

Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará

Evaluation of oral health actions in the Family Health Program
in the Mosqueiro district, Pará State, Brazil

Danielle Tupinambá Emmi¹
Regina Fátima Feio Barroso²

Abstract *The extension of Brazil's Family Health Program Teams through the introduction of Oral Health Teams (OHT) as required by Decree N° 1,444 dated December 28, 2000, was an important step in the restructuring of the Oral Health-care System, ensuring easier access to good quality dental care and treatment for less privileged segments of the population. In the Mosqueiro district of Pará State, an Oral Health Team was added to the Family Health Program in 2002, working closely with the local community through home calls and school visits, as well as at the Family Health Unit. In order to assess these Oral Health activities, 103 users of the Family Health Program Unit responded to a questionnaire with closed and semi-open questions in July 2004. The resulting data were tabulated, showing that most of these users were young adult women with high school diplomas but lacking access to higher education. This public felt that Oral Health quality had improved considerably, being satisfied with the performance of the current team.*

Key words *Family Health Program, Oral health team, Satisfaction, Oral health actions*

Resumo *A ampliação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com a implantação da equipe de saúde bucal (ESB), previsto na Portaria 1.444 de 28/12/2000, foi um importante passo para a reorganização da atenção à saúde bucal e um maior acesso da população de baixa renda às ações de saúde e tratamento dentário de qualidade. No Distrito de Mosqueiro (PA), a ESB foi incluída no contexto do PSF em 2002 e desenvolve suas atividades junto à comunidade, com visitas domiciliares, em escolas e na própria Unidade Saúde da Família. Com o objetivo de avaliar as ações de saúde bucal executadas, foi aplicado um questionário com questões fechadas e semi-abertas para 103 usuários do PSF que frequentaram uma das Unidades Saúde da Família em julho de 2004. Os dados obtidos foram tabulados e demonstraram que a maioria dos usuários é de adultos jovens, do gênero feminino e que já concluiu o ensino médio, porém sem acesso ao ensino superior. Este público considera que houve uma melhora considerável na qualidade de saúde bucal, apresentando-se satisfeito quanto a atuação da atual equipe.*

Palavras-chave *Programa Saúde da Família, Equipe de saúde bucal, Satisfação, Ações de saúde bucal*

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Pará. Av. Augusto Corrêa 1, Campus Profissional do Guamá. 66075-110. Belém PA. dtemmi@yahoo.com.br

² Departamento de Clínica Odontológica, Universidade Federal do Pará.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma estratégia de reestruturação da atenção primária a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal propósito do PSF é levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma contínua e integral, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes¹ e que deve ser prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Estes profissionais devem criar vínculos de coresponsabilidade de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, pois as ações priorizadas pelo programa não devem se restringir ao setor saúde, e sim estar articuladas com diferentes setores para intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, fundamentando-se na atenção continuada à população e vigilância à saúde.

Segundo as diretrizes do programa, a equipe de saúde da família deve estar preparada para o conhecimento da realidade das famílias pelas quais é responsável; a identificação dos problemas de saúde mais prevalentes e situações de risco as quais a população está exposta; a elaboração de um plano com a participação da comunidade para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; a prestação de assistência integral e o desenvolvimento de ações educativas².

As equipes de saúde da família trabalham sempre com o território de abrangência definido, sendo responsáveis por desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde acompanhando a população com alta resolubilidade e custos indiretos baixos. Os territórios do PSF envolvem o domicílio, as microáreas, creches e escolas. A partir dessa delimitação da área de abrangência é possível identificar, com mais facilidade, os principais problemas de saúde que afetam aquela comunidade, compreendendo os principais agravos da população, permitindo que seja elaborado diagnóstico e avaliação permanente para planejar e desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida.

Para Camargo-Borges e Japur³, conceber o processo saúde/doença como situado e contextualizado e, mais ainda, gerando uma rede de relações em que se constroem necessidades por

meio de um processo dinâmico e dialógico entre as pessoas envolvidas, convida à construção de uma prática mais sensível às interações, à escuta e à permanente negociação entre equipe-comunidade. Assim sendo, o diálogo se mostra como a ferramenta-mestra da relação, possibilitando a construção de novos sentidos na especificidade da assistência local desejada.

A saúde bucal, segundo Narvai⁴, é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação.

Um levantamento realizado em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde constatou que cerca de 29,6 milhões de brasileiros, ou 19,5% da população, nunca foram ao dentista. Nas áreas rurais, esse índice chega a 32%.

Souza⁵ afirma que, no contexto do PSF, a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham especificamente na área odontológica. Incorporar a saúde bucal no PSF não significa necessariamente incluir o cirurgião-dentista – CD – na equipe mínima constituída por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, mas exige articular o trabalho desses profissionais a uma equipe de saúde bucal.

As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais.

Para Rabello e Corvino⁶, mudar o sistema atual de assistência à saúde significa passar por modificações desde o ensino, que dá ênfase à tecnologia de equipamentos, às ações centralizadas e altamente especializadas.

Para isso é necessário inicialmente que haja uma modificação no paradigma da prática odontológica baseada no modelo cirúrgico-restaurador. É preciso, então, que sejam formados clínicos gerais com sólidos conhecimentos clínicos, mas também de saúde coletiva, para poder aliar a competência técnica ao compromisso social.

Moreira⁷ ressalta que o CD somente deve ser incorporado à equipe de saúde da família após treinamento, que deve proporcionar ao profissional a compreensão das políticas de saúde propostas pelo SUS, estimular a desmonopolização dos saberes de saúde bucal para o restante da equipe e capacitar o desenvolvimento de atividades em grupo, como educação em saúde, porque

o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal, segundo Volschan *et al*⁸, depende, fundamentalmente, de recursos humanos adequadamente preparados.

A atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Distrito de Mosqueiro (PA)

O Distrito de Mosqueiro é uma ilha localizada a 60 quilômetros de Belém que apresenta, segundo censo do IBGE de 1991, 18.309 habitantes.

Apresenta equipes de saúde da família há cerca de quatro anos nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros, prestando atendimento à população. Em 2002, com base na Portaria 1.444, do Ministério da Saúde, de 28 de dezembro de 2000, foi implantada uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) dentro da modalidade I preconizada pelo Ministério da Saúde para aumentar as ações de promoção, prevenção e procedimentos odontológicos, levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades. Esta ESB atua fazendo visitas domiciliares, visitas em escolas e creches, com palestras de educação em saúde, procedimentos preventivos, tratamento restaurador atraumático - ART - e alguns procedimentos curativos que são realizados nas crianças em um odontomóvel.

A atenção à população ribeirinha também faz parte das ações da ESB, que desenvolve atividades educativas, preventiva e curativa (ART), geralmente domiciliar, já que é uma clientela que apresenta dificuldades geográficas de acesso às Unidades e ao atendimento.

Todas essas ações foram planejadas após levantamento das condições de saúde bucal da população, realizado em 2002, o que serviu para nortear as ações de saúde bucal a serem desenvolvidas de acordo com as necessidades da população.

Passados dois anos da implantação de um planejamento em saúde bucal dentro do Programa Saúde da Família de Mosqueiro (PA), é importante avaliar as ações que estão sendo executadas e como estão sendo desenvolvidas pela equipe, através da visão e grau de satisfação dos usuários, pois segundo Ware *et al*⁹, a medida de satisfação do usuário é uma avaliação pessoal dos cuidados e serviços de saúde que são dispensados. Isso implica um julgamento sobre a qualidade dos serviços ofertados como medida de otimização das ações.

Favaro e Ferris¹⁰ afirmam que abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva

do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços. Sobre isso, Esperidião e Trad¹¹ consideram que todas as pesquisas no âmbito da satisfação do usuário devem propiciar aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde e avanços significativos para a gestão dos serviços de saúde.

Segundo Vaitsman e Andrade¹², a ampla utilização de pesquisas de satisfação do usuário dão destaque aos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, focalizando as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação profissional-paciente até a qualidade das instalações dos serviços, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde. Isso é feito por meio da coleta direta de informações junto aos respondentes por meio dos questionários.

O termo satisfação está diretamente ligado ao ato de explicar, diz respeito ao atendimento dos desejos, necessidades e expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços¹³.

O ato de avaliar acompanha o fazer humano. A necessidade de avaliar serviços, em especial os serviços de saúde, além de servir para melhorar o desempenho dos prestadores de serviço, alavancar a satisfação de funcionários e usuários, melhorar o contexto do trabalho e a qualidade de vida das pessoas, proporciona melhores resultados em termos de eficiência e eficácia do sistema¹⁴.

Segundo Barbisan *et al*¹⁵, programas que visam melhoria da assistência médica e odontológica devem levar em conta as expectativas da população a respeito do que é oferecido e esperado, visto que a satisfação deve ser usada como medida do resultado do atendimento odontológico.

Para Gattinara *et al*¹⁶, a qualidade dos serviços de saúde pode ser considerada como resultado de vários fatores, entre eles competência profissional, acessibilidade, eficácia, eficiência e satisfação do usuário.

Ao avaliar serviços na sua qualidade, é preciso perguntar quem é o usuário, em que acredita e o que espera do serviço. Uma das questões relacionadas à avaliação e à qualidade é aquela relacionada ao resultado final, isto é, a satisfação do usuário¹⁷.

Objetivos

Avaliar as ações de saúde bucal desenvolvidas pelo Programa Família Saudável - PFS (denomina-

ção municipal do Programa Saúde da Família) no Distrito de Mosqueiro (PA), identificando o grau de satisfação dos usuários quanto às ações de saúde bucal desenvolvidas e em que aspectos a implantação da Equipe de Saúde Bucal trouxe benefícios para população usuária.

Material e métodos

Esta pesquisa foi realizada através de estudo quantitativo descritivo, uma vez que se busca avaliar objetivamente as ações de saúde bucal desenvolvidas no Programa Família Saudável - PFS no Distrito de Mosqueiro (PA) através da visão do usuário, com a intenção de melhorar as práticas de atenção à saúde.

Participaram da pesquisa 103 pessoas, todas usuárias do PFS, que freqüentaram a Unidade Saúde da Família de Carananduba, em Mosqueiro (PA), no mês de julho de 2004. A coleta de dados foi feita através da aplicação de questionário com os usuários que aguardavam atendimento nos diversos setores da Unidade, que depois de esclarecidos sobre a finalidade do estudo, colaboravam espontaneamente respondendo o questionário, após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Bioética do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

O questionário era composto da maior parte das perguntas fechadas e algumas semi-abertas, que eram lidas pela pesquisadora para os entrevistados. Os dados coletados foram analisados e trabalhados quantitativamente.

Resultados e discussão

Ao avaliar as ações de saúde bucal do Programa Família Saudável de Mosqueiro (PA), foi necessário uma análise da satisfação do usuário, pois os autores Ware *et al.*⁹, Favaro e Ferris¹⁰, Santos e Pereira¹³, Barbisan *et al.*¹⁵, Braga¹⁷ são incontáveis em afirmar que a medida da satisfação do usuário é uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Na análise quanto ao grau de instrução dos usuários (Gráfico 1), verifica-se que a maioria deles já concluiu o ensino médio (37,9%). Porém, é possível verificar também que ainda temos pessoas sem nenhuma instrução (2,9%), assim como nenhum dos entrevistados cursa ou cursou o ensino superior (0,0%).

Devido a essa variação de escolaridade, é preciso que se saiba trabalhar muito bem a educação em saúde, seja na Unidade ou nas visitas domiciliares, para que atinja a todos e que todos sejam conscientizados da importância da manutenção da saúde bucal, criando vínculos de responsabilidade entre Equipe de Saúde Bucal e a família. Para isso, segundo Pucca Jr.¹⁸, é necessário que as universidades adêquem seus currículos para que sejam formados excelentes profissionais clínicos gerais e com sólidos conhecimentos de saúde coletiva, evitando-se a ênfase à tecnologia de equipamentos e às ações centralizadas e altamente especializadas⁶.

O Gráfico 2 mostra o acréscimo dos conhecimentos relatados pelos usuários antes e após a inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Unidade Saúde da Família de Carananduba, com relação a todos os assuntos relacionados a promoção da saúde bucal. O flúor foi o que apresentou maior percentual de conhecimento por parte dos usuários, com aumento de 280%, seguido do fio dental com aumento de 137,5%. A escovação foi a que apresentou menor percentual de acréscimo com apenas 13,7%. É possível observar então que a ESB foi de grande importância ao passar conhecimentos indispensáveis para a população na manutenção da saúde bucal.

Com relação aos dados referentes à melhora da qualidade de saúde bucal após a inclusão da ESB na Unidade Saúde da Família de Carananduba (Gráfico 3), 42,8% dos entrevistados consideraram que sua saúde bucal e de sua família melhorou muito, enquanto 38,8% relatam ter tido uma melhora razoável. Já 12,6% dos usuários acham que houve pouca melhoria de qualidade e 5,8% consideram, até agora, nenhuma melhora significativa na qualidade de saúde bucal sua ou de sua família.

Quando os usuários foram questionados quanto aos fatores que melhoraram e que consideraram de relevância após a inclusão das ESB (Gráfico 4), o mais citado foi as orientações sobre higiene bucal (38), seja através de palestras, nas visitas em casa ou na própria consulta. O maior acesso ao atendimento foi considerado por 35 entrevistados, pois os encaminhamentos feitos pela ESB facilitaram muito o acesso ao tratamento odontológico. Já as visitas em casa, mencionadas por trinta usuários, possibilitam um maior contato com o profissional, assim como facilita o atendimento, sendo evitado muitas vezes que o usuário se desloque até a Unidade em busca de atendimento.

Os cuidados de saúde bucal também foram considerados como melhorias por treze entrevistados, pois assim há um incentivo por parte dos profissionais para os hábitos adequados de higiene bucal, além de estar sendo executado com consciência. A melhora da qualidade de saúde bucal foi mencionada oito vezes, principalmente porque as mães reconhecem que seus filhos não apresentam cáries após os cuidados e orientações constantes passadas pela ESB. Seis pessoas mencionaram que a qualidade do atendimento foi um fator relevante, porém, seis entrevistados consideram que a inclusão da ESB no PSF não influenciou em nada. Dez pessoas não responderam a pergunta.

Com os resultados mostrados pelo Gráfico 5, pode-se observar que a maioria dos usuários está muito satisfeita com a ESB da Unidade Saúde da Família de Carananduba, pois 52,4% aferiram nota entre 9 e 10 para a equipe. Já 37,8% se disseram satisfeitos com a atuação da CD e ACD, atribuindo nota entre 6 a 8, enquanto 7,8% consideram-se pouco satisfeitos. Apenas 1,9% dos usuários se acham insatisfeitos com a atuação da ESB.

Trad *et al.*¹⁹ afirmam que quanto maior o nível de informação do usuário sobre objetivos, atividades e regras de funcionamento do PSF, maior o grau de satisfação em relação ao programa. O nível de informação está condicionado pelo grau de escolaridade do usuário e a eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizada pela equipe.

De um modo geral, a população se demonstra satisfeita com as ações de saúde bucal desenvolvidas pela ESB, quando relata, no momento da aplicação dos questionários, que após a inclusão da ESB, adquiriu conhecimentos novos sobre saúde bucal, que antes desconhecia, como por exemplo, a importância do flúor e utilização do fio dental. Além disso, as notas atribuídas também podem expressar a satisfação dos usuários quanto aos serviços dispensados. Estudos como o de Trad *et al.*¹⁹ também demonstram satisfação do usuário com as melhorias trazidas pelo PSF.

Goldbaum *et al.*²⁰ mencionam que a dinâmica estabelecida entre clientela e serviço é realimentada pelo grau de resolutividade dos serviços de saúde e grau de satisfação do usuário. Sobre o assunto, Campos²¹ comenta que, no campo da qualidade em saúde, trabalha-se com a premissa de que bons processos de trabalho podem levar a bons resultados.

Gráfico 1. Distribuição quanto a escolaridade dos usuários do PSF atendidos pela Equipe de Saúde Bucal. Mosqueiro (PA), 2004.

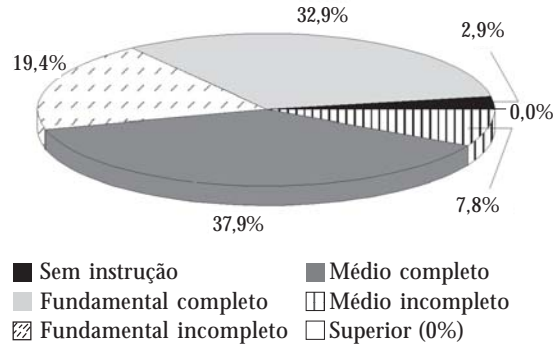


Gráfico 2. Conhecimentos adquiridos sobre saúde bucal antes e após a inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF. Mosqueiro (PA), 2004.

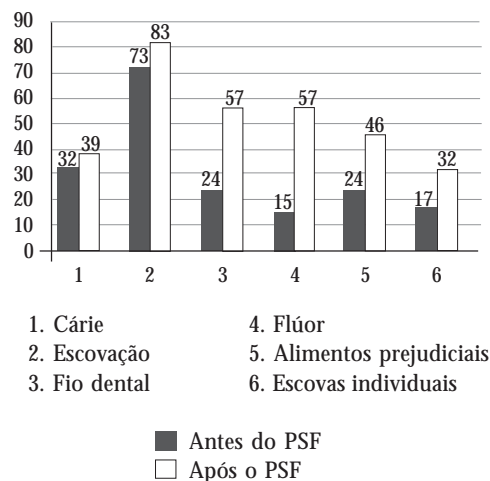


Gráfico 3. Distribuição quanto a melhora da qualidade de saúde bucal depois da implantação da Equipe de Saúde Bucal. Mosqueiro (PA), 2004.

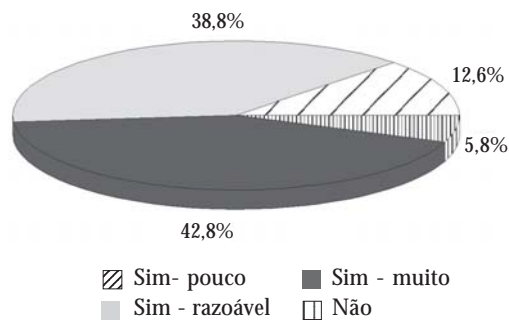
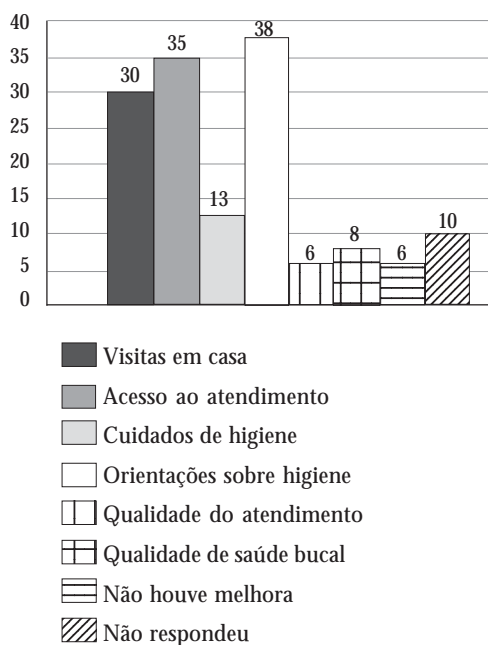


Gráfico 4. Distribuição quanto as melhorias trazidas pela implantação da Equipe de Saúde Bucal no PSF. Mosqueiro (PA), 2004.



Conclusão

A maioria dos usuários entrevistados é de adultos jovens, do gênero feminino e que já concluiu o ensino médio, porém sem acesso ao ensino superior.

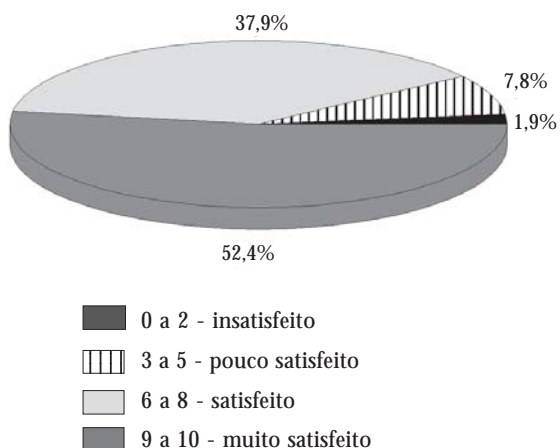
Os conhecimentos sobre saúde bucal evoluíram, principalmente flúor e fio dental, demonstrando a eficácia do trabalho da ESB, passando informações importantes para manutenção da saúde bucal da população.

A maior parte dos entrevistados mostra-se satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela ESB, considerando uma grande melhora na qualidade de saúde bucal após a implantação da ESB.

As melhorias consideradas de maior importância para a população da amostra são, nessa ordem, as orientações de higiene oral, o maior acesso ao atendimento e as visitas domiciliares.

Os usuários, em sua maioria, consideram-se muito satisfeitos com a atuação da equipe e com as atividades por ela desenvolvidas.

Gráfico 5. Distribuição quanto as notas atribuídas pelos usuários para Equipe de Saúde Bucal da Unidade Saúde da Família de Carananduba. Mosqueiro (PA), 2004.



Colaboradores

DT Emmi trabalhou na pesquisa, coleta de dados, interpretação e análise dos resultados, elaboração, redação e revisão do artigo. RFF Barroso orientou a pesquisa e trabalhou na interpretação e análise dos resultados, elaboração, redação e revisão do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal: Projetos, programas e relatórios*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Camargo-Borges C, Japur M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(18):507-519.
4. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Ed. Santos; 2001.
5. Souza SMD. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. In: Pinheiro JT, organizador. *Ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF): ampliando a atenção básica à saúde*. Recife: Ed. EDUPE; 2001.
6. Rabelo SB, Corvino MPF. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Odontol* 2001; 58(6):366-367.
7. Moreira ICH. *A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói/RJ. O dentista de família* [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1999.
8. Volschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de Saúde da Família. *Rev Bras Odontol* 2002; 59(5):314-316.
9. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:247-263.
10. Favaro P, Ferris LE. Program evaluation with limited fiscal and human resources. *Cad Saúde Pública* 1991; 11(3):425-438.
11. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. *Rev C S Col* 2005; 10(Supl):303-312.
12. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Rev C S Col* 2005; 10(3):599-613.
13. Santos CVL, Pereira ES. *O desafio de profissionais e usuários de uma Unidade Saúde da Família* [monografia de especialização]. Belém (PA): Universidade do Estado do Pará; 2003.
14. Chiavenato I. *Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa*. 2ª ed. São Paulo: Makron Books; 1994.
15. Barbisan AO, Moschen AZ, Weissheimer AP, Cauduro FF, Castro GD, Muller S, Guimarães V. Parecer dos pacientes sobre a eficácia no atendimento recebido na Faculdade de Odontologia da UFRGS. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 1995; 36(2):34-36.
16. Gattinara BC, Ibacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos em los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. *Cad Saúde Pública* 1995; 14(1):61-70.
17. Braga GD. *Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
18. Pucca Jr G. Por um Brasil Sorridente! *Rev ABO Nac* 2004; 12(2):73-75.
19. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev C S Col* 2002; 7(3):581-589.
20. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):90-99.
21. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(Supl 1):S63-S69.

Artigo apresentado em 03/02/2006

Aprovado em 24/03/2006

Versão final apresentada em 24/04/2006

