reciprocidade de experiências e possibilitando a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados (SANTOS et al, 2008).

**Vulnerabilidade** refere-se à população com maior risco ao adoecimento.

Ex. Criança, Gestante, Idoso. Esse conceito foi melhor discutido nos livros Atenção Básica no Estado de Sergipe e Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe, desta coleção.



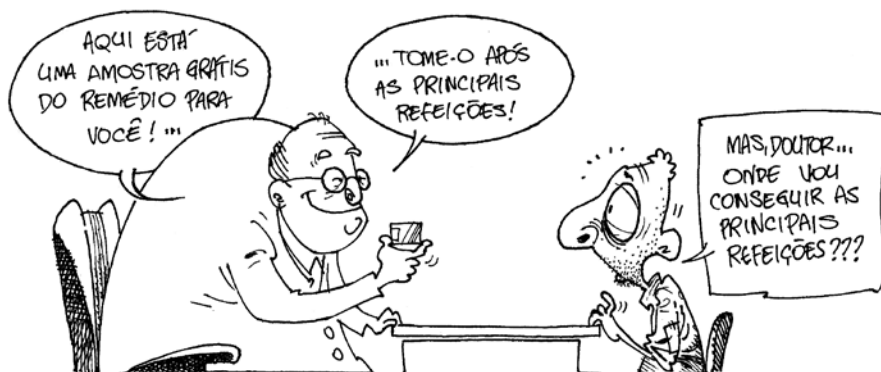
## Reflexão e Debate

**Assim, como podemos propor ressignificação da atenção em Cabrobó do Judas para atingir tais diretrizes?**

Durante toda a trajetória deste livro firmamos pressupostos e desafios para as práxis dos membros das equipes de saúde bucal, buscando reorganizar e reorientar os serviços de saúde.

Essas possibilitam a compreensão da causalidade do processo saúde-doença e a busca por cuidados adequados multidisciplinar e multiprofissionalmente, permitindo atenção adequada às famílias. Só que sabemos das dificuldades iniciais para operacionalizar tais ações. Contudo, tenham tranquilidade, pois as mudanças e reorientações acontecerão e vão se concretizar por meio de processos. Esses permitirão a aprendizagem, o estreitamento de relações, a transformação das práticas dos trabalhadores e dos problemas do cotidiano. O que possibilitará aproximação dos fatores do processo saúde-doença e a busca por cuidados adequados às necessidades dos indivíduos e coletivos, sendo importante conhecer as trajetórias dos usuários, os vários aspectos de sua vida, a forma como lidam com a saúde/doença no seu cotidiano, as dificuldades e seus recursos (financeiros, tecnológicos, pessoais, físicos).

Quando falamos em atuar sobre as necessidades de saúde, estamos propondo que os **profissionais** busquem **escutar, compreender, significar** e **intervir** sobre as situações apresentadas pelos usuários.



Essa charge faz uma crítica sobre a atuação distante da realidade socioeconômica da população, baseada apenas em procedimentos e na queixa-conduta.

A atuação descrita acima provoca-nos sobre a necessidade de escuta da história de vida do usuário, a buscar outro tipo de abordagem e conduta, aproximar o profissional dos problemas que levam as pessoas a procurarem os serviços de saúde. A partir desse novo fazer, perceberemos que nem sempre os problemas de saúde são objetivos, por exemplo, realização de extração.

Percebam que em alguns momentos os usuários não necessitam de um procedimento ou ação clínica para terem seus problemas solucionados; basta uma simples conversa, uma ação coletiva ou uma orientação para que busquem redefinir atitudes (SANTOS, 2006).

Tal necessidade de atuação já fora sinalizada no início do capítulo 1, quando falamos de processo saúde-doença. É fundamental um respeito ativo na condução dos processos de trabalho do profissional de saúde, já que tem que acatar o direito do usuário de ter opiniões, de fazer escolhas e de agir de acordo com sua cultura e sua crença. Isto implica que nem sempre as opções dos usuários serão de acordo com os saberes técnicos. Com isso, devemos permitir decisões livres e esclarecidas, fundamentadas e adequadas, para que se tornem compreendidas as informações e para que os usuários possam aceitar ou recusar o que lhes é proposto.

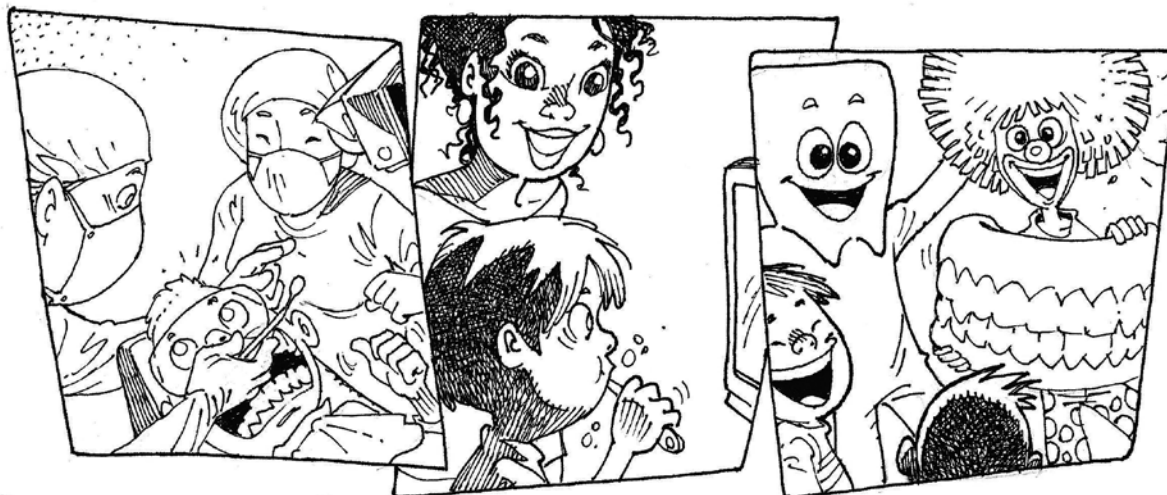
Então, vale lembrar-se de que as ações realizadas dentro e fora do consultório devem conduzir à produção de autonomia e construção do vínculo entre os membros da equipe e os indivíduos e coletivos.



#### ATIVIDADE 8

*Refleta e registre: o que você entende por produção de autonomia nos usuários? E construção de vínculo? Descreva uma situação que representa tais conceitos. Justifique se existia autonomia e vínculo na história de Sr. Joaquim da situação-problema I.*





Assim, destacamos que muito embora em alguns cenários essas ações já aconteçam, o que se propõe é uma discussão e apresentação de propostas para que um número maior de municípios sergipanos incorpore uma nova “agenda” com novos fazeres nas ações de Saúde Bucal.

## Educação Permanente

Objetivando transpor a processos de reorientações da produção em saúde, a Secretaria de Estado da Saúde tem uma equipe de gestores da Atenção Básica que realiza este trabalho pedagógico, pautado no apoio institucional por meio de visitas técnicas aos municípios ou por meio de reuniões na própria secretaria, para orientar os gestores e profissionais nos seus processos de trabalho em busca da reorientação da atenção em saúde bucal. Isso é educação permanente. A escolha por tal ação é pelo fato de ser um instrumento formador de consciência, pelo seu potencial de desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho, por ampliar a compreensão no protagonismo do cuidado, elementos fundamentais no contexto da atenção à saúde.

Quando se fala de educação permanente na saúde, isto deve ser visto na perspectiva de que, ao propormos esse processo como eixo das ações de saúde bucal, buscamos dentro do cotidiano das equipes de saúde bucal refletir sobre as necessidades de mudança e do esforço concentrado que deve ser adotado para a interação social entre os trabalhadores, gestores e usuários, além da possibilidade de trocas e de incorporações de novas ferramentas e novos conceitos para os processos de trabalho. Além disso, provoca interface com os vários objetos que o cotidiano apresenta, tais como as necessidades dos usuários, a organização dos serviços, o controle social, a gestão e outros.

O trabalhador estará o tempo todo aprendendo e produzindo conhecimento acerca de sua prática, conseqüentemente, produzindo autonomia para si, como profissional da saúde, e contribuindo com a produção de autonomia dos outros (SANTOS, 2006).

Além dos processos diretos de intervenção da SES, o Estado investe grande quantidade de recursos para os processos de educação permanente, por meio de capacitação, oficinas,

encontros, formação técnica e na construção de Clínicas de Saúde da Família com padrão de ambiência e humanização, a fim de que os espaços físicos não consistam num entrave à produção em saúde.

Com isso, objetivamos um novo fazer, de forma que o agir venha de um reconhecimento do território, na identificação das famílias de risco, na apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade local e em relações de trabalho capazes de produzir vínculo e gerar autonomia, sem, contudo, prejudicar a assistência individual.



Considere que o trabalho não deva buscar apenas evidências no diagnóstico, cuidado, tratamento e prognóstico, mas deve ir além, buscando condições de atendimento das necessidades dos sujeitos e de seus coletivos, com interação social, com possibilidades à autonomia e à criatividade (CECCIM, 2005).



## Para Refletir

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não o usarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

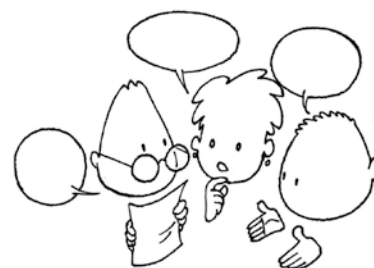
Fernando Pessoa



### ATIVIDADE 9

#### Rompendo Paradigmas

Após leitura e reflexão do conteúdo anterior e do poema de Fernando Pessoa, como podemos “abandonar as nossas roupas usadas” e promover esta “travessia”? Registre sua reflexão sobre o poema. Ao término reúnam-se em pequenos grupos para construir um mural com representação por meio de revistas, jornais, desenhos ou esculturas sobre o que precisamos para que a saúde bucal possa fazer sua travessia?



## Controle Social

No livro *A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe*, desta coleção, tivemos a oportunidade de conhecer a História das Políticas Públicas no Brasil. Vimos que os maiores protagonistas na conquista da saúde como direito de cidadania foram os usuários, através dos movimentos populares e por meio da garantia constitucional da participação popular na formulação, no acompanhamento e na fiscalização das políticas de saúde e no cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS nos sistemas locais de saúde.

Mediante toda essa força social, convidamos você, trabalhador e usuário do SUS, a estreitar a interação, de modo a propiciar uma construção diferenciada da saúde, através de um processo social, político e subjetivo, considerando o controle social como importante mecanismo para avançarmos na produção de cuidado e consolidação da política nacional e estadual de atenção à saúde bucal.

O controle social se insere como eixo na busca pelo estreitamento da relação entre trabalhador e usuários, na necessidade de sensibilização da população quanto à potencialidade desse lugar e pela mobilização para abertura de espaços de escuta e de trocas nas relações assistenciais e de cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Com todas as explicações, compreendemos que o Controle Social é uma conquista da sociedade. Com isso, percebemos que a participação popular é um exercício do poder político, sendo processada pelas Conferências de Saúde e pelos órgãos colegiados decisórios, tais como conselho local ou municipal de saúde. Porém, não deveria ocorrer apenas nesses espaços institucionalizados, mas sim em salas de espera da unidade, em cooperativas de pescadores, em associações de moradores, e em outros espaços.

A utilização do controle social possibilita que a própria sociedade, bem como os trabalhadores de saúde, contribuam na formulação de políticas públicas, aprovelem ou rejeitem as condutas dos gestores, opinem na tomada de decisão, busquem os interesses sociais, controlem os atos praticados e denunciem, quando necessário.

Todas essas ações podem acontecer através de práticas como: participação dos profissionais em Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde; debate sobre a Política Estadual de Atenção à Saúde Bucal para os Conselhos Municipal e Estadual; estímulo à participação popular; escuta dos usuários; estímulo à população para discutir e monitorar as ações de saúde bucal do seu município; garantia de acesso da população às informações sobre o SUS, seus princípios e espaços de participação; realização de pesquisa com a população questionando a satisfação do usuário sobre o serviço realizado na unidade; entre outros.

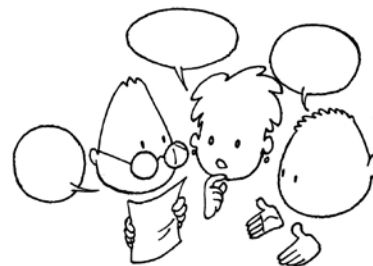
É importante que, além de outros temas, você leve para agenda do conselho pautas referentes à saúde bucal, tais como: campanhas educativas, exercício ilegal da odontologia, necessidade de ampliar o acesso, qualidade da água, capacitação sobre os principais problemas de saúde bucal e a prevenção, ofertas especializadas, de maneira a fomentar a participação das ESB nos espaços colegiados do SUS e melhorar o investimento para as ações e serviços voltados para saúde bucal.

Assim, finalizamos lembrando que o maior objetivo do controle social é a busca pelo fortalecimento da participação política da população na condução das políticas públicas, as quais têm por fim a melhoria da qualidade de vida da população, e você, profissional da saúde bucal, tem um papel social importante nessa efetivação.



### ATIVIDADE 10

*Reúnam-se em grupo e respondam ao questionamento abaixo. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final. Agora reflitam: ao trilharmos caminhos para dentro do Sistema Único de Saúde, temos que várias são as diretrizes que se apresentam como necessárias para atenção ao cidadão. Assim, questionamos:*



*O que é de fato controle social e qual a sua importância para atenção à Saúde Bucal? Escolham um tema e busquem representar uma reunião de conselho de saúde.*

## Conformação e Articulação das Redes Assistenciais

Nos livros *A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe e Atenção Básica no Estado de Sergipe*, desta coleção, vimos que a palavra rede tem vários significados, funcionando como serviços integrados, interligados, provocando o entendimento de que sozinho não se conseguirá resolver as demandas que chegam aos serviços. Então, existem serviços em um dado território, mas que não funcionam isoladamente, eles estão conectados para servir a um mesmo fim, isso nos faz perceber que os serviços se ligam a outros serviços, assim como as redes se conectam a outras redes.

A Lei 8.080/90 do SUS propõe a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, apoiadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Essas redes, segundo Santos, (2005), são constituídas por Equipamentos Assistenciais de Saúde, a exemplo das clínicas de saúde da família, que deverão ser ligadas entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de ações semelhantes.

A partir dessa explicação, visualize a unidade de saúde da família em que você trabalha. Essa faz parte de um serviço de saúde que compõe a Rede Primária, que pode resolver determinadas necessidades dos usuários, sendo autônoma por administrar os seus recursos, organizar o seu território, ter pessoal próprio e resolver as demandas que lhe chegam. Agora, fique atento quando alguma demanda extrapolar as habilidades da equipe e a estrutura local, pois é necessário pedir auxílio a um serviço de outra rede para lhe dar suporte, complementando a necessidade do usuário. No caso da saúde bucal, o profissional pode acionar os Centros de Especialidades Odontológicas ou a Rede Hospitalar. Assim, é importante destacar que as redes são resolutivas no que lhes compete e quando algum caso extrapole sua capacidade e não contemple as suas atribuições, o serviço em questão deve recorrer a um serviço complementar, para garantir o cuidado integral do usuário, que numa dada necessidade pode ser finalizada na mesma rede ou em outras redes.

Para organizar o Sistema, algumas redes lhe servem como portas de entrada, estas são para estabelecer um fluxo de captação dos usuários e regulação para outras redes. As portas de entrada oficiais do SUS são:

- Rede de Atenção Primária, que, como vimos, tem o papel de promover atividades assistenciais, diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação, bem como promoção de saúde, educação em saúde e prevenção de doenças. Essa rede, no Brasil, adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando organizar a atenção e buscar novos processos de trabalho, sendo definida como porta de entrada, como lugar de relação equipe de saúde e usuário, devendo acolher as necessidades dos usuários, vinculá-los ao sistema, de modo a dar respostas à sua necessidade. A responsabilidade pela execução e gestão é dos municípios. Ao governo estadual cabem as macrofunções de formulação da política, planejamento, cofinanciamento, formação, capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual.
- Rede de Urgência e Emergência, que tem como responsabilidade as demandas de pessoas com risco de vida ou de morte, funcionando em pronto-socorros do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), nos pronto-atendimentos 24h, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e nos hospitais regionais.
- Temos outras redes de acesso, tais como Rede de Atenção Psicossocial e o Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA.

As redes que funcionam como retaguarda são na verdade responsáveis por garantir a continuidade da atenção. Considerando os cuidados voltados para saúde bucal temos que são compostas pela atenção ambulatorial e hospitalar especializada. No caso dos CEO's, estes se encontram na rede especializada.

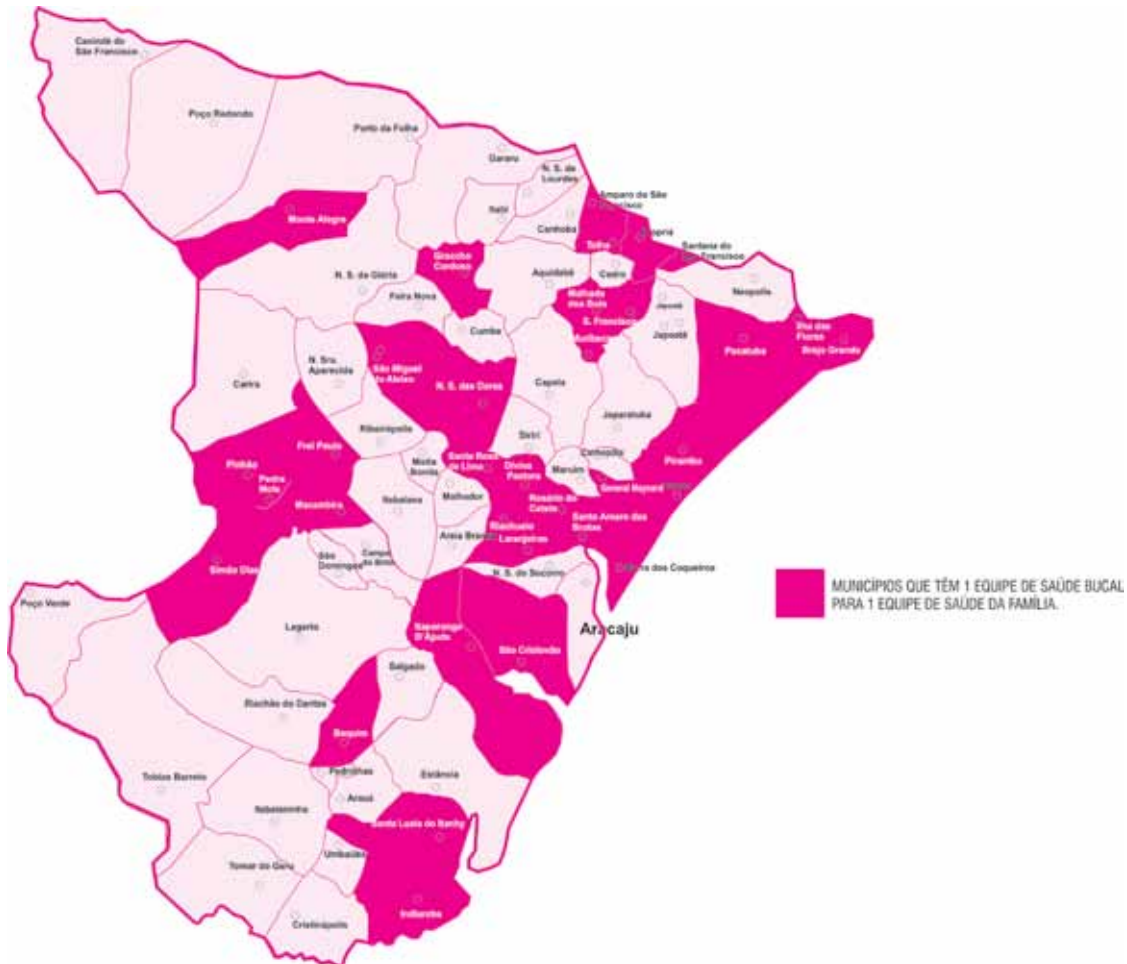
Em Sergipe, com o movimento da Reforma Sanitária e Gerencial, a fim de organizarmos a atenção em rede, a Secretaria de Estado da Saúde vem discutindo a reorganização, tendo em vista as grandes lacunas na garantia da integralidade da atenção à saúde bucal do Estado.

Trouxemos para as arenas decisórias a discussão do direito às ações e serviços de saúde bucal para os sergipanos. O ponto crucial foi implantar CEO's em diversos municípios para que pudessem ampliar e garantir o acesso a ações e serviços especializados. Assim, passamos de 6 CEO's existentes nas cidades de Aracaju, Canindé de São Francisco, Estância, Lagarto, Itabaiana e Nossa Senhora do Socorro e passamos para 14 CEO's, agora implantados em Boquim, Capela, Laranjeiras, Neópolis, Nossa Senhora da Glória, Propriá, Tobias Barreto e São Cristóvão. Estes 8 CEO's serão de gestão Estadual, geridos pela FUNESA e financiados com recursos próprios e com a contrapartida do Governo Federal. Assim, ofertarão serviços especializados para os seus municípios e para a população referenciada.

Com essa nova possibilidade, temos de fato a universalização do acesso, integralidade da atenção, a regionalização das ações para saúde bucal e, conseqüentemente, iremos

aproximar a oferta especializada da população.

Trouxemos a BAIXO imagens de dois dos 8 CEO's para caracterizar o padrão de excelência e humanização que foi determinado para o seu funcionamento. Bem como o mapa de Sergipe, para identificar os municípios onde estão localizados os CEO's regionais.



CEO de São Cristóvão-SE



CEO de Propriá-SE

Amon Gonçalves

Wellington Barreto

Destacamos que todo o esforço firmado nessa implantação assegura-se em acordos e negociações entre os gestores municipais, estadual e federal para o funcionamento de oito Centros. Considerando as necessidades dos sistemas locais de saúde, as ofertas disponíveis e pactuadas para cada município e em cada região de saúde ficam celebradas por meio do Contrato de Ação Pública. Através deste formaliza-se a articulação, de modo a garantir aos usuários do SUS o atendimento de suas necessidades em saúde bucal e para melhor definir os papéis e as responsabilidades dos gestores frente ao sistema interfederativo, definindo oferta, mecanismo de regulação e prioridades para o financiamento.



### ATIVIDADE 11

*Como acompanhamos, muito se tem avançado na organização dos processos de trabalho e na reestruturação do sistema de saúde para que se atenda aos princípios constitucionais, tais como a regionalização e a hierarquização. Assim, respondam: qual a importância da organização em redes? Reflitamos por meio da dinâmica da TEIA.*



*Ao final da dinâmica, respondam: qual ou quais estratégias e instrumentos utilizados no seu município e na sua região de saúde são necessários para garantir os fluxos de referência e contrarreferência para serviços odontológicos complementares? Faça uma reflexão crítica.*

Assim, para que de fato essas redes atinjam sua plena funcionalidade, é imperioso que se atenda o esgotamento dos limites de atuação de cada rede; o encaminhamento feito de forma criteriosa; a construção de vínculo e garantia da contrarreferência; sempre devendo esse percurso assistencial do usuário ser articulado entre os profissionais e as redes. Tal zelo e respeito com o usuário irão permitir um cuidado diferenciado, resolutivo e integral.

Agora, quando acompanhamos a situação-problema e os dilemas de seu Joaquim, indagamos: será que o lugar para a profissional encaminhar o usuário seria o mesmo hospital? Qual sua opinião?

Sabemos que, complementarmente, temos os Centros de Especialidades; estes devem ser os serviços de referência, pois detêm uma parte da missão assistencial, conformando um conjunto não competitivo e com adensamento tecnológico e de capacidade resolutiva.

Isso nos faz recordar que o princípio em rede não atende a “empurroterapia”, que leva usuários a peregrinarem em busca de assistência. Devem-se esgotar as possibilidades de intervenção e só assim encaminhar. Outra hipótese é observar se a necessidade é por serviço hospitalar, assim sendo, deve-se encaminhar diretamente já que é porta de entrada, no caso, por exemplo, de um trauma de face ou angina de Ludwig.

Caso a demanda seja referente a um tratamento endodôntico, deve-se encaminhar a um Centro de Especialidade Odontológica de referência para o serviço.

A rede, portanto, deve buscar atender sua necessidade e orientar o usuário, sem limitar acesso. Assim, pensa-se no princípio de **hierarquização** aliado ao mecanismo de referência e contrarreferência, enfocando a corresponsabilização. Não podemos ofertar serviços em localidades diferentes e com cuidado fragmentado, busca-se complementar a ação que foi iniciada.

Para funcionar “a **hierarquização** exige um fluxo e contra-fluxo de usuários e de informações, gerenciais e tecno-científicas, dentro da rede de serviços de saúde, os denominados sistemas de referência e contrarreferência”.

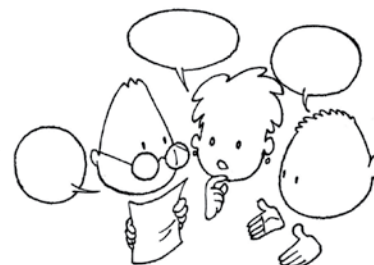
É importante que os profissionais, no ato da referência, ou seja, do encaminhamento zelem para que o usuário chegue ao seu destino, podendo contactar com o serviço ao qual o usuário foi encaminhado e avisar aos técnicos que ele chegará. É importante que, no ato de encaminhamento descreva-se a história desse usuário detalhadamente para permitir melhor eficiência no serviço referenciado. Isso permitirá uma circulação monitorada para que os problemas sejam resolvidos com eficácia e sem causar sofrimento e nem dor no seu percurso assistencial.

Com isso, resgatamos que a rede é complementar à ação e, quando não há resolutividade para o problema em um dado serviço, deve-se encaminhar o usuário para a referência, pela sua maior possibilidade tecnológica, e, ao final da intervenção realizada, deve-se contrarreferenciar para a unidade solicitante de origem.



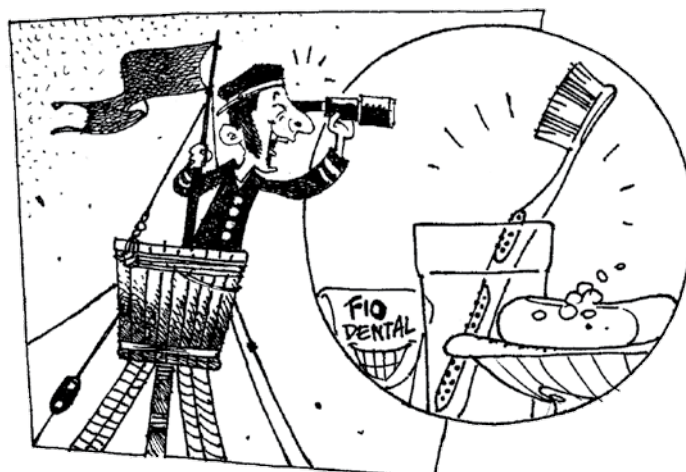
#### ATIVIDADE 12

*Em busca de novos significados e sentidos para os processos, assistam ao filme Jamaica Abaixo de Zero e destaquem os aspectos que consideram importantes a serem ponderados na construção e significação dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal, quais os pontos observáveis e que podem ser incorporados para melhoria do desempenho da equipe. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e as discussões da plenária final.*



## 2.3 Tecnologias para Organização da Atenção

### Vigilância na Saúde Bucal





## Reflexão e Debate

**Como a Vigilância na Saúde Bucal contribui para a prática de Saúde?**

*Orientação ao facilitador:*

*Deverá questionar os participantes sobre a problematização acima. É um breve debate, chuva de ideias.*

Como já foi sinalizado no capítulo anterior e no livro *Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe*, desta coleção, a Vigilância na Saúde é uma estratégia de atenção que se apóia em ações intersetoriais (articulação entre setores), com foco nos riscos, nos seus determinantes e na promoção em saúde. A figura acima faz uma crítica ao olhar vigilante apenas para aspectos higienistas. O que se propõe à vigilância na saúde são ações voltadas para o ambiente, equipamentos sociais e grupos vulneráveis do território.

No que concerne à Vigilância e à saúde bucal, evidenciamos que a equipe pode e deve incorporar nas suas ações o cuidado de monitorar e vigiar. Como exemplos, temos as seguintes ações: organização e execução de inquéritos epidemiológicos, vigilância dos resíduos produzidos no consultório, desde sua manipulação até seu destino final. Como sabemos, é de uso frequente da odontologia o uso do mercúrio no amálgama, esse é um agente tóxico que deve ser objeto de ação das equipes de saúde bucal. Além dessa, é importante o controle e monitoramento da qualidade da água de abastecimento público, a avaliação dos índices e teor de flúor que chegam até a população, a vigilância de produtos contendo flúor, controle de resíduos tóxicos, o acompanhamento das famílias que têm acesso à água tratada e a vigilância epidemiológica das principais doenças bucais.

A ação de vigilância faz-se necessária sempre no cotidiano das equipes de saúde bucal. Vejamos por quê! Essa prerrogativa firma-se no sentido de fortalecermos e/ou ampliarmos a execução do monitoramento das principais patologias bucais, a exemplo do levantamento epidemiológico da cárie dentária e da doença periodontal. Tais dados são fundamentais para o planejamento e a avaliação de ações de controle dessas doenças e a análise do índice de fluorose, do percentual de indivíduos com lesão sugestiva de câncer, do número de acamados dentro da área adstrita, pois são informações que nos permitirão identificar o risco da coletividade, evidenciar a situação de saúde bucal e a construção de séries históricas, permitindo a avaliação do impacto das ações desenvolvidas e o planejamento de políticas.

Assim, é importante que fique esclarecido que a ação de vigilância não deve acontecer de qualquer jeito, devendo ser realizada de forma sistemática, tomando como parâmetros indicadores ou índices, tais como **CPOD**, pois permitirá a comparabilidade de achados. A utilização desses instrumentos de base universal não impede o município de construir o seu próprio instrumento. Esse é o caso do sistema construído pelo Estado de Sergipe (1). Podendo ser incluídos indicadores de interesse local, como, por exemplo, o nível de satisfação de usuários com os aten-

**CPOD** é um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos.

dimentos prestados, a participação desses nas ações do planejamento e na programação da unidade.

Para executar ações de vigilância na saúde é necessário o reconhecimento do território para a caracterização da população e seus problemas de saúde. Essa atividade poderá ser realizada por meio de visitas às microáreas ou a partir da análise do mapa da área adstrita, fazendo visitas junto com agentes de saúde e a própria comunidade, a fim de buscar localizar os problemas e registrar as áreas de maior vulnerabilidade, pontuando as localidades que apresentam maiores necessidades de intervenção. Compreendam que a vigilância em saúde não é uma ação pontual, mas sim uma conduta subsidiária para ações tais como: processos comunicacionais, o planejamento e a programação local, temas que serão abordados posteriormente.

### Sistema de Informação

Como vimos nos livros *Atenção Básica no Estado de Sergipe* e *Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe*, desta coleção, falar de informação é falar em tudo que nos cerca, pois a informação está ligada diretamente às decisões que tomamos, reflete nossas concepções, intenções e valores. A informação em saúde é essencial na condução da ação e definição de prioridades.

Em relação à saúde bucal é possível, pelo Sistema de Informação, traçar o perfil do município, na atenção à saúde, analisando o enfoque que se dá aos cuidados, tanto individuais quanto coletivos, se há ou não políticas públicas específicas para saúde bucal da população, são priorizadas ações de promoção ou de cura, quais as características demográficas, os fatores de risco. Como exemplo: se quisermos saber quantas famílias têm acesso ao sistema de abastecimento e, conseqüentemente, ao flúor, qual o quantitativo de exodontias e de restaurações realizadas? Quais as patologias mais frequentes?

É importante que se saiba que o sistema de informação tanto se constitui como um instrumento de gestão quanto de cuidado, no sentido de demonstrar efeitos e impactos das ações produzidas, avaliando o uso dos recursos públicos e as condições de vida e de saúde da população. Sendo imperiosa a consciência de que o registro deve ser realizado com muito rigor, para que represente de forma fidedigna ou próxima à realidade local. Daí o prejuízo do não registro, da sub ou hiperalimentação das informações do sistema.

Os sistemas de informação mais presentes no cotidiano das Equipes de Saúde Bucal são o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-SCNES e Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

## SIA-SUS

É um Sistema de informação que foi implantado para facilitar o planejamento, controle e avaliação da produção ambulatorial. A unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado, ou seja, a consulta, a aplicação de flúor, a restauração, a exodontia etc. No entanto, esse sistema apresenta algumas limitações ao não permitir a identificação do diagnóstico, a faixa-etária da população atendida ou o motivo do atendimento, entre outros. Exceção feita à **Primeira Consulta Odontológica Programática**, que possibilita saber qual é a idade que tem acesso a cuidados odontológicos. O fluxo da produção acontece da seguinte forma: após todo o registro de produção diária, a produção vai para o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA, que consolida o número de atendimentos e os tipos de procedimentos. O município gera o relatório de atividades e procedimentos básicos e lança as informações mensalmente para a esfera Federal por meio do **DATASUS**. Os procedimentos especializados como raio x odontológico, devem ser enviados à base Estadual que processa e envia ao DATASUS. Embora, a partir de novembro de 2008, os municípios em gestão plena da atenção básica sejam responsáveis por enviar ao DATASUS os seus procedimentos executados da atenção básica, ficam obrigados a atualizar também à base Estadual, mensalmente. A partir desses dados, o gestor federal disponibiliza a informação após três meses da sua realização.

**Primeira Consulta Odontológica Programática** é a consulta que mensura o acesso dos cidadãos ao SUS, no âmbito da atenção básica. Ela deve ser registrada como primeira consulta quando o profissional realiza o preenchimento do odontograma, faz anamnese e elenca um plano terapêutico singular para o indivíduo. Não deve ser registrada no caso de urgência, pois só acontecerá execução de procedimento e não teremos continuidade do tratamento odontológico.

**DATASUS:** Banco de dados do Ministério da Saúde – o Datasus está disponível no site: <http://www.datasus.gov.br>.

A informação gerada propicia valiosas informações sobre o desempenho dos gestores municipais e estaduais na seleção e implementação de prioridades assistenciais. Permite o acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas e que podem orientar a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios. São exemplos: quais são os tipos de procedimentos mais frequentes em dado município e qual a relação entre consultas, procedimentos cirúrgicos, ações coletivas e individuais? Além de informar qual a produção de atividades odontológicas por habitante/ano, e se tem ampliado, ou não, a oferta.

## SIAB

O SIAB, como vimos, é um dispositivo muito potente, pois é um dos poucos sistemas que permite traçar o panorama socioeconômico, e o perfil de adoecimento e morte dos usuários do território. Além disso, permite o monitoramento das ações que os membros da equipe realizam. Este é muito importante, pois permite incluir análise territorial, por meio da desagregação dos indicadores por microáreas, possibilitando a localização dos problemas de saúde em cada microlocalidade, permitindo o cadastramento das famílias acompanhado da atenção à saúde.

Em relação à odontologia, os membros da equipe registram as seguintes informações: procedimentos coletivos, atividade educativa e visita domiciliar. No entanto, só deve ser alimentado pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família e

não pelos odontólogos vinculados à atenção básica. Entretanto, todos podem e devem utilizar essa ferramenta para o planejamento, avaliação e vigilância em saúde, a partir do levantamento do número de hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes e áreas vulneráveis dentro do território de abrangência. Com isso, devemos recorrer à ficha D, que contém ações de SB e é pouco utilizada.



## ZÉ BOCÃO ALERTA

Os registros de produção diária e os consolidados mensais não devem ser apenas utilizados pela gestão para alimentar os bancos de dados nacionais. É importante que sejam operacionalizados pelas Equipes de Saúde Bucal na resolução dos problemas da população. Para isso basta aplicar na prática! Assim, o registro fidedigno é sempre o melhor dado, mesmo que seja ruim para aquela ação, mas lembre-se de que ele irá representar a realidade, pois as políticas são pensadas e baseadas nestes dados e podem favorecer, em algum momento, a essa precariedade informada.

### Etapas da Informação:

Geração fidedigna de dados → Análise dos dados → Produção de informação sobre as necessidades de saúde observadas → Organização do processo de trabalho com base em tais necessidades → Execução de ações com base nas necessidades evidenciadas.

## Planilhas do Sistema de Informação Estadual: Saúde Bucal para Todos

A Secretária de Estado de Saúde-SES decidiu criar um instrumento para acompanhamento mensal que agrega grande parte dos dados dos diversos Sistemas de Informação de base nacional, conforme pode ser visualizado no livro o modelo de como deve ser o seu preenchimento. Os dados escolhidos procuram ser abrangentes, oportunos, disponíveis e com grande potencialidade para o serviço. Deve-se atentar para o fato de que esse sistema não substitui os sistemas de informação existentes. Foi construído com o objetivo de permitir ao gestor e às equipes a identificação de dificuldades na atuação, as prioridades, como um instrumento de controle, de monitoramento e de avaliação.

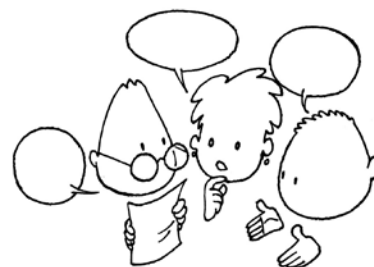
O Sistema é operado em 2 planilhas: a de alimentação diária, que é registrada pelas equipes, e a consolidação total, que é onde o gestor computa a produção total do mês e envia para a SES. Estas se encontram permanentemente disponíveis em rede interna para ser ofertada aos municípios. O envio é mensal. Os dados são quantitativos, representados pelos códigos do SIA, mas também têm dados qualitativos das ações e que devem ser alimentados dando-se a mesma importância, por serem instrumentos de gestão que não estão atrelados a pagamento por produção, mas a vários objetivos. São instrumentos para o apoio institucional e para o monitoramento e avaliação.

Conclui-se que a utilização da informação no cotidiano promove o reforço das ações de fortalecimento das áreas na sua capacidade de produção de dados oportunos, necessários à gestão municipal, para que propiciem melhoria da saúde bucal da população.



### ATIVIDADE 13

*O Sistema de informação faz parte dos nossos processos de trabalho com funções bem claras e definidas, agora, reflitam sobre seu cotidiano, respondam às questões e anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.*



1. Qual é a importância para as equipes de saúde bucal de trabalharem com sistema de informação?
2. Quais fatores mais relevantes serão analisados pelos profissionais da Saúde Bucal?
3. Retornemos à primeira situação-problema e busquemos registrar as atividades realizadas pela odontóloga de Cabrobó do Judas na planilha estadual de alimentação diária.

## Planejamento em Saúde Bucal

O Planejamento em Saúde é outro dispositivo que apresentamos como necessário à apropriação na organização das ações, já que nos deparamos com um número de problemas urgentes que tumultuam a nossa agenda. Como vimos no livro *Atenção Básica no Estado de Sergipe*, desta coleção, é um tema de grande potencialidade nos processos de trabalho e foi muito bem elaborado. O enfoque neste livro será em subsídios práticos voltados para as ações das Equipes de Saúde Bucal.

Temos na odontologia a compreensão de que, ao organizarmos a agenda profissional fazemos um planejamento. Contudo, veremos que o planejamento para saúde bucal pode e deve ser bem maior. Tanto pelo fato de proporcionar a ampliação da visão da equipe sobre o território onde trabalha, por promover a equidade, por definir aonde quer chegar, para onde quer conduzir as ações, quanto pelo fato de contribuir nas tomadas de decisões, que, acredita-se, leva ao ponto desejado.

Remetendo-nos à segunda situação-problema, vimos que temos a necessidade de executarmos um planejamento para definir a área de atuação e as ações a serem realizadas, considerando as singularidades e necessidades do território.

O levantamento de quem serão os participantes na construção desse planejamento é muito importante, devendo sempre destacar que nunca deve ser realizado por uma única pessoa, pois quanto maior o número de participantes, mais rico será o processo de discussão, numa concentração maior de saberes, experiências, definição de prioridades e ações necessárias.



#### ATIVIDADE 14

Compreendendo mais sobre Planejamento por meio da Dinâmica do Corpo Humano



1. Quais são as potencialidades que você defende que o planejamento trazer para as ações de Saúde Bucal?
2. Como fazer para se tornar realidade na cidade de Cabrobó do Judas?
3. Reflexão por meio da dinâmica do Corpo Humano (1º momento e 2º momento).

Para tentar facilitar a construção do planejamento, propomos um roteiro abaixo que lhe permitirá desenvolver um processo participativo de planejamento. Não há nada de novo além do que já foi visto no Livro Atenção Básica no Estado de Sergipe, desta coleção, o diferencial é o enfoque para área de que trata.

### 1ª Etapa: Momento Explicativo - Diagnóstico Situacional

Para realizar um Planejamento em saúde bucal é necessário, também, um levantamento mais profundo da situação da sua localidade, bairro e/ou município, não basta apenas saber se uma pessoa tem ou não escova de dente. Deve-se buscar entender em que contexto sócio-cultural e econômico ela está inserida. Para tanto, identifique quem conhece bem o território e busque levantar conjuntamente as necessidades.



Para o levantamento dos problemas deveremos inicialmente analisar os indicadores de saúde, as condições sócioeconômicas e riscos da população adstrita. Após, deve-se identificar as diferenças entre as famílias no mesmo território, buscando classificá-las em diferentes graus de risco à saúde, do maior para o menor, a partir dos determinantes sociais comuns a todas as doenças; é imperioso compartilhar com a população esta classificação hierárquica das microáreas e, ao final, para consolidar, construir um mapa descritivo da classificação hierárquica das microáreas, identificando todos os elementos determinantes das condições de risco, destacando informantes-chave e os possíveis parceiros no desenvolvimento de ações de saúde; localizar os demais equipamentos sociais e outros recursos disponíveis para o fomento da qualidade de vida desse território. Como dispositivos utilizaremos o SIAB, o SIA e o sistema de informação local construído pela Secretaria de Estado (Anexo 1). Além disso, as equipes podem realizar **levantamento epidemiológico** ou **construir um instrumento que** colete as condições sociais, econômicas, os hábitos orais nocivos, as condições nutricionais, condições de higiene, o quantitativo de indivíduos com alguma necessidade diferenciada de atendimento odontológico etc. ou por meio de escutas do Conselho Local e da comunidade. A partir desse levantamento, a ESB ou ESF verificará que existem áreas que são mais vulneráveis para priorizar atenção, tais como: áreas sem saneamento básico, áreas de prostituição, com região de bares com índice elevado de alcoolismo, famílias sem fonte de renda, áreas descobertas pela ESF, região de tráfico de drogas, trabalhadores rurais, pescadores, acampamentos, comunidades quilombolas, entre outros. Outros destaques são para áreas com dificuldade de acesso ao serviço, para as famílias que não têm água fluoretada, para existência de áreas com indicadores de agravos à saúde bucal.

**Levantamento Epidemiológico:** é uma pesquisa de campo feita em uma determinada área para identificar os problemas de saúde das pessoas que ali vivem. Através deste estudo é possível propor um plano de tratamento adequado e eficaz diretamente voltado para resolver os problemas.

Se tomarmos como exemplo a família de Sr. Joaquim, que foi citada na primeira situação-problema, evidenciamo-la como prioritária para atenção, pelos seguintes motivos: pelas questões sociais, pela ocupação do provedor, pelos hábitos deletérios, por ter uma dieta pobre em nutrientes, por apresentar uma idade em que merecem ser investigadas as condições da pressão arterial e da taxa de glicemia. Além do risco ao câncer de boca e de próstata. É uma família que apresenta, também, 2 mulheres na faixa de risco para câncer de colo de útero, 1 bebê e 2 adolescentes. Entre outros aspectos, questionamos: todos têm escova de dente? No povoado que a família mora, há sistema de abastecimento? Tem acesso ao flúor? O bebê está recebendo apenas leite materno? Equipamentos sociais disponíveis? Os filhos menores estão na escola?

Assim, questionamos: quantas famílias há neste mesmo povoado e no município de Cabrobó do Judas sem serem cuidadas e nem acompanhadas?

Com esse levantamento você já avançou para construção da **cartografia**, das necessidades imediatas e a avaliação de risco, tendo um entendimento das condições sócio-econômico-cultural e epidemiológica da população da área de abrangência. Após cumprida a etapa de identificação dos problemas-resposta ao questionamento “onde estou”? - passaremos para a etapa seguinte.

**Cartografia** é um mapa falante porque traz além dos aspectos geográficos, as relações sociais, históricas e econômicas de uma localidade.



## Para Refletir

*A real viagem de descoberta consiste não em buscar novos horizontes, mas ter novos olhos.*

Marcel Proust

### 2ª Etapa: Desenho de Intervenção / Momento Normativo

Nessa etapa, temos a missão de planejar as ações necessárias para se atingir o objetivo almejado, que é garantir o acesso às ações de prevenção e atenção clínica aos grupos com maior risco de adoecimento.

Assim, o que será necessário para atender às demandas identificadas e quem deve ser priorizado no sistema?

Os profissionais podem elaborar o planejamento das atividades e eleger, para iniciar a intervenção, prioritariamente, as áreas de maior vulnerabilidade social.

### 3ª Etapa: Momento Estratégico

Nessa etapa, avalia-se a viabilidade do plano de ação, indicando o caminho que se deve percorrer para atingir as metas/objetivos idealizados. É o momento que os envolvidos no planejamento indicaram as estratégias que são possíveis para atingir (os) objetivo(s) pretendido(s). Assim, teremos que sentar com o coletivo e traçar qual caminho deve ser seguido. Levantando o que será realizado, quem realizará, para quem e quais os recursos e métodos a serem executados. Trouxemos, abaixo, algumas estratégias que podem ser usadas a depender de cada realidade. Com isso, vocês terão que:

- Identificar os fatos mais incidentes e as necessidades de saúde que correspondam às necessidades das microáreas, dos povoados e do seu território de atuação de forma geral, e, após essa tarefa, deverá formular estratégias e planejar ações;
- Levantar e eleger os equipamentos sociais (escolas, creches, domicílios, associações de moradores, clínicas de saúde da família, Centros de Especialidades Odontológicas etc) coerentes e disponíveis para realização da atividade formulada;
- Buscar se inserir nos diversos grupos existentes no município, tais como gestantes, idosos, adolescentes etc;
- Estimular o envolvimento da comunidade na discussão e elaboração das atividades propostas;
- Definir turnos para atividades de planejamento, reuniões de equipe e atividade coletiva;
- Envolver os diversos membros nos cuidados com a saúde bucal, principalmente os agentes de saúde;
- Buscar organizar a demanda de atendimentos pautada na condição do território,

exemplo: uma tarde para os idosos, caso sua área possua muitos indivíduos com tal perfil, ou grupo de gestantes, etc.

#### 4ª Etapa: Momento Tático-Operacional-Execução do Planejamento

É o instante em que tudo que foi analisado, levantado e definido será colocado em prática, é a fase de execução.

Nessa fase, também deve-se considerar se o resultado do que foi proposto foi alcançado, o que deu certo, o que deu errado, e avaliar a nova situação, medindo e comparando com o que se tinha antes. Muito embora perceba-se que estamos na fase final, ela não é conclusiva, pois o planejamento, em si, é dinâmico vai perdendo sua atualidade face ao desenrolar dos processos e da nova necessidade.

Resgatando as etapas para executar um planejamento tente colocar em prática.



#### INFORMAÇÕES

Sugestão de Leitura: **PLANEJAMENTO EM SAÚDE** em Saúde e Cidadania. Disponível no site: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_cidadania\\_volume02.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume02.pdf)

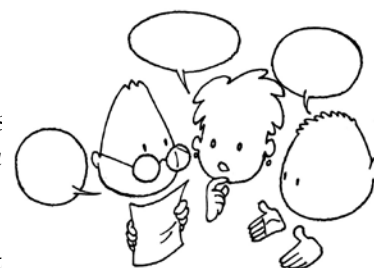
Sugestão: assista ao vídeo sobre planejamento no: [http://www.youtube.com/watch?v=R\\_xyzpgqk5Q](http://www.youtube.com/watch?v=R_xyzpgqk5Q)



#### ATIVIDADE 15

Reúnam-se em grupo e respondam ao questionamento abaixo. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final. Agora reflitam e busquem operacionalizar o Planejamento em Saúde Bucal.

1. Antes, porém, descrevam qual o papel de cada etapa do planejamento..
2. Realizem a construção coletiva de um planejamento.



#### Conclui-se que o Planejamento é utilizado para:

- Compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população e do território;
- Subsidiar a elaboração de propostas em busca de solucionar os problemas;
- Definir metas e propor um plano de ação;
- Implementar monitoramento e avaliação das ações realizadas.

#### Para planejar é importante:

- Epidemiologia/Análise do Sistema de Informação;

- Realização de levantamentos epidemiológicos;
- Realização de levantamento de necessidades imediatas;
- Avaliação de risco;
- Escuta da comunidade/Controle Social;
- Envolvimento de um número maior de atores sociais.

### Como colocar em prática?

- Levantamento de dados sobre as famílias, descrição do seu território, levantamento dos serviços e de suas condições de atender a necessidade da população, quantitativo de profissionais e o que pode e deve ofertar;
- Desenvolvimento de um plano de ação, elencando áreas prioritárias e atribuições de cada ator ou instituição, na execução do planejamento;
- Seleção de trajetórias, identificação de possibilidades para desenvolvimento do plano de ação, definição da necessidade de recursos e dos atores responsáveis;
- Execução do planejamento, avaliação e monitoramento;
- Redefinição de estratégias.

### Ações Programáticas

O tema ações programáticas apresenta uma discussão importante para saúde bucal pelo fato de ser uma ferramenta que amplia a capacidade e a forma da atenção na perspectiva de linha do cuidado. As ações programáticas trabalham organizando a demanda de risco no território, reduzindo o potencial de adoecimento e ampliando as ações de cuidado. Permitem organizar os processos de trabalho das equipes das Unidades Básicas de Saúde, ao lado de outras tecnologias, como o acolhimento, o atendimento individual, coletivo e etc, por meio de linhas de produção do cuidado nos diversos níveis de atenção. Assim, são compreendidas como saber tecnológico que proporciona um eixo para as equipes trabalharem com o conceito de risco a partir de etapas estruturantes, pressupondo um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação orientados para:

- Identificação do risco para captação de clientela (assentados, quilombolas, crianças, adolescentes, idosos, adultos);
- Estratificação do risco, que permite abordar de forma diferenciada cada indivíduo em seu contexto;
- Intervenção orientada por um conjunto de ofertas programadas segundo o risco e sua estratificação;

- Monitoramento das ações como momento de revisitar as etapas anteriores;
- Avaliação e intervenção da equipe.

Esta organização tecnológica das Ações Programáticas utiliza a concepção pedagógica da exposição do profissional de saúde às necessidades de saúde, de forma a compreender, significar, intervir e resolver, gerando níveis crescentes de autonomia para os usuários e para a equipe (FREIRE, 2005).



#### ATIVIDADE 16

*Reúnam-se em grupo e busquem trabalhar com o tema das Ações Programáticas. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final. Agora reflitam e descrevam: como as ações programáticas podem ser aplicadas na agenda de Samuel em Cabrobó do Judas?*



### Monitoramento e Avaliação

Ao nos aproximarmos do que seja monitoramento e avaliação, no livro *Atenção Básica no Estado de Sergipe*, desta coleção, retornaremos à discussão. Para tanto, iniciemos respondendo às questões abaixo:



#### ATIVIDADE 17

*Após o acúmulo do que seja monitoramento e avaliação, reúnam-se em grupo, reflitam e respondam:*

*Como são realizadas as ações de monitoramento e de avaliação no seu cotidiano? Quem participa destas atividades?*

*Que impacto tem produzido sua atuação? Como mensurar tal impacto?*

*Anotem as sínteses no caderno para plenária.*



Sabemos que, muito embora essas duas palavras, no senso comum, tenham um grau de aproximação e pareçam ter o mesmo significado, vimos que são atividades distintas e que buscam responder a diferentes objetivos, mas com o intuito do mesmo resultado, que é colaborar tanto no planejamento, quanto nas atividades de equipe, bem como nas ações de gestão, dando suporte à formulação de políticas e nos processos decisórios.

Monitoramento é uma ferramenta que deve ser utilizada de forma contínua, representa o acompanhamento rotineiro, e por isso tem um entendimento mais próximo e um olhar mais qualitativo da realidade, pois saberá dos percalços, entraves. Por isso, serve como dispositivo para as avaliações a serem definidas.

A avaliação é utilizada como meio esporádico, é menos intenso, sua potencialidade está conectada com **eficácia, eficiência e efetividade**. Deve ser utilizada para fazer juízo de valor, como define o “Dicionário Aurélio” determinar o valor, o preço e o merecimento. Suas ações no âmbito da saúde estão mais relacionadas à verificação do impacto das ações produzidas, das Políticas Públicas implantadas a fim de promover correção de trajetórias.

**Eficácia** mede a relação entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos.

**Eficiência** é o meio de otimizar os recursos e os esforços, ou seja, fazer mais com menos, evitando retrabalho e desperdício.

**Efetividade** mensura o resultado que foi alcançado, ou seja, quanto impactou.

Se olharmos as potencialidades desses temas, visualizamos que se constituem como ferramentas para um cuidado diferenciado, pois podemos realizar análises periódicas dos principais problemas de saúde bucal, podemos acompanhar a vigilância dos estabelecimentos odontológicos, o grau de resolutividade, a cobertura assistencial, quantitativo de urgência de primeira vez e o quantitativo dos tratamentos completados.

Agora de nada adianta monitorar e avaliar algo se você não sabe o quê, ou seja, quanto você tem de parâmetro inicial para mensurar o resultado alcançado. Outro aspecto é que esse não deve ser apenas um mecanismo de gestão e nem atividade esporádica, mas sim institucionalizada, de forma a integrar o sistema de organização e que possa influenciar no tipo de cuidado de saúde prestado. Com isso, deve ser incorporado pela equipe, na busca de melhoria da qualidade da atenção prestada. Um bom exercício é verificar a satisfação do usuário, podendo ser feito em caixa de sugestões, em questionários, em ouvidoria, em encontros, em reuniões do controle social e colocando-nos no desafio permanente de gerar conhecimento para sustentar e aprimorar os processos, sendo necessário, ainda, o envolvimento de maior número de participantes que propiciem reflexão sobre a natureza da organização social e sobre os determinantes de saúde. Desenvolvendo culturas avaliativas, favorecendo o exercício crítico para detectar especificidades e potencializar mudanças de rumos e trajetórias. Assim, é preciso saber utilizar esses dispositivos de acompanhamento da prática cotidiana para obtermos o impacto necessário para melhoria da qualidade de vida.

## Atividade Coletiva

### Como Samuel poderá organizar suas ações para atender aos cuidados coletivos?

A segunda situação-problema traz uma discussão muito interessante do ponto de vista do conflito: “o que realmente é Atividade Coletiva?” e da necessidade de incorporação desse fazer nas práxis das Equipes de Saúde Bucal. É bastante interessante esta temática por focar um dos grandes desafios da atuação dos profissionais da Atenção Básica, mais precisamente da Saúde da Família, o cuidado dos coletivos, pois é algo que não foi abordado na graduação e, por isso, os profissionais sentem dificuldades na realização de tais abordagens. Vale destacar a necessidade de transcender ao modelo biomédico, já que o tema das atividades coletivas exige uma ação intersetorial, intra e extra saúde.

Nesse tópico faremos uma discussão de como cuidar coletivamente. Isso se constitui como encontro entre atores diversos que têm como função a construção coletiva do conhecimento, possibilidade de análise da realidade, a troca de conhecimento, a busca compartilhada de respostas para as necessidades dos participantes em seu cotidiano e no contexto

de vida, de forma a produzir autonomia na forma de viver dos usuários.

As indicações dessas atividades são tanto para atividades educativas, tais como capacitação, desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e a busca de intervenção sobre os fatores que interferem no processo saúde doença, como para os programas de cunho formativo, direcionados para formação de multiplicadores em diferentes cenários, como: escolas, creches, associações de moradores, asilos, igrejas, empresas, salas de espera etc, além de organização de demandas, ampliação do acesso, tal como o acolhimento com classificação de risco e **acolhimento coletivo**.

**Acolhimento Coletivo:** é a forma de interação entre profissionais e usuários, dos usuários com os usuários e dos profissionais de saúde entre si, num mesmo espaço de atuação que é a USF.

Buscando operacionalizar da melhor forma, ou seja, como espaço de aprendizagem, de reflexão e de mudança de paradigmas, é imperioso que as equipes procurem discutir sempre identificando: para quem se destina? De onde vem? O que se quer? Quem deve participar? Quais os recursos necessários e os disponíveis? Devendo sempre buscar construir essa ação mediante o diálogo com a população.

Um destaque é que a atividade coletiva deve falar sobre temas relacionadas à realidade daquela população, exemplo, gravidez na adolescência, cárie de mamadeira, hábitos deletérios e a má oclusão, drogas etc. E não sobre os temas que o profissional deseja ou tem familiaridade. Para tanto, se não souber ou não tiver compreensão do tema necessário, pesquise, convide outro profissional para falar, articule-se intra ou extra saúde em busca da construção desses processos coletivos de cuidar. O que não podemos é sempre falar de técnicas de higiene!



Outro aspecto são os parâmetros de oferta da agenda, ou seja, quanto destinarei para atividades coletivas. Tal resposta só será possível mediante análise do planejamento e definição de quais são meus grupos prioritários e em qual proporção eles se apresentam na minha área adstrita. Outro ponto a se considerar é a conformação da equipe e a proporção entre a Equipe de Saúde Bucal e as Equipes de Saúde da Família, sendo fundamental ampliar o ambiente de atuação para as atividades coletivas, ou seja, além da escola. Deve-se promover ações para outro público, em outros equipamentos sociais, tais como fábrica, asilo, creches, associações etc. O importante é que promovamos o cuidado aos coletivos,

pois, nesse sentido, mais do que ações, estaremos exercendo a aplicação da cidadania, objetivando assegurar melhores condições de vida através de ações que possibilitem: o desenvolvimento de atitudes, de encontros, de trocas e da resolução de problemas, permitindo a construção do vínculo, da corresponsabilidade e interação e comunhão entre os sujeitos.

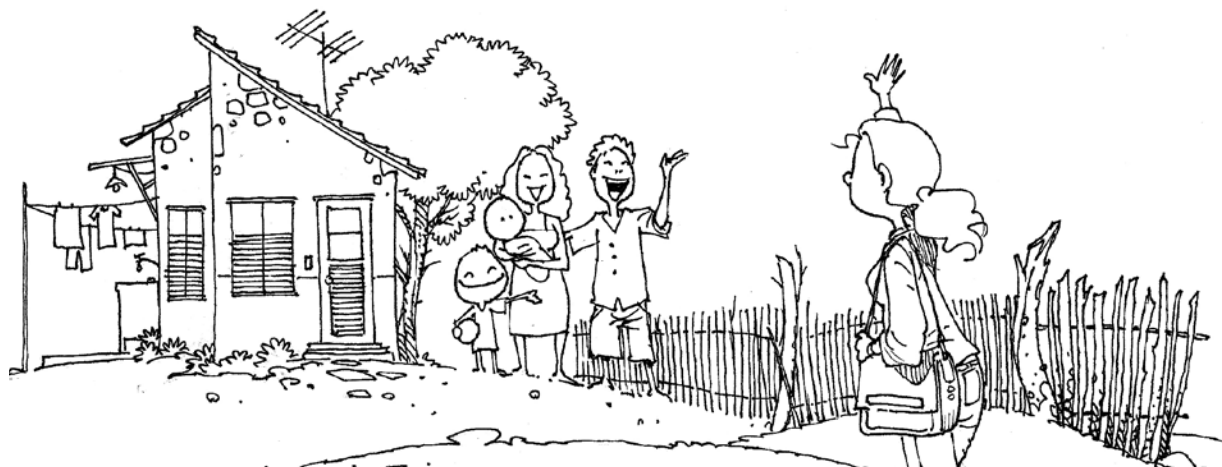
Ressaltamos que as atividades coletivas, ou as extramuros, ou os processos coletivos, como vocês queiram denominar, devem ser executados, pois é por meio desses que conseguiremos dar um novo significado às ações de saúde bucal.



## Você Sabia?

Em 1992, foram introduzidos procedimentos coletivos (PC) de saúde bucal como elementos centrais para política de saúde bucal da época, com a função de “reverter o modelo assistencial cirúrgico-restaurador e extinguir o TC (tratamento completado) como instrumento para remuneração do setor, visando a possibilitar que estados e municípios fossem remunerados por ações preventivas. Assim, durante os anos 1990, os PC ocuparam lugar de destaque nas ações de saúde bucal no SUS, impulsionando, sob apoio financeiro, as ações de promoção e prevenção em centenas de municípios. Mas a sua vinculação com os mecanismos de transferência de recursos, tida inicialmente como um avanço, foi tirando a sua característica de instrumento potente para mudar o modelo de atenção. Não obstante as dificuldades e limitações, sua criação e amplo emprego representaram um esforço para alterar substancialmente o modelo de prática odontológica predominante no setor público, redirecionando-o para ações preventivas e de promoção da saúde, o que se tornou seu principal legado” (CARVALHO et al, 2009), contudo, restringiam-se a ações apenas a escolares. No ano de 2006, com a criação do Pacto pela Saúde, os PC’s foram extintos.

## Visita Domiciliar



## Qual a importância da visita domiciliar nas ações da Equipe de Saúde Bucal?

A visita domiciliar se constitui num conjunto de ações de saúde utilizadas com intuito de subsidiar a intervenção para o atendimento, tanto educativo como assistencial, no domicílio dos usuários que apresentam dificuldades de qualquer natureza de acessar a Unidade de Saúde.

Com a definitiva implantação da ESF, normas operacionais passaram a definir que as visitas domiciliares deveriam ser realizadas por todos profissionais da equipe, sendo rotineiras e mais intensas nas agendas dos Agentes de Saúde. Essa atribuição comum a todos os membros da equipe tem especificidade, pois cada profissional exercerá sua função específica, devendo privilegiar a prevenção e a promoção no seu campo de prática.

A visita às famílias, pela Equipe de Saúde Bucal, vai além da superação dos modelos de assistência da saúde bucal, pautados na ação apenas dentro do consultório e/ou dentro da escola. Esta representa oportunidade para a população que não consegue ter acesso por razões de barreiras físicas, pessoais, geográficas ou familiares. Significando muito mais que acesso, representando melhoria da qualidade de vida, elevação da autoestima, fortalecimento da cidadania, construção de vínculo e corresponsabilização.

Assim, visualizem que os domicílios são espaços dinâmicos que propiciam às equipes um aprendizado e compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem. São situações onde o fazer se aproxima da realidade da vida das pessoas e possibilita um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários. Devendo a equipe motivar o desenvolvimento da autonomia e a reconstrução de valores de cada membro da família, respeitando seus limites e crenças. Assim, surgirão os laços de confiança para que as orientações sejam cumpridas.

A visita domiciliar tem uma grande importância na saúde bucal, visto que, através do conhecimento das condições sócioeconômicas, culturais e o estilo de vida, conduzirá a abordagem, a relação e o aproveitamento dos recursos de que os indivíduos dispõem, para poder oferecer alternativas viáveis para a manutenção da saúde bucal.

## O que fazer na visita domiciliar?

Antes de qualquer coisa, é importante saber que, para o sucesso de uma visita domiciliar, é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação envolvendo todos os membros da equipe. As visitas domiciliares compulsórias, ou seja, sem necessidade ou sem indicação, resultam em problemas, por representarem uma diretriz pouco eficiente. Isso porque a equipe não saberá o que vai fazer em determinado domicílio. É importante, também, que o ACS comunique e a família aceite a visita, para que haja um bom resultado.

Ofertamos como proposta de atividades atitudes que vão desde a busca ativa de casos até atividades de promoção em saúde. No caso descrito da família de Sr. Joaquim, vimos que se tratava de um domicílio prioritário para as visitas, por haver um bebezinho de 2 meses. Assim questionamos: houve a visita da equipe e não identificaram o risco existente, ou foi uma visita só com o enfoque para a nora e a neta de Sr. Joaquim, ou, por

fim, não houve visita a esta família? São questionamentos que trazemos para reflexão devido ao município adotar como estratégia para reorganização da Atenção Básica o PSF e percebemos algumas situações no caso que são de responsabilidade da equipe que atende naquela área adscrita.

Dessa forma, buscando ampliar a potencialidade da visita domiciliar, elencamos ações que podem ser realizadas neste espaço, tais como:

- Cuidados específicos de extração;
- Avaliação de PA;
- Raspagem supragengival;
- Controle de biofilme;
- Aplicação de flúor;
- Atividades de promoção em visitas de puericultura e puerpério;
- Orientações no pós-operatório;
- Atenção a famílias que nunca foram atendidas pela Equipe de Saúde Bucal e que o ACS identificou como de risco.



### Zé Bocão Alerta!

- Cuidado com os pacientes que apresentam Diabetes, Cardiopatias e outras patologias que necessitam de Profilaxia Antibiótica. Deve-se, antes de qualquer procedimento, conversar com o médico, ler a história clínica e saber das condições clínicas atuais;
- Cuidado com os usuários que têm dificuldade de cuspir, para não engolir e nem bronco-aspirar;
- É importante observar se os pacientes já fazem uso de outras medicações e se há histórico de reação alérgica.

#### Indicações:

- Usuários acamados temporariamente;
- Usuários acamados;
- Gestantes e puérperas;
- Usuários portadores de necessidades especiais;

- Indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade;
- Usuários sem condições de acesso à Unidade de Saúde da Família.



### Zé Bocão Alerta!

Neste caminho, é possível que a equipe de saúde da família tenha mapeado alguma necessidade dentro do território que não apresentou no protocolo como indicação. Entretanto, foi sinalizada como de importância, assim, esta individualização de casos não deve ser abandonada. Devendo ser acolhida, já que nosso interesse não é limitar o acesso, mas organizar a atenção e responder às necessidades do território.

### Como programar minhas visitas?

A programação da visita deve ser feita levando em consideração a realidade de cada usuário, desde suas limitações até suas potencialidades.

### Potencialidades

Aspectos positivos da visita domiciliar:

- Interação do profissional com as famílias;
- Visualização das necessidades de saúde das famílias;
- Diagnóstico precoce de lesões orais;
- Personalização e humanização do atendimento, além da maior orientação aos usuários e sua família quanto à manutenção e promoção da saúde bucal, garantindo qualidade de vida a estes pacientes.



### Zé Bocão Alerta!

- Cuidado sobre como você se insere no domicílio do usuário; devendo ficar atento para cuidar sem invadir, ou, cuidar sem possuir, observando os princípios éticos e legais que norteiam a profissão.

**Resumindo:**

Assim, após todas as discussões pautadas nesse capítulo, temos que as dimensões das ferramentas para cuidado apontam como fundamentais no processo de construção dos processos de trabalho e refletem, sobretudo, na qualidade, eficiência e eficácia da atenção, desdobrando-se como componentes que propiciarão acesso, integralidade, resolutividade, vínculo, autonomia e integralidade da atenção.

## 2.4 Organização da Demanda

Esse capítulo tem uma natureza mais operacional, pois traz a discussão da conformação da demanda, ou seja, o lugar onde utilizaremos o saber acumulado nos capítulos anteriores para construirmos novos arranjos institucionais, ou seja, novos modelos tecno-assistenciais de atenção.

Ao percorremos cada página desse material, tivemos a oportunidade de refletir sobre os desafios que pautam a atenção à saúde bucal na atualidade, pudemos observar de perto tal prerrogativa, acompanhando a angústia do Dr. Samuel ao assumir como odontólogo em Cabrobó do Judas e se deparar com a necessidade de pensar qual é seu papel no sistema público de saúde e como deve ser o seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Vimos, em páginas anteriores, instrumentos que propiciarão a organização do trabalho das Equipes de Saúde Bucal, considerando que sua utilização deva acontecer como processo dinâmico, pautada na realidade de cada território, variando conforme o nível de organização social, com os diferentes problemas prioritários e sua distribuição.

A fim de contribuir para a execução, descrevemos a possibilidade de um trajeto que pode ser adotado para a construção inicial, o qual necessitará, inicialmente, do planejamento, do levantamento da capacidade instalada e das necessidades da população. Para isso, deve haver a participação da população e dos profissionais de saúde na organização da demanda.

**Os critérios para essa organização deverão considerar:**

- O princípio da equidade, ou seja, direcionar a atenção para quem precisa mais de cuidados dentro do território;
- O princípio da universalidade, utilizar de meios para ampliar o acesso;
- A resolutividade da atenção.

Assim, como podemos fazer para ampliar o acesso, priorizarmos a atenção e sermos resolutivos, se temos uma demanda reprimida imensa? Essa é uma pergunta que deve pairar no imaginário de muitos profissionais, mas que precisamos pensar em respostas.



## ATIVIDADE 18

*Durante todo o texto, falamos sobre organização da atenção. Após compreendermos alguns dispositivos, sua importância e aplicabilidade, resgataremos todo o conteúdo deste livro no ato de construção desta questão. Busquem responder:*



1. *Se vocês fossem trabalhar em Cabrobó do Judas, no lugar de Dr. Samuel, como vocês organizariam o seu processo de trabalho?*
2. *Qual o parâmetro para essa organização?*

Quando se fala de conformação de agenda temos que considerar vários aspectos. Um deles é a priorização da atenção, para que realizemos atividades para os mais necessitados dentro do nosso território. Contudo, sabemos que essa não é uma tarefa fácil, uma vez que temos os grandes atravessamentos na agenda dos profissionais por políticos que buscam utilizar do seu poder para romper com o princípio da equidade e burlar o sistema, aproveitando-se da condição política e querendo dispor de privilégios, contradizendo o que preconiza o SUS.

Com isso, avançaremos na discussão de meios que busquem superar tais iniquidades e que possam legitimar a conformação da agenda da Equipe de Saúde Bucal.

Os mecanismos para transformar tal fato em realidade devem direcionar para:

- Unificação da porta de entrada: definição da atenção básica como porta de entrada do sistema e construção de mecanismos de ampliação de acesso, tais como: acolhimento, escuta para agendamento etc;
- Garantia de acesso à demanda espontânea: as pessoas que procurarem a unidade de saúde buscando os serviços de saúde bucal deverão passar pelo acolhimento e serem atendidas no mesmo dia, a depender da oferta disponível, ou deverão ser agendadas para consulta, em outra data seguinte. Essas ações poderão ser realizadas pelo TSB ou ASB, devidamente preparados pelo odontólogo;
- Garantia de acesso aos grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes e outros): o mecanismo que sugerimos para garantir o acesso a esses indivíduos deverá acontecer através da identificação dos grupos prioritários para atenção de acordo com a realidade do seu território. Essa busca deverá ser feita em conjunto com a ESF e de forma compartilhada com a comunidade. Estes grupos poderão ser obtidos a partir da análise territorial, priorizando-se as áreas de maior risco, ou através de suas patologias de base (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc.). Na construção da agenda é imperioso o espaço para esses indivíduos, devendo a equipe de saúde bucal abrir a agenda para esses grupos ou participar dos grupos realizados na unidade, acolhendo os de maior risco e orientando os participantes a passarem pelo atendimento odontológico em outro momento;

- Promoção da atenção domiciliar: para organizar a agenda de visitas domiciliares dos ACS e dos demais componentes da ESB, quando necessário; identificando sempre as situações e os casos que exigirão maior cuidado pelas ESB. Respeitando os critérios de necessidade real de quem precisa de atendimento em casa. Assim, foram definidos os critérios e a abordagem no livro 2 da Saúde Bucal;
- Realização de atividades coletivas: são ações que podem ser executadas na própria Unidade de Saúde, no consultório, nos domicílios ou em qualquer equipamento social, tal como escolas, creches, associações de moradores, clubes, fábricas, empresas e outros. São exemplos de ações: atividades de Educação em Saúde, acolhimento coletivo, aplicação tópica de flúor, realização de ART, planejamento etc. É importante para ampliar o acesso e possibilitar a construção de autonomia. Deverão ser realizadas considerando: o risco individual, a definição do espaço social, a definição da ação a ser realizada e a periodicidade para execução;
- Realização de Urgências: os casos caracterizados como urgência são prioritários e devem ser intercalados entre as consultas agendadas.



### Zé Bocão Alerta!

- *A fim de dinamizar os processos, o profissional pode suprir os faltosos do dia e, se necessário, o tempo destinado às consultas agendadas poderá ser diminuído, realizando menos procedimentos.*
- *Os agendados devem ser direcionados para a atenção programada, que é caracterizada por pessoas cadastradas na área e que compõem o grupo priorizado para a atenção.*
- *A livre demanda deve ser reservada tanto para as urgências como para os usuários que procuram o serviço pela primeira vez.*

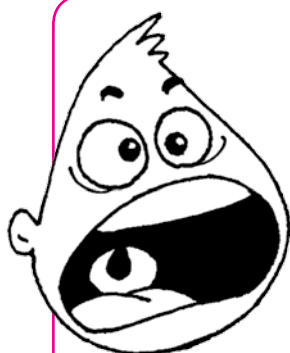
Ofertaremos uma sugestão de uma agenda para que as equipes tomem como parâmetro e construam as suas, considerando as especificidades do seu território.

### Proposta de 1 Equipe de Saúde Bucal para 1 de Saúde da Família

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Atendimentos programados/demanda espontânea e Urgências	Atendimentos programados/demanda espontânea e Urgências	Atendimentos programados/demanda espontânea e Urgências	Atendimentos programados/demanda espontânea e Urgências	Atividades Coletivas + Urgências
Atendimento programado	Visita domiciliar	Atendimentos programados	Atendimentos programados	Turno de estudo: para estudo de casos, pesquisa na internet, leitura, planejamento, discussão de casos com a equipe etc.

## Proposta de 1 Equipe de Saúde Bucal para 2 de Saúde da Família

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Atendimentos programados/demanda espontânea e Urgências	Atendimentos programados/demanda espontânea e Urgências	Atendimentos programados/demanda espontânea e Urgências	Demanda espontânea e Urgências	Atividades Coletivas + Urgências
Atendimento programado	Visita domiciliar	Atividades Coletivas + Urgências	Atendimento programado	Turno de estudo: para estudo de casos, pesquisa na internet, leitura, planejamento, discussão de casos com a equipe etc.



### Zé Bocão Alerta!

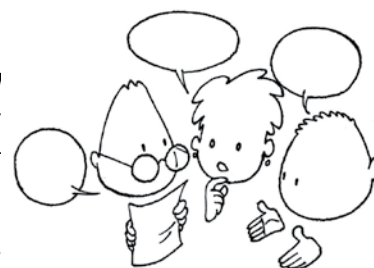
- Nas atividades coletivas podem ser realizadas: atividades educativas, aplicação de flúor, planejamento, monitoramento, avaliação e atividades colegiadas.
- Nos atendimentos programados recomendam-se 2 procedimentos por pessoa.
- As Visitas Domiciliares não precisam ocorrer em horário fixo, podem ser realizadas em qualquer turno, manhã ou tarde, de segunda a sexta-feira, conforme agendamento, devendo ser alternadas com a realização de consultas e de eventos de prevenção em saúde bucal.



#### ATIVIDADE 19

Considerando que no decorrer deste livro fomos provocados a nos aproximar de novos processos e de um novo fazer no nosso cotidiano, reúnam-se em EQUIPE DE SAÚDE BUCAL e busquem responder à atividade. Anotem as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.

- Construção de uma agenda semanal e mensal, levando em consideração os temas debatidos e a singularidade da sua realidade.



### Quem fará parte das ações programáticas de promoção, de prevenção e de assistência?

Sujeitos em condições de vulnerabilidade: portadores de doenças crônicas, com necessidades especiais, em condições sociais desfavoráveis (desemprego, baixa renda, acam-

pados, com casos de violência intrafamiliar etc.), entre outros.

### **E de que forma podemos garantir acesso à demanda espontânea?**

Um fato que deve ser levado em consideração é que a ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos usuários. O que deve ser ponderado é a gravidade do seu sofrimento, seguindo assim o princípio da equidade. Para melhor percebermos o sofrimento ou a necessidade de saúde destes usuários, podemos utilizar o acolhimento.

Vale ressaltar que teremos que incorporar ações de monitoramento e a avaliação, buscando focar o acompanhamento de resultados através da análise de indicadores e do sistema de informação em aspectos diversos da atuação dos serviços, não enfocando apenas em procedimentos.

Deve-se utilizar meios amplos de monitoramento com objetivo de obter informações sobre as necessidades de toda a população, não se restringindo a resultados de oferta e demanda de serviços. Além da questão da reorganização das tecnologias de acesso ao cuidado individual e coletivo, diagnóstico e tratamento, para que você, como profissional, compreenda que o monitoramento e a avaliação devem ser incorporados como mecanismos de definição e redefinição dos caminhos a serem percorridos, com articulação de saberes e práticas destinados a uma atenção integral e equânime das necessidades de saúde, e não apenas para mostrar o que você não faz ou não fez.



## Zé Bocão Toma Nota!

*Ao final desta unidade o leitor deverá:*

- *Saber quais são as portarias que regulamentam a atuação dos membros das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família;*
- *Conhecer as competências e os novos papéis sociais dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família;*
- *Compreender as diretrizes e os eixos que pautam a atenção à saúde bucal do Estado de Sergipe;*
- *Conhecer como se processa a vigilância em saúde;*
- *Avaliar os serviços de saúde através de indicadores de avaliação, conhecer os principais sistemas de informação voltados para saúde bucal e saber operacionalizar no cotidiano;*
- *Conhecer e saber executar o planejamento, o monitoramento e a avaliação nas ações de saúde bucal;*
- *Compreender como propor articulação com outros serviços;*
- *Saber articular as demandas do território com as ações a serem executadas pela equipe e construir ações de saúde bucal voltadas para linha do cuidado;*
- *Promover atividade coletiva e visita domiciliar nas ações das equipes;*
- *Construção de agenda dialógica com as singularidades do território e pautada nas necessidades dos indivíduos e coletivos.*

## Considerações Finais

Considerando todos os registros apresentados, fica evidente a necessidade de incorporação das tecnologias aprendidas no nosso cotidiano. Contudo, destacamos que as discussões deste livro não se esgotam em si, mas se perpetuam em diversos fazeres que serão dados a partir de práticas, relações e reflexões, construídas em diferentes cenários e em diferentes momentos.

Mas nada avançaremos se não somarmos vontades e desejos, para que possamos romper com a exclusão e permitamos práticas que propiciem melhoria de indicadores de saúde bucal, superação das iniquidades e evolução na forma dos usuários conduzirem a vida.

Com isso, registramos nosso empenho e imensa satisfação nesta caminhada e reforçamos que o desafio está lançado e que as palavras de ordem são: dedicação, trabalho e compromisso com os cidadãos de quem cuidamos.

Sabemos que apontamos alguns caminhos. Existem outros... Sigam em busca dos seus e construam novas realidades.

Em breve retomaremos o diálogo, no Protocolo de Saúde Bucal, mas nos despedimos tendo a certeza que...

*De tudo ficaram três coisas:*

*A certeza de que estamos começando,*

*A certeza de que é preciso continuar e*

*A certeza de que podemos  
ser interrompidos antes de terminar.*

*Fazer da interrupção um caminho novo,*

*Fazer da queda um passo de dança,*

*Do medo uma escola,*

*Do sonho uma ponte,*

*Da procura um encontro,*

*E assim terá valido a pena.*

**Fernando Sabino**

## Referências

BOFF, L. Saber cuidar: ética do ser humano. In: **Compaixão pela Terra**. Editora Vozes. Petrópolis-RJ, 2002.

OPAS & BRASIL. Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série Temática. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal- Relatório Final**. Conselho Nacional de Saúde- Brasília/DF: MS, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. Acesso em 10 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em 11 out. 2008.

\_\_\_\_\_. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final**. Rio de Janeiro: MS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB/ SUS 96**. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde cidadão. Ministério da Saúde, Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília (DF): Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988. (Série Estudos e Projetos).

\_\_\_\_\_. **Portaria 599 , de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-599.htm>. Acesso em 20 out. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria 600, de 23 de março de 2006**. Define o financiamento dos Centros de especialidades Odontológicas. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-600.htm>. Acesso em 20 out. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria 648, 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_4\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf). Acesso em 05 ago.2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. SAS: Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS- SUS 01/01 SAS- Brasília, 2001**.

\_\_\_\_\_. 2003. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de dados da pesquisa **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - Projeto SB Brasil**, 2003. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> . Acesso em: 21 de nov. de 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de março de 2001**. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/ MS nº 1101 de 12 de junho de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003**. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Acesso e qualidade: superando a exclusão social. Brasília: MS, 2004.

\_\_\_\_\_. Relatórios de municípios credenciados à EACS/ESF/ESB. -DATA SUS- SIAB, fev. 2010 [mimeo].

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica de Nº 17- Saúde Bucal**. Brasília. 2006. BRASIL. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal em 1996 em cárie dental. Ministério da Saúde- Datasus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sb-descr.htm>. Acesso em: 10 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9) 248 p. CONASS, 2007.

CARVALHO, L.A.C et al. **Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso**. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.3, p.490-499, 2009.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos Humanos em Saúde” leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde”. Desafios para organização. In: **Construção Social da Demanda**. Org. Pinheiro, R; MATTOS, R.A. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC-ABRASCO, 2005.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. São Paulo: Artes Médicas. 3.ª edição, 1986.

DRUMOND JR, M. **Epidemiologia nos municípios muito além das normas**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FERREIRA, A. A. A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C. W. de A; ALVES, M. do S. C. F. **A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 211-218. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29466.pdf>>. Acesso em: 07 de out. de 2008.

FRANCO, T., MEHRY, E.E. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On line. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 08 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. **A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde**. In: **Construção Social da Demanda**. Org. Pinheiro, R; MATTOS, R.A. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ- CEPESC-ABRASCO, 2005.

FREIRE, R.C. **As ações programáticas no Projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para organização do cuidado**. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 2005.

**JAMAICA ABAIXO DE ZERO**. Walt Disney Pictures. Estados Unidos:1993. (DVD)

JUNQUEIRA S.R., FRIAS A.C., ZILBOVICIUS C. **Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político**. In: Rode SM, Gentil SN, organizadores. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

MAIA, L.S.: **Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social - UERJ, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.tesesims.uerj.br/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/>>. Acesso em: 03 de fev.de 2008.

MARASQUIN, H. G.; DUARTE, R. V. C.; PEREIRA, R. B. L.; MONEGO, E. T. **Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte**. Palmas (TO): 2004 (Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial).

MATUS, C. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-Situacional. In:RIVERA, F.J.U. **Planejamento e Programação em Saúde : um enfoque estratégico**. São Paulo, Cortez, 1989. HUCITEC. São Paulo:1994.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

NARVAI, P.C. **Avaliação de ações de saúde bucal**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1996. 28p. (Mimeogr.)

NARVAI, P.C. **Recursos humanos para a promoção de saúde bucal**. In: KRIGER, Leo (Org.). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 447-64.

NARVAI, P.C. **Mais dentistas?** . Jornal do Site Odonto. Disponível na Internet <<http://www.jornaldosite.com.br/materias/artcapel.htm>>. Acesso em: 1 out. 2000.

NARVAI, P. C., FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. 1ª Edição, 2008.

NOGUEIRA, F.C.P. **Abrindo portas para o sorriso**. Disponível: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=714&idesp=12&ler=s>>. Acesso em: 09 de nov. 2008.

OLIVEIRA, R. G. **Qualificação de Gestores dos SUS**. Org. Roberta Gordim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Junior. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009.

PEREIRA, A.C. et. al. **Odontologia em Saúde Coletiva**: Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed. 2003.

PEREIRA, C. R. dos S. et al. **Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos**. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 985-996. ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2009000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2009000500005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 de jan. de 2009.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4a ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000.

PUCCA JR., Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 243-246. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232006000100033&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000100033&lng=pt)>. Acesso em 25 de ago. de 2008

RONCALLI, Angelo G.: **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. Tese Doutorado em Odontologia, Odontologia Preventiva e Social. F.O. de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000. Disponível em: <[http://www.pgops.dod.ufrn.br/angelo/td\\_2000\\_roncalli.pdf](http://www.pgops.dod.ufrn.br/angelo/td_2000_roncalli.pdf)>. Acesso em 22 de jul. de 2008.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 105-114. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 14 de ago. de 2008.

\_\_\_\_\_. **O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <[http://www.icbs.pucminas.br/arq/textos/pol\\_sau\\_sus.pdf](http://www.icbs.pucminas.br/arq/textos/pol_sau_sus.pdf)>. Acesso em: 8 de nov. 2010.

ROSENTHAL, A **História da Odontologia no Brasil**. Jornal da APCD. São Paulo: Outubro, 1995. (CD) Disponível em: <http://www.odontologiabrasileira.com.br/752/a-historia-da-odontologia-no-brasil.html>. Acesso em: 10 nov. 2010.

SANTANA, A.D. **Sobre o desafio de qualificar os trabalhadores de Saúde**: Estudo do Processo de construção da política de Educação Permanente do município de Aracaju-SE. Tese de mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2005.

SANTOS, R. C. **Saúde Todo Dia**- Uma Construção Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde soc.** [online]. 2001, vol.10, n.1, pp. 3-13. ISSN 0104-1290. Acesso em 02 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>.

SESC. Departamento Nacional. **Manual Técnico de Educação e Saúde Bucal**. Claudia Márcia Santos Coordenadora.- Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tec-

nologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde 2002.

TANCREDI, F. B. et al. **Planejamento em Saúde**. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania).

TERRERI, A.L.M. **A contribuição dos sistemas de informações em saúde na reorganização do modelo municipal de saúde bucal**. Araçatuba, 1999. 99p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niterói, 1994. 125p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense.

ZANETTI, C.H.G. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro, 1993. 122p. Dissertação (Mestrado) -Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

ZANETTI, C.H.G., LIMA, M.A.U., RAMOS, L., COSTA, M.A.B.T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 13, p. 18-35, 1996.

ZANETTI, C.H.G. **Saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) - proposição e programação**. Acesso em 20 de ago. de 2008. Disponível em <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4<sup>o</sup>ed. Geneva; 1997.



# Anexos



## Anexo 1

### MAPA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO CONSOLIDADO

MUNICÍPIOS:		MÊS:	
Nº DE ODONTÓLOGOS AMBULATÓRIOS:			
Nº DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL:			
COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL:			
Bloco de Procedimentos	Código SIA	Procedimentos	Detalhamento
AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE	010101001-0	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	Consiste na realização de atividades educativas em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde. Registra-se cada atividade educativa, e não a quantidade de pessoas presentes; por ex: uma atividade que fale sobre saúde bucal ou sobre qualquer outro tema da saúde que a ESB participe e que tenha um público de "x" pessoas, registra-se como uma atividade educativa e não como "x" atividades.
	010102001-5	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL	Consiste na aplicação tópica de flúor gel, realizada em grupos, sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por pessoa participante/mês, independentemente da frequência com que é realizada.
	010102002-3	AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO	Consiste em bochecho de solução fluoretada, realizado sistematicamente em grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde, podendo ter periodicidade semanal caso a solução de fluoreto de sódio tenha a concentração de 0,2%, ou diariamente, caso a concentração seja de 0,05%. Esta ação é registrada por pessoa participante /mês independente da frequência com que é realizada (diária ou semanal).
	010102003-1	AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	Consiste na escovação dental realizada em grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por pessoa participante/mês, independentemente da frequência com que é realizada.
	010102004-0	AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL C/ FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	Compreende a avaliação de estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico, segundo critérios epidemiológicos, em estudos de prevalência, incidência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas, subsidiando o planejamento das ações para os respectivos grupos populacionais e a comunidade. Ação registrada por pessoa.
	010102006-6	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	Aplicação de material selador, por dente, em pontos, sulcos e fissuras, realizadas com finalidades preventiva das lesões de cárie.
	010102007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	Consiste na aplicação do flúor gel utilizando escova dental, moldeira ou outra forma de aplicação individual por sessão.
	010102008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	Consiste na utilização de substância corantes para evidenciar placa/biofilme.
	010102009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	Consiste no fechamento de cavidade para fins de restaurações, com o objetivo de redução da septicemia bucal ou de terapia expectante, como etapa intermediária até que a restauração definitiva seja executada. Inclui-se nos procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal.

Bloco de Procedimentos	Código SIA	Procedimentos	Detalhamento
PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	020401018-7	RADIOGRAFIA PERIAPICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	Tomada radiográfica periapical. Registra-se cada radiografia tirada.
	030101015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	A Primeira Consulta Odontológica Programática é aquela em que o exame clínico odontológico do usuário é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, no âmbito de um programa de saúde. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência, que não têm seguimento previsto, nem a consultas subsequentes durante o tratamento, nas quais devem ser lançados apenas os procedimentos realizados.
	030106003-7	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	Tomada radiográfica periapical. Registra-se cada radiografia tirada.
	020101052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	Procedimento de retirada de parte ou da totalidade de lesão em tecidos moles da boca com finalidade diagnóstica (para laboratório).
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	030101013-7	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	Consiste em consulta/atendimento domiciliar realizado por profissionais da ESF/ESB.
	030701001-5	CAPEAMENTO PULPAR	Proteção pulpar, desde que a cárie já tenha sido removida.
	030701002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	Restauração em dentição decídua com material definitivo.
	030701003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	Restauração em dentição permanente de canino a canino com material definitivo.
	030701004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	Restauração em dentição permanente dos pré-molares e molares com material definitivo.
	030701005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	Atendimento terapêutico de dor e distúrbios nos nervos faciais, em especial ao trigêmio.
	030702007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA	Remoção da polpa coronária viva em dentes decíduos ou permanente.
	030703001-6	RASPAGEM ALISAMENTO SUPRAGENGIVAI (POR SEXTANTE)	
	030703002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	

PROCEDIMEN- TOS CIRÚRGICOS	040101008-2	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	Remoção do freio labial superior ou inferior.
	041402012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	
	041402013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	
	041402038-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	Curetagem/irrigação do alvéolo infectado;
	041402040-5	ULOTOMIA/ULECTOMIA	Remoção de “capuz” gengival para exposição dental (por elemento dentário).
	040101003-1	DRENAGEM DE ABCESSO	
	041402028-6	REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL	
	040402009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	
	041402025-1	REMOÇÃO DE CISTO	
	030110015-2	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	

Bloco de Procedimentos	Procedimentos	Detalhamento
VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O objetivo desses indicadores consiste no acolhimento e monitoramento de grupos vulneráveis que se tem no território.	Nº DE INDIVÍDUOS COM ALTERAÇÕES NA MUCOSA BUCAL	Esse indicador objetiva identificar o quantitativo de lesões suspeitas que identificamos e quantos encaminhamos para execução do diagnóstico diferencial.
	Nº DE INDIVÍDUOS COM FLUOROSE	Esse indicador objetiva avaliar o índice de fluorese da área adscrita, bem como provocar a equipe e os gestores a identificação das causas.
	PACIENTES DE RISCO AO CÂNCER DE BOCA	Esse indicador objetiva que a equipe busca acolher o risco no território. Identificar o quantitativo de lesões suspeitas e quantas no total apresentam potencial de malignidade com diagnóstico confirmado. Deve ser registrado e descrito o tipo da lesão, encaminhando o usuário para execução do diagnóstico diferencial, acompanhado o diagnóstico e a evolução do tratamento.
	INDIVÍDUOS SEM ACESSO À AGUA FLUORETADA	Esse indicador objetiva que as equipes identifiquem as famílias que não tem acesso ao flúor por meio do sistema de abastecimento e identifiquem se essas têm acesso a outras fontes de flúor. Caso não tenham deve haver alguma ação voltada para essas famílias.
	Nº DE PACIENTES ESPECIAIS	Esse indicador objetiva que as equipes cadastrem e conheçam os pacientes especiais da área adscrita e busquem acolher suas necessidades.
	ATENDIMENTO À GESTANTE	Esse indicador objetiva que os profissionais da equipe conheçam o quantitativo de gestantes atendidas e realizem um comparativo do quantitativo existente no território.
	ATENDIMENTO A IDOSO	Esse indicador objetiva que os profissionais da equipe conheçam o quantitativo de idosos atendidos e realizem um comparativo do quantitativo existente no território.
	ATENDIMENTO À CRIANÇA 0-5 ANOS	Esse indicador objetiva que os profissionais da equipe acompanhem o desenvolvimento das crianças junto com os outros membros da equipe.
MONITORAMENTO	TRATAMENTO CONCLUÍDO	Indicador que busca observar o quantitativo de tratamentos concluídos, dos indivíduos atendidos e das primeiras consultas realizadas.
	PESSOAS ATENDIDAS	Registrar o quantitativo total de pessoas atendidas, no âmbito ambulatorial. Não deve registrar as pessoas beneficiadas com atividades coletivas.
	PROBLEMAS QUE IMPOSSIBILITAM ATENDIMENTO	O Profissional deverá registrar os problemas que impossibilitaram o atendimento do dia, pois terá uma redução da produção que deverá ser justificada.

DETALHAMENTO DOS PROBLEMAS QUE LIMITARAM ATENDIMENTO:

## Anexo 2

### Identifique as palavras

#### A equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica é responsável por:

- Conhecer a realidade das \_\_\_\_\_ no território;
- Identificar problemas de saúde e situações de \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_;
- Contribuir com a elaboração do \_\_\_\_\_ do município;
- Atuar buscando instituir o \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ dos \_\_\_\_\_;
- Buscar a \_\_\_\_\_, tendo dificuldades operacionais, garantir o \_\_\_\_\_;
- Atuar sempre buscando o \_\_\_\_\_ e as parcerias e articulações \_\_\_\_\_;
- Estimular a participação dos usuários no \_\_\_\_\_, bem como se inserir nas discussões.

F E R C T E A D B S Z V J K L P U Y H B V T  
D H J K L M B N V C X A S Q W R T J K U Y B  
R A Q W E R T Y U H P I O L K G H S L S K V  
Q P T M S F E O L T R Q W E R T I N N U U L  
M L Y P L G F C V I E A M C N B E E J A E P  
I N X V P B O A R X Y H R A T R R P N R Z V  
B T U B Q W E R T Y U P K U A A N E N I U N  
N H J W E S D K F G H J L B G C R E U O X C  
A I L I X L C F A M I L I A S A R M N S R M  
T R E S P O N S A B I L I Z A C A O S F T Q  
E E V C Z V B N R M I T U I A R R T I Q F W  
D N R U H A U T C D T N L B R A V G M O P E  
B C F L V L S D A D Q I I N B I D P A N G R  
L A B O I N F D F V D L U I O B O M U A P T  
R B R T N V E N C A M I N H A M E N T O I Y  
T I F S C I W R M S E B R R T X A N O M J U  
R N A R U D S S A M C D F S G H J R N O L P  
E H R S L I W P U L W O E E D A R I O O L L  
S A D U O D F G I Q W I S V E M P N M Y R A  
O M R A B A L D O E B T O N I E J T I E W N  
L R T R A B A L H O E M E Q U I P E A V B O  
U N S I R E N C A G I N T I D E N R O H M D  
T T C O N S E L H O L O C A L D E S A U D E  
I O C S D W C E F R G B T L N I D E O M P S  
V E P R A S U X T V I D U E M A R T A O T A  
I G R A E R I N M W K R L C V T Z O E A Y U  
D X D C V B N O L M M L P P J L N R J H F D  
A E C R O J L N S C I T E R G Y X I W J H E  
D X S C D G J K L P O B D O V W V A Q P F C  
E A S F S A Q W R T Y P F L B X F L C S D F  
S I F G H J K L P O I U Y T R E W T Q A S D  
R Q S Y D F G V E D A D I V I T U L O S E R





## LIVROS DA COLEÇÃO

**Volume 1** – A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe

**Volume 2** – Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe

**Volume 3** – Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe

**Volume 4** – Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe

**Volume 5** – Atenção Básica no Estado de Sergipe

**Volume 6** – Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe

**Volume 7** – Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe

**Volume 8** – Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe

# Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe

Saberes e tecnologias  
para implantação de uma política