

Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo

Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health

Gilmara Celli Maia de Almeida ¹
 Maria Ângela Fernandes Ferreira ¹

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

Correspondência
 G. C. M. Almeida
 Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
 Rua Tertius Rabelo 1730, Natal, RN
 59054-520, Brasil.
 gilmaracelli@yahoo.com.br

Abstract

Professional practices reflect the structuring of health services and are related to the underlying principles of the prevailing health care model. This study focused on preventive and educational practices by dentists in the Family Health Program in Natal, Rio Grande do Norte State, Brazil. A structured interview was held with 80 dentists, in addition to analysis of documents from the Outpatient Database of the Unified National Health System (SIA-SUS) and the Primary Care Database. Individual activities involving orientation for oral hygiene and topical application of fluoride were reported by 87.5% and 95% of dentists, respectively. At the collective level, all the dentists that worked in schools (91.2%) performed topical fluoride application, while 86.2% conducted educational activities. According to SIA-SUS records, preventive activities accounted for 41% of all procedures. Among these, topical application of fluoride gel per sitting and supervised brushing accounted for 24.4% and 31%, respectively. As for educational activities, 57.4% were held in the health care unit and 42.6% in the community. The findings indicate that the preventive practices focus on dental caries, particularly in schoolchildren, and that they need to be expanded to include other oral health problems.

Preventive Dentistry; Information Systems; Family Health Program; Oral Health

Introdução

Existe uma discussão constante acerca da reestruturação dos serviços de saúde baseada nos princípios do SUS, emergindo como centro de transformação nesse contexto o Programa Saúde da Família (PSF). Apesar disso, ainda se verificam práticas fundadas em um modelo individualista e desarticuladas das necessidades da população.

A equipe de saúde bucal, embora inserida somente em 2001 nesse contexto do PSF, apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor ¹. Com exceção da fluoretação da água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel do cirurgião-dentista como ator desse processo.

Mesmo que se enfatize a integração da prevenção às práticas de saúde, a menor parcela de estudos sobre medidas preventivas em Odontologia são provenientes da América Latina (2,9%) ². A educação em saúde está sendo pouco descrita nos estudos de forma isolada, sendo as práticas mais avaliadas o flúor em dentifrícios e bochechos, assim como selantes oclusais ². Há ainda um direcionamento dos estudos preventivos para grupos específicos, principalmente escolares ^{2,3,4}.

A regularidade e frequência do procedimento preventivo, as ações voltadas aos diferentes problemas bucais e a outras faixas etárias ainda são informações escassas.

Além de identificar algumas limitações na abordagem das ações de prevenção e promoção em saúde, verifica-se que, na saúde bucal, ainda são incipientes a utilização de estudos avaliativos e levantamento epidemiológico como norteador do planejamento e realização das ações. Assim, o Ministério da Saúde⁵ expõe que a avaliação é essencial na atenção básica, sendo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) instrumentos de gestão importantes para subsidiar as tomadas de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos.

Considerando esses aspectos, objetiva-se verificar não só a incorporação das práticas preventivas e educativas, como também a existência de instrumentos de avaliação dessas atividades, tanto em âmbito individual, quanto em nível coletivo, desenvolvidos pelo cirurgião-dentista no contexto do PSF.

Materiais e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo.

População de estudo

A população consiste de 91 cirurgiões-dentistas inseridos nas equipes de saúde bucal do PSF, correspondendo a todos aqueles presentes na lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde em março de 2006. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam inseridos há menos de seis meses no PSF.

Instrumentos de coletas de dados

Foram elaboradas e realizadas entrevistas estruturadas contendo perguntas abertas e fechadas, as quais foram aplicadas por dois pesquisadores. A entrevista foi desenvolvida com 80 dentistas do PSF, com perda de aproximadamente 12%, em virtude da exclusão daqueles que apresentavam menos de seis meses de PSF, dos que não aceitaram fazer parte da pesquisa ou que estavam afastados da Unidade durante a coleta de dados. A lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS-Natal), Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, foi numerada de 1 a 91 para que os nomes dos dentistas não fossem identificados.

A entrevista continha questões sobre as atividades preventivas e educativas realizadas pelos profissionais em âmbito individual e coletivo. Em âmbito coletivo, investigou-se a divisão das atividades por grupos, assim como a frequência em cada um deles. Além disso, foi verificado se havia utilização de algum instrumento para avaliação das mudanças ocorridas após a realização das ações preventivas.

Para auxiliar na discussão dos dados coletados nas entrevistas, foi desenvolvida uma pesquisa documental no Sistema de Informação em Saúde através do SIA/SUS e SIAB. O SIA/SUS contém os procedimentos realizados pelas unidades de saúde, inseridas ou não na Estratégia Saúde da Família. A produção é lançada mensalmente, incluindo as atividades em saúde bucal no âmbito da atenção básica. Nos registros do SIA-SUS, foi selecionado o grupo “ações básicas em odontologia” presente na produção ambulatorial do SUS, de acordo com quantidade apresentada no ano de 2006. Além dos procedimentos do grupo de atenção básica em odontologia, também coletaram-se no SIA/SUS as “atividades coletivas de educação em saúde realizadas por profissional de nível superior”.

O SIAB é um sistema de informação da Estratégia Saúde da Família, no qual as equipes de saúde bucal inseridas registram os procedimentos coletivos, atividade educativa em grupo e visitas domiciliares. Ressalta-se que no SIAB não são fornecidas informações detalhadas sobre as ações coletivas realizadas em saúde bucal, sendo registrado apenas o total de procedimentos coletivos do PSF.

Esses documentos e informações permitem melhor avaliação do que está sendo feito e registrado no município no que diz respeito aos procedimentos preventivos e coletivos em saúde bucal, apresentando-se como instrumento auxiliar em todo processo de planejamento das ações desenvolvidas pelos profissionais.

Análise dos dados

Os dados foram apresentados e analisados através de números absolutos e percentuais. Os dados percentuais das atividades individuais e no grupo dos escolares foram calculados a partir do total de dentistas entrevistados ($n = 80$). Entretanto, as atividades desenvolvidas durante a visita domiciliar, com a comunidade e os demais grupos (gestantes, bebês, idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos) apresentaram como base de cálculo o total de dentistas em cada grupo, e não o total de entrevistados. Para os dados do SIA-SUS e SIAB, foi feita proporção entre os procedimentos considerando como denomina-

dor o total dos registros no ano de 2006. Realizou-se, ainda, comparação descritiva com os dados da análise documental. O programa Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos) foi utilizado para execução de cálculos e construção de tabelas e gráficos.

Resultados

Dados da entrevista

O primeiro aspecto abordado relaciona-se às atividades realizadas em âmbito individual ou de consultório, sendo a aplicação tópica de flúor destacada por 95% dos dentistas e a orientação de higiene bucal, por 87,5%, conforme se verifica na Tabela 1.

A orientação de higiene bucal consiste em orientações verbais sobre como escovar os dentes e como usar o fio dental, sendo o macromodelo utilizado como instrumento auxiliar de demonstração. Por sua vez, a categoria “controle de higiene/intervenção” refere-se à orientação de higiene, mas mediante intervenção, como escovação supervisionada e/ou utilização de evidenciadores.

No que concerne às atividades preventivas em âmbito coletivo, verifica-se que são realizadas em grupos, sendo os escolares relatados pela maior parte dos dentistas (91,2%). Todos os dentistas que desenvolvem ações preventivas com escolares citaram a aplicação tópica de flúor, enquanto a escovação supervisionada foi relatada por 36,2% dos profissionais e orientação a pais e/ou professores, por 21,2%. Destacando as atividades educativas nas escolas, citadas por 86,2% dos dentistas, verificou-se que as palestras destacam-se como a principal forma de realização

dessas ações (61,2%). De forma menos incipiente, emergiram realização de teatros (28,7%) e rodas de conversa (7,5%).

Ainda no contexto da prevenção em âmbito coletivo, a visita domiciliar e os grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos foram referidos por um pouco mais da metade dos dentistas. Entretanto, de forma menos freqüente, foram relatadas ações em grupos na comunidade e nos diferentes espaços sociais (18,7%).

A visita domiciliar foi destacada por parte dos dentistas (n = 43) como forma de realizar orientação de higiene e outras atividades, principalmente voltadas aos indivíduos que não podem ir à unidade de saúde. Essa identificação é feita com auxílio dos agentes de saúde e da equipe de enfermagem. Dentre os 43 dentistas que relataram a visita domiciliar, 46,5% citaram a orientação voltada aos acamados/idosos e indivíduos sem locomoção; 27,9%, a mães e recém-nascidos; 13,9%, a gestantes, e 11,63% não especificou grupo.

No que se refere às atividades desenvolvidas durante a visita domiciliar, dez dentistas relataram fazer orientação de higiene bucal e dieta (23,3%); cinco (11,6%) avaliam as condições e hábitos de vida, evidenciando a orientação sobre saúde geral. Além disso, o câncer de boca e estímulo ao auto-exame foi referido por apenas 7%.

Para os demais grupos (gestantes, bebês, idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos e grupos na comunidade), as atividades preventivas podem ser verificadas na Figura 1. A somatória ultrapassa os 100%, tendo em vista que a maioria dos dentistas citou mais de uma atividade por grupo.

Além das atividades presentes na Figura 1, no grupo das gestantes verificou-se que 15,2% já fazem orientação voltada ao bebê. No grupo

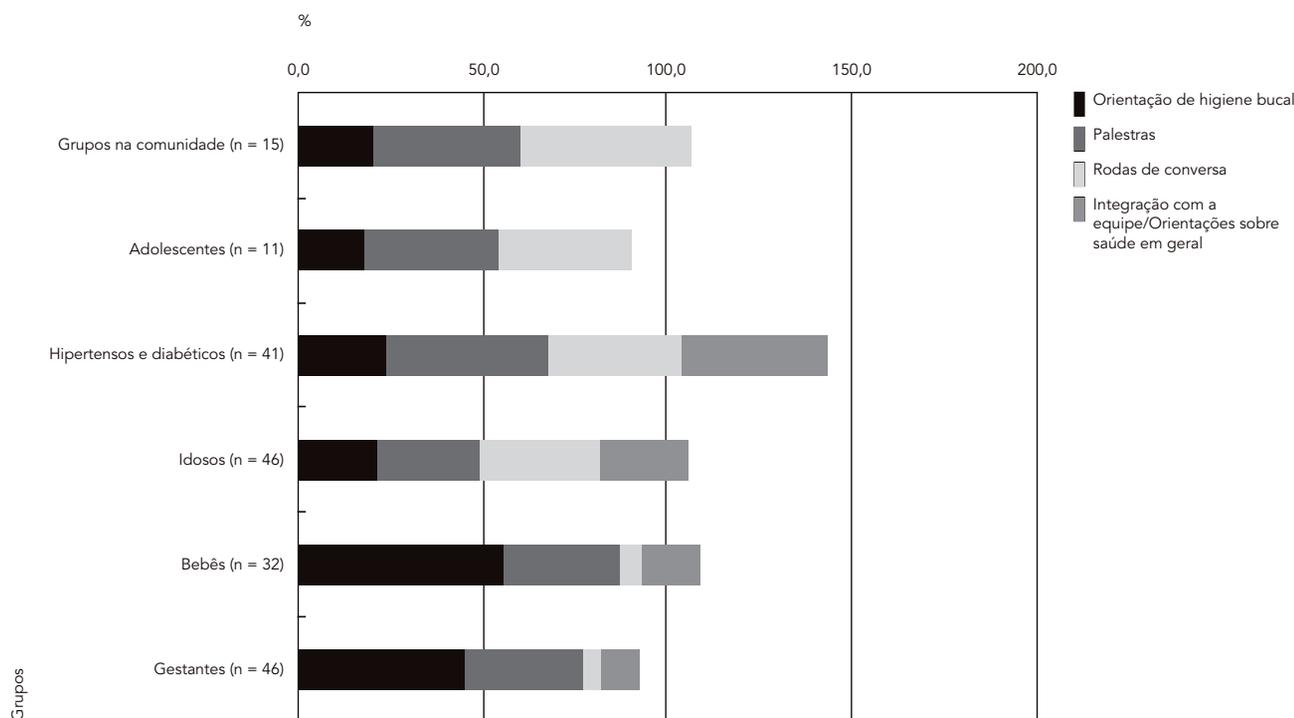
Tabela 1

Atividades preventivas em âmbito individual, segundo dentistas do Programa Saúde da Família de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2006.

Atividades individuais	n	%
Aplicações tópicas de flúor	76	95,0
Orientação de higiene bucal/Use do fio dental	70	87,5
Controle de higiene/intervenção	40	50,0
Profilaxia	24	30,0
Orientação sobre dieta	20	25,0
Selantes	8	10,0
Orientação sobre câncer de boca	6	7,5
Orientação sobre hábitos deletérios	3	3,7
Orientação sobre saúde geral	2	2,5

Figura 1

Atividades preventivas para os grupos na comunidade, gestantes, bebês, idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos, segundo os dentistas do Programa Saúde da Família de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2006.



dos bebês, 15,6% fazem acompanhamento da dentição e seu processo de erupção. Atividades preventivas importantes para a saúde geral, tais como caminhadas, passeios e outras ações voltadas ao lazer das pessoas, foram referenciadas no grupo de idosos (10,9%) e hipertensos e diabéticos (7,3%). Em adição, observou-se maior preocupação com o câncer de boca e uso de prótese nesses grupos, sendo orientação sobre essa temática referenciada por 40,0% nos idosos e por 19,5% nos hipertensos e diabéticos.

Ao avaliar regularidade e sistematização das atividades em cada grupo, utilizou-se como parâmetro a categoria “frequência não estabelecida”, a qual caracteriza-se pelo desenvolvimento de forma pontual ou esporádica das atividades em cada grupo, ou seja, não existe um período estabelecido para realizar as atividades novamente. Essa categoria correspondeu a 31,5% nos escolares; 30,4% nas gestantes; 43,9% nos hipertensos e diabéticos; 50% nos bebês; 52,2% nos idosos; 63,6% nos adolescentes e 86,7% na visita domiciliar.

Quanto à utilização de instrumentos de avaliação para verificar mudanças ou impacto nos indivíduos ou grupos beneficiados com as ações, a maioria dos dentistas relatou a inexistência de instrumentos avaliativos (73,7%), enquanto 15% relataram anotar algo na ficha ou prontuário/livro, 7,5% utilizaram o índice 0,1,2 e 3,7% realizaram o índice CPO-D/ceo-d. Tanto o índice 0,1,2 como o CPO-D/ceo-d foram desenvolvidos apenas nas escolas, sendo mensurados somente os índices iniciais, pois não houve uma segunda avaliação para comparação dos dados.

Dados da análise documental

Ao analisar os dados referentes à visita domiciliar no SIAB, foi feita uma relação proporcional das visitas realizadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior. Considerando-se os valores encontrados para o ano de 2006, a visita realizada pelos médicos corresponde a 38,6% do total, por enfermeiros, a 40,8%, e a categoria “visita por outros profissionais de

nível superior”, na qual se insere o dentista, representou 20,5% quando comparada às outras duas categorias.

No que concerne aos dados do SIA-SUS, verificou-se a proporção dos procedimentos com caráter coletivo ou preventivo, dentre o total de ações básicas em Odontologia, observando-se que as ações preventivas representaram 41% do total de procedimentos para o ano de 2006. Após avaliar a proporção dos procedimentos preventivos e coletivos em saúde bucal diante do total da produção ambulatorial, foi feita uma análise proporcional em separado apenas dessas ações preventivas entre si, como pode ser observado na Tabela 2.

Na Tabela 2, verificam-se como principais ações de âmbito individual: “ação terapêutica intensiva com flúor por sessão” (24,4%) e “controle de placa bacteriana” (17,9%). No que se refere às ações coletivas, destacam-se: “ação coletiva de escovação supervisionada” (31%) e “ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel” (18%). A categoria “ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica” apresentou registros menos expressivos (5%). Ressalta-se que os procedimentos de ação coletiva foram incluídos nos registros apenas em 14 de fevereiro de 2006 por meio da *Portaria nº. 95*⁶.

Quanto aos registros do SIA-SUS de “atividades coletivas de educação em saúde realizadas por profissional de nível superior”, a análise proporcional entre as atividades realizadas no estabelecimento de saúde e as realizadas na comunidade (fora da unidade de saúde) é verificada na Figura 2. Para o ano de 2006, a educação em saúde realizada na comunidade representou 42,6%, em comparação com 57,4% para a realizada no estabelecimento. A limitação desses dados é que não existe separação das ações realizadas apenas pelos dentistas.

Discussão

Apesar do PSF se apresentar como um modelo reestruturador, verifica-se que ainda existe reprodução de métodos tradicionais. No que tange às ações preventivas individuais, o presente estudo apresentou condutas semelhantes às do estudo de Costa et al.⁷, que verificou as atividades realizadas no serviço público antes da implantação do PSF no Município de Natal. O flúor gel é uma prática evidenciada por 90% dos dentistas da rede pública do município antes da inserção no PSF, contra os 95% verificados atualmente.

Fazendo um paralelo com os dados do SIAB, percebe-se que a atividade preventiva individual predominante nos registros do SIA-SUS corres-

ponde a aplicações tópicas de flúor em forma de gel por sessão, corroborando com a maior citação desse procedimento em consultório pelos dentistas.

A utilização do flúor gel emergiu fortemente no movimento preventivista, perpetuando-se até os momentos atuais, em que se evidencia um modelo reestruturador voltado para a família. O preventivismo odontológico destacou-se na década de 1980 com a criação da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (ABOPREV), apresentando-se o flúor gel em escolares de 6 a 12 anos como prática corrente⁸.

Dentre as outras atividades em âmbito individual, a orientação de escovação com intervenção, ou seja, escovação supervisionada e uso de evidenciadores, apresentou-se com discreta diferença ao comparar os resultados antes (42%)⁷ e após (50%) a implantação do PSF no município. O trabalho de Costa et al.⁷ apresentou metodologia similar à do nosso estudo, diferenciando-se por entrevistar dentistas da rede pública e privada, sendo estes escolhidos de forma aleatória com base na inscrição no Conselho Regional de Odontologia. Portanto, as diferenças metodológicas não influenciaram na comparação dos resultados.

A similaridade da prática profissional realizada em consultórios públicos e particulares, constatado em alguns estudos^{7,9}, demonstra que o serviço público está reproduzindo essas atividades, muitas vezes, de forma descontextualizada das necessidades do paciente. Alguma diferença foi constatada acerca de procedimentos realizados por dentistas em outros países, os quais, além de darem instrução de higiene oral individual, também, com frequência, participam da orientação sobre câncer oral, verificação de pressão arterial, aconselhamento sobre fumo e problemas periodontais. Tal procedimento demonstra preocupação maior de integrar a saúde oral à saúde geral e a tentativa de não se limitar à cárie dentária^{10,11}.

Para metade dos dentistas do PSF, o controle do biofilme apresenta-se como atividade em âmbito individual, sendo mais expressivo que em âmbito coletivo. Por outro lado, os registros do SIA-SUS refletem uma relação contrária, em que a ação coletiva de escovação supervisionada ocorreu quase duas vezes mais que o controle do biofilme em âmbito individual.

Em se tratando da realidade do Município de Natal, a orientação sobre o câncer de boca em âmbito individual se mostrou pouco presente no discurso dos dentistas, assim como foram mínimas as referências a hábitos deletérios e à saúde geral. Percebe-se que tanto a abordagem de assuntos além da cárie dentária quanto a as-

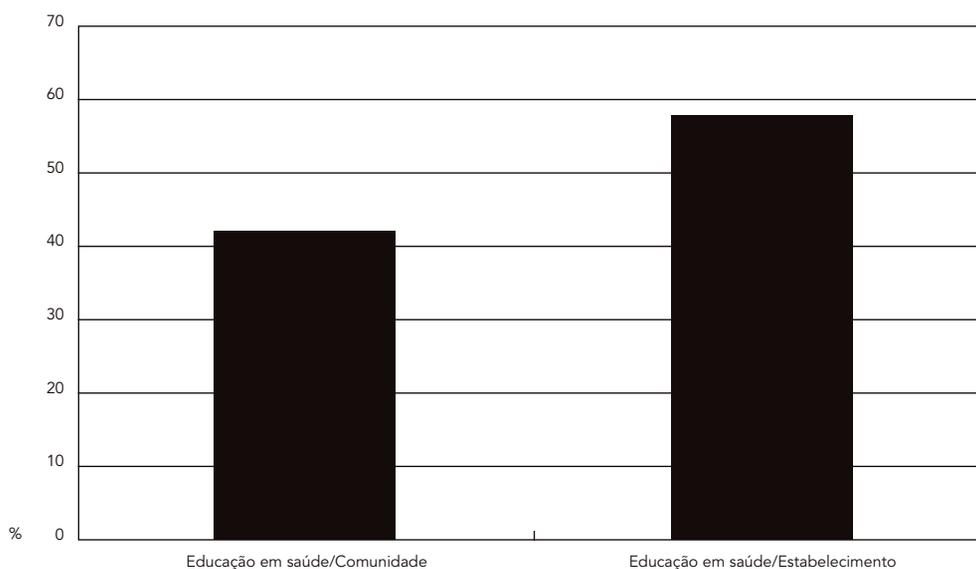
Tabela 2

Distribuição percentual dos procedimentos preventivos realizados pelos dentistas do Município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, no ano de 2006, segundo registros do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Tabela SIA-SUS (procedimentos após outubro/1999)	Ano 2006 (%)
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	31,0
Ação coletiva de bochecho fluorado	2,6
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel	18,0
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica	5,0
Aplicação terapêutica intensiva com flúor por sessão	24,4
Aplicação de cariostático por dente	0,3
Aplicação de selante por dente	0,8
Controle de placa bacteriana	17,9
Total	100,0

Figura 2

Distribuição percentual das atividades de educação em saúde realizadas por profissional de nível superior na comunidade e no estabelecimento de saúde, entre os meses de janeiro a dezembro de 2006, segundo registros do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2006.



sociação com aspectos acerca da saúde geral são pouco freqüentes. A própria tabela do SIA-SUS apresenta lacunas para atividades voltadas a outros problemas bucais.

Ao contrário das atividades individuais, as ações em grupos populacionais são expressivas no Saúde da Família, rompendo-se um pouco com as barreiras do consultório e do modelo tradicional voltado para o individualismo e curativismo.

Dentre as atividades preventivas registradas no SIA-SUS, a mais freqüente corresponde à ação coletiva de escovação supervisionada. No nosso estudo, a realização da escovação supervisionada em âmbito coletivo foi relatada por mais de um terço dos dentistas, mas apenas nas escolas. A ação coletiva de aplicações tópicas de flúor em forma de gel no SIA-SUS apresenta-se como a segunda atividade mais realizada em âmbito coletivo. Coerentemente, os dentis-

tas destacaram a aplicação tópica de flúor nas escolas como procedimento mais freqüente em âmbito coletivo.

Por outro lado, embora as atividades educativas realizadas em âmbito coletivo sejam registradas no SIA/SUS, não discriminam a quantidade apresentada apenas pelo dentista. Verifica-se que os profissionais de nível superior realizam educação em saúde numa proporção maior no estabelecimento de saúde quando se compara ao trabalho desenvolvido na comunidade. Entretanto, o desenvolvimento das atividades em espaços na comunidade é necessário⁵.

A segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal¹² e o Ministério da Saúde⁵ enfatizam essa questão, demonstrando que a educação em saúde deve ser desenvolvida nos diferentes espaços sociais (centros comunitários, igrejas, associações de moradores, escolas, fábricas, dentre outros), expandindo as atividades para além das paredes da unidade, característica importante no PSF¹³. Apesar da possibilidade de atuação em diversos espaços, em nosso estudo o mais utilizado é a escola, com pouca referência a outros ambientes na comunidade.

Outro aspecto considerado é a necessidade de as ações de promoção serem desenvolvidas com regularidade para, por meio da rotinização da atenção, buscar o auto-cuidado¹⁴. No presente estudo, houve menor proporção da categoria “freqüência não estabelecida” para escolares e gestantes, o que demonstra maior regularidade das atividades preventivas/educativas para esses grupos.

Os dentistas relataram ações de educação em saúde em grupos de escolares, idosos, hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes. Com exceção do que ocorre com os escolares, as atividades nos grupos se dão majoritariamente em ambientes dentro da própria unidade (salas de reuniões, quadras), porém a maioria delas tem espaços pequenos e não conta com estrutura física para desenvolvimento adequado dessas ações. Algumas unidades apresentam salas específicas para realizar educação em saúde, mas normalmente são pouco espaçosas. Apenas 18,75% dos dentistas relataram realizar ações preventivas/educativas em diferentes espaços sociais na comunidade, tais como reunir pessoas e desenvolver ações na rua de um bairro (calçada amiga), em centros ou conselhos comunitários, em ambientes de trabalho, associações de moradores, entre outros. As palestras e rodas de conversa são as formas mais citadas de realizar educação em saúde nos grupos. A integração com a equipe e as orientações sobre saúde geral foram citadas nos grupos de gestantes, bebês, idosos e, principalmente, hipertensos e diabéticos.

A terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal¹⁵ propõe a relação com a saúde geral inserida no processo de qualificação dos profissionais de saúde, permitindo que estes sejam capazes de inter-relacionar alterações bucais com manifestações sistêmicas. Essa integração é importante e deveria ser mais expressiva, utilizando fatores de risco comuns entre os diversos problemas de saúde para o desenvolvimento das atividades educativas. De acordo com a Portaria nº. 648 de 2006¹⁶, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, são atribuições dos cirurgiões-dentistas do PSF.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷ evidencia a integração da saúde oral com a saúde geral, buscando relacionar as atividades de saúde bucal às políticas públicas e aos programas de saúde através de fatores como o consumo do álcool e do tabaco, a dieta e consumo de açúcar, higiene corporal como um todo, trabalhos de prevenção de acidentes de trânsito, integração com programas HIV/AIDS, trabalhos desenvolvidos contra doenças parasitárias, entre outros^{16,17,18}.

O câncer de boca destaca-se nessa relação de integração dos fatores de risco comuns a problemas de saúde geral. No nosso estudo, a preocupação com essa enfermidade foi expressa no grupo dos idosos e de hipertensos e diabéticos. Nas visitas domiciliares, a busca de lesões e orientações sobre auto-exame foram citadas por uma pequena proporção dos dentistas que relataram fazer visita domiciliar. A abrangência ao câncer bucal deveria ser mais expressiva e não se limitar a orientações sobre o tema, sendo necessária maior parceria com a equipe de saúde da família nos programas educativos sobre fumo, álcool e exposição solar.

Além da orientação sobre câncer de boca, também são desenvolvidos nos grupos dos idosos, hipertensos e diabéticos atividades como caminhadas, passeios e outras relativas ao lazer, as quais são específicas desses grupos. Em virtude de esses grupos apresentarem alterações sistêmicas, existe maior preocupação com a saúde geral e estímulo à auto-estima e qualidade de vida, muitas vezes limitada nessa idade.

No que concerne ao grupo de gestantes e bebês, a orientação de higiene e dieta é a atividade mais observada. As palestras destacam-se em ambos os grupos, mas as rodas de conversa são expressivas entre as gestantes. A integração com a equipe, principalmente com a enfermagem, foi relatada no grupo de bebês e gestantes.

Além dos grupos anteriormente citados, mais da metade dos dentistas relataram realizar ati-

vidades preventivas durante a visita domiciliar, porém esses dados não podem ser constatados pelo SIAB, tendo em vista que os registros não apresentam os dentistas em separado, pois estes se enquadram em “visitas realizadas por outros profissionais de nível superior”. Mesmo assim, pode ser observado que ocorrem menos visitas por outros profissionais de nível superior, incluindo o dentista, quando se compara à visita do médico e enfermeiro.

A visita domiciliar poderia ser mais utilizada, a fim de conhecer o ambiente de vida das famílias, hábitos e condições de moradia, servindo de instrumento auxiliar no planejamento das ações. Sabe-se que essa atividade é prioritária do agente de saúde, mas é importante aproximação da realidade das pessoas na prática e não só por intermédio de outros profissionais. No entanto, existem dificuldades nesse âmbito, haja vista a grande quantidade de tempo voltada para o atendimento clínico por causa da demanda existente.

Apesar da atuação do dentista do PSF em diferentes grupos, verifica-se maior atenção aos escolares e pré-escolares, com atuação de quase totalidade dos dentistas nesse grupo e com ênfase em aplicações tópicas de flúor e palestras. A prevenção apropriada, incluindo aplicações tópicas de flúor, deve ser feita após identificação de fatores de risco, os quais devem ser reavaliados periodicamente^{18,19}. No entanto, os dentistas não referiram a utilização de risco para estabelecer a frequência das atividades em âmbito coletivo nos diferentes grupos, nem os critérios diferenciados para o retorno às escolas.

Além de fatores de risco, a avaliação deve ser um aspecto considerado para o desenvolvimento e direcionamento das atividades; deve ser elemento central e constante no processo de planejamento^{17,20}, estando o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados presente entre os fundamentos da Atenção Básica¹⁶. Erickson²¹ destaca a Epidemiologia como um instrumento importante para se estabelecerem prioridades de acordo com os grupos e os problemas, de forma a direcionar os procedimentos preventivos e a realidade local.

Apesar disso, verifica-se que mais de 70% dos dentistas relataram não ter instrumento de avaliação ou não ter como avaliar o impacto das ações. As fichas ou prontuários são utilizados como instrumento por parte dos cirurgiões dentistas, mediante anotações sobre nível de higiene, sangramento gengival, número de cáries. Todavia, a forma de avaliar as fichas e prontuários foi pouco descrita pelos profissionais; não existem índices padronizados, e ainda não houve utilização dos registros como forma de avaliação.

Uma baixa proporção dos dentistas citou o uso do CPO-D, ceo-d e dos índices 0,1,2 (0 = sem cárie; 1 = uma a cinco cáries; 2 = acima de cinco cáries) como instrumentos utilizados apenas nas escolas, mas em nenhum dos casos houve comparação de dados, com coleta apenas dos índices iniciais. Os índices apresentados estão relacionados apenas a cárie dentária e a escolares, o que demonstra falta de abrangência aos outros problemas bucais e destaca a necessidade de avaliação nos diferentes grupos e faixas etárias. Diante disso, é preciso desenvolver levantamentos epidemiológicos e construir outros instrumentos capazes de identificar má-oclusão, lesões na mucosa oral, problemas periodontais e outras alterações também importantes no processo avaliativo.

Alguns desses aspectos são abordados pelo Ministério da Saúde⁵, que destaca a importância do diagnóstico situacional, com ações dirigidas aos problemas de saúde identificados na família. A Epidemiologia é importante nesse contexto, tanto para conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, como para monitorar riscos, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos. A importância de instrumentos epidemiológicos é evidenciada também na tabela do SIA/SUS pela inclusão do procedimento “ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica”.

No entanto, ao se verificarem os registros desse procedimento no SIA/SUS, percebe-se baixo percentual, evidenciando as limitações nesse caso. O baixo índice pode ser decorrente da introdução recente desse procedimento nos registros, o que torna necessário um processo de capacitação e treinamento profissional, em face da sua importância como norteador das ações. Nas entrevistas com os dentistas, verificou-se ausência de instrumentos epidemiológicos, sendo os únicos índices relacionados o CPO-D e ceo-d nas escolas e o índice 0,1,2 já exposto anteriormente.

Além disso, não se deve ficar restrito a levantamentos com escolares, pois as atividades devem ser voltadas para toda a família, com identificação dos problemas da comunidade como um todo. Watt et al.²² relataram que uma variedade de grupos populacionais pode ser alvo de promoção de saúde, mas as revisões sistemáticas têm mostrado que a maioria das intervenções são voltadas a crianças e escolares, seguido da atenção a idosos.

As medidas de avaliação devem incluir o desenvolvimento de políticas públicas, envolvimento da comunidade, melhorias no conhecimento em saúde, mudanças ambientais, altera-

ções de estilo de vida e nas práticas das pessoas. No entanto, a maioria dos estudos refere as mudanças de conhecimento em saúde e nível de informação (48%), apresentando em seguida as alterações quanto ao estilo de vida (13%)²².

Diante do exposto, ressalta-se a importância do acompanhamento constante do SIAB nas diferentes realidades, além da utilização de instru-

mentos epidemiológicos e estudos avaliativos no processo de trabalho no contexto da saúde pública. Em adição, as ações não devem limitar-se à cárie dentária, sendo igualmente importante haver ampliação das atividades para os diferentes espaços sociais na comunidade, não se restringindo ao ambiente da unidade de saúde.

Resumo

As práticas profissionais refletem a estruturação dos serviços de saúde, relacionando-se aos princípios norteadores do modelo de atenção vigente. Nesse sentido, objetivou-se conhecer as práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizadas pelos dentistas do Programa Saúde da Família de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Realizou-se entrevista estruturada com 80 dentistas e análise documental no SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) e no Sistema de Informação de Atenção Básica. As atividades individuais de orientação de higiene bucal e de aplicação tópica de flúor, entre todos os entrevistados, corresponderam a 87,5% e 95%, respectivamente. Em âmbito coletivo, todos que atuavam nas escolas (91,2%) realizavam aplicação tópica de flúor, enquanto 86,2% desenvolviam ações educativas. Nos registros do SIA-SUS, as atividades preventivas representaram 41% do total de procedimentos. Dentre essas, aplicação tópica de flúor gel por sessão correspondeu a 24,4% e escovação supervisionada, a 31%. Quanto às atividades educativas, 57,4% realizaram-se no estabelecimento de saúde e 42,6%, na comunidade. Diante dos resultados, constatou-se que as práticas preventivas direcionam-se à cárie dentária, com maior atenção aos escolares, sendo necessária ampliação para diferentes problemas bucais, grupos e espaços sociais.

Odontologia Preventiva; Sistemas de Informação; Programa Saúde da Família; Saúde Bucal

Colaboradores

G. C. M. Almeida foi responsável pela coleta e análise dos dados, elaboração e redação do artigo. M. A. F. Ferreira participou da coleta e análise dos dados e contribuiu na produção textual, realizando correções e ajustes para a composição do artigo final.

Referências

1. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:129-39.
3. Araújo LC. O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
4. Souza TMSS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2727-39.
5. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Portaria nº. 95. Alterações nos procedimentos coletivos da tabela SIA-SUS. *Diário Oficial da União* 2006; 14 fev.
7. Costa ICC, Fernandes LMAG, Silva AL, Neves HFA. Prevenção em odontologia, uma questão de atitude: um paralelo entre os serviços público e privado de Natal-RN. *Rev Fac Odontol Lins* 1999; 11:52-9.
8. Souza ECF, Macedo IMH. O preventivismo na odontologia do Rio Grande do Norte (parte 1). *Rev Saúde* 1996; 10:21-30.
9. Araújo IC, Brito LPE, Chaves ICL, Feio RD. Promoção de saúde: o uso de métodos preventivos em consultórios particulares na cidade de Belém-Pará. *Medcenter Odontologia* 2004. <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=497> (acessado em Nov/2005).
10. Chisick MC, Richter P, Piotrowski MJ. Dental health promotion and preventive dentistry practices of U.S. Army dentists. *Mil Med* 2000; 165:604-6.
11. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis* 1999; 5:10-4.
12. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993.
13. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl: S153-62.
14. Zanetti CHG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF): proposição e programação. http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/proposta_sbf_zanetti.pdf (acessado em Ago/2006).
15. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Acesso e qualidade superando exclusão social. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Brasil. Portaria nº. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
17. Kwan S, Petersen PE. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dental Health* 2004; 21 Suppl:319-29.
18. Nadanovsky P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2003. p. 293-310.
19. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendations. *J Am Dent Assoc* 2006; 137:1151-9.
20. Petticrew M, Whitehead M, Macintyre SJ, Graham H, Egan M. Evidence for public health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 811-6.
21. Eriksson C. Learning and knowledge-production for public health: a review of approaches to evidence-based public health. *Scand J Public Health* 2000; 28:241-3.
22. Watt RG, Harnett R, Daly B, Fuller SS, Kay E, Morgan A, et al. Evaluating oral health promotion: need for quality outcome measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34:11-7.

Recebido em 06/Jun/2007

Versão final reapresentada em 08/Jan/2008

Aprovado em 13/Fev/2008