

---

# Saúde bucal na USF: os desafios do cumprimento de metas

*Oral health in USF: the challenges of achieving goals*

**Carlos Ayach<sup>1</sup>, Suzely Adas Saliba Moimaz<sup>2</sup>, Tânia Adas Saliba Rovida<sup>2</sup>, Orlando Saliba<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba-SP, Brasil; <sup>2</sup>Departamento de Odontologia Infantil e Social do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva Social, da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba-SP, Brasil.

---

## Resumo

**Objetivo** – Analisar o instrumento utilizado no Estado do Mato Grosso do Sul que estabelece indicadores mensais para as Unidades da Saúde da Família (USF). **Métodos** – Trata-se de um estudo documental com abordagem quantitativa, realizado no município de Aquidauana, MS nos anos de 2007 a 2012. O decreto estabelece no mínimo 10 visitas domiciliares, 26 tratamentos completados e 1 atividade educativa para o serviço odontológico. **Resultados** – Os resultados demonstram que houve um aumento de sete para quinze USF. O município atingiu 88% nas visitas domiciliares, 66% nos tratamentos completados e 130% nas atividades educativas. Quanto à média de ações por Unidade, verificou-se que em relação às atividades educativas a maioria das equipes conseguiram atingir a meta, no entanto, nas visitas domiciliares, constatou que 57% atingiram o indicador em 2007 e 40% em 2012. Com referência a tratamentos completados, nenhuma atingiu a meta em 2008 e 14% em 2011. **Conclusões** – Conclui-se que o instrumento é uma ferramenta eficaz no processo de avaliação institucional, o indicador de atividade educativa foi atingido pela maioria das equipes, entretanto, às visitas domiciliares e tratamentos completados é ainda um grande desafio a ser enfrentado para a melhoria da resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde.

**Descritores:** Saúde bucal; Indicadores; Estratégia da saúde da família; Avaliação.

## Abstract

**Objective** – To analyze the instrument used in the State of Mato Grosso do Sul establishing monthly indicators for the Family Health Units (USF). **Methods** – This is a documentary study with a quantitative approach, conducted in the city of Aquidauana, MS in the years 2007 to 2012. The Act provides at least 10 home visits, 26 completed treatment and 1 educational activity for dental services. **Results** – The results show that an increase of seven to fifteen USF. The city reached 88% in home visits, 66% in the supplemented treatments and 130% in educational activities. As for the average number of shares per unit, it was found that in relation to educational activities most teams were able to reach the goal, however, home visits, found that 57% achieved the indicator in 2007 and 40% in 2012. Referring the treatments completed, neither reached the target in 2008 and 14% in 2011. **Conclusions** – We conclude that the instrument is an effective tool in the institutional evaluation process, the indicator of educational activity was achieved by most teams, however, visits home and completed treatments is still a major challenge to be faced to improve the solving of the dental service in the Unified Health System.

**Descriptors:** Oral health; Indicators; Strategic family health; Evaluation.

---

## Introdução

A avaliação em saúde é ao mesmo tempo necessária e complexa, representa um compromisso dos gestores de saúde em todos os âmbitos, pois existe a necessidade de compatibilizar instrumentos e de pactuar o objeto e os objetivos envolvendo diferentes atores do sistema de saúde<sup>1</sup>.

Atualmente o modelo de atenção à saúde no Brasil é orientado pelas diretrizes da atenção básica voltado a família, centralizado na vigilância à saúde, para proporcionar maior acesso e resolutividade a partir do trabalho com equipe multiprofissional, organizado em território definido, realizando ações individuais e coletivas de forma integral e contínua<sup>2-3</sup>.

Esse modelo é definido como Estratégia, não como programa, pois caracteriza-se pela reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalização, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, meio e fim, com prazos determinados<sup>4</sup>.

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação na Estratégia da Saúde

da Família (ESF) tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludente, baseado no curativismo, tecnicismo e biologicismo, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, tendo como princípio, a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário<sup>2</sup>.

O histórico da institucionalização da Odontologia, no Brasil, demonstra a atenção à saúde voltada aos escolares, aplicado durante quatro décadas, dando somente atendimento de urgência aos adultos, em virtude do custo elevado de insumos, da escassez de recursos humanos, do planejamento restrito ao caráter normativo e pela baixa integração com os demais setores (Brasil, 2006)<sup>4</sup>.

Nos anos 1990, o atendimento odontológico ao escolar passou a ser questionado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas, estratégias e novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e de formas de nela intervir, além de métodos alterna-

tivos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica fora do espaço escolar<sup>4</sup>.

A prática odontológica abrange uma série de ações que incidem não somente na saúde dos indivíduos e da coletividade, mas também no meio ambiente. A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe da estratégia da saúde da família se deve ao conhecimento técnico específico e ao embasamento científico que orientam as ações<sup>5</sup>.

A incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família aconteceu somente em 2000. O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº. 1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil, bem como organizou o fluxo de acesso às unidades básicas de saúde<sup>4</sup>.

A inclusão da saúde bucal na ESF criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica e representou a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde<sup>6</sup>.

Todavia qualquer planejamento em saúde deve se pautar em informações seja estas quantitativas ou qualitativas, que possibilitem o conhecimento da realidade para propor metas e objetivos. Estas informações podem e devem ser fornecidas através de indicadores da qualidade, pois quando bem aplicados constituem ferramentas essenciais, tanto para a gestão quanto para avaliação do sistema<sup>7</sup>.

Através dos resultados obtidos pelos indicadores é possível avaliar uma dada situação, realizar um planejamento adequado, definir melhorias necessárias, bem como obter informações que auxiliem as tomadas de decisão, a melhor alocação dos recursos, a gestão e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários<sup>7</sup>.

Assim, é necessário medir constantemente os resultados para que se obtenham dados precisos e concretos da atual situação e do que deve, prioritariamente, ser melhorado, tornando-se importante demonstrar fatos, conceituar produtividade em saúde e embasar as reivindicações de melhoria contínua da qualidade<sup>8</sup>.

A avaliação em saúde, no Brasil, principalmente no setor odontológico apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, restritos algumas organizações, tem poucas referências literárias e na maioria das vezes sua aplicabilidade está vinculada na contenção de custos, possuindo caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo sendo pouco utilizadas no planejamento das ações, na gestão dos serviços de saúde<sup>9</sup>.

No presente estudo, objetivou-se analisar e demonstrar o serviço de saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família, tendo como eixos avaliativos o instrumento preconizado pelos decretos nº 11.684 de 05/06/2004 e nº 12.005 de 22/12/2005 da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul que estabelece indicadores mensais para as Unidades da Saúde da Fa-

mília (USF) utilizando dados de um serviço municipal de saúde bucal.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de série histórica, retrospectivo, com abordagem quantitativa, analisando os indicadores estipulados pelos Decretos nº 11.684 de 8 de setembro de 2004 e nº 12.005 de 22 de dezembro de 2005 contidos no instrumento elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, utilizando como referência os dados do município de Aquidauana (MS) nos anos de 2007 a 2012.

O Decreto nº 11.684/2004<sup>10</sup> da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul no artigo primeiro determina que para liberação dos incentivos financeiros estaduais, as equipes da Estratégia da Saúde da Família deverão ser obrigatoriamente constituídas no mínimo dos seguintes profissionais: Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Cirurgião-Dentista, Atendente de Consultório Dentário para modalidade 1 e ou Técnico de Higiene Dental, modalidade II.

De acordo com o decreto nº 11.684/2004<sup>10</sup> no art. 6 normatiza que os valores do incentivo financeiro anual a serem concedidos por equipe terão acréscimo de 17% (dezesete por cento) se o município comprovar o cumprimento dos indicadores da Estratégia da Saúde da Família conforme indicação abaixo: **I – Número de visitas domiciliares:** mínimo de 150 visitas para cada agente comunitário, 40 visitas para auxiliar de enfermagem; 60 visitas para o enfermeiro; 30 visitas para o médico e 30 visitas para o cirurgião-dentista no mês. **II – Número de pessoas cadastradas e acompanhadas nos programas:** diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose. **III – Proporção de óbitos em menores de um ano:** por causa de diarreia e por local e período; **IV – Saúde Bucal:** no mínimo 40 tratamentos completados e uma atividade educativa com a equipe no mês.

O Decreto nº 12.0005, de 22 de dezembro de 2005 11, altera as metas dos incisos I e IV do art 6º do Decreto nº 11.684/2004 para: **I – Número de mínimo de visitas domiciliares:** 150 visitas para cada agente comunitário de saúde, 20 visitas para auxiliar de enfermagem, 20 visitas para o enfermeiro e 20 visitas para o médico, 10 visitas para o cirurgião-dentista por mês. **IV – Saúde Bucal:** mínimo de 26 tratamentos completados e 1 atividade educativa com a equipe por mês.

As informações contidas nestes mapas são preenchidas pelos coordenadores das Estratégias da Saúde da Família, de acordo com o registro diário das atividades executadas pelos profissionais da Unidade, contidas na ficha D, nos mapas de cada programa saúde e do sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que posteriormente são encaminhadas para o Núcleo Municipal da Atenção Básica e Secretaria Estadual de Saúde.

Para coleta de dados, foi elaborada uma planilha no Microsoft Excel, contendo somente os indicadores previstos para o serviço odontológico em cada Unidade

da Estratégia da Saúde da família, adotando como critério de exclusão, os dados referentes aos outros serviços de saúde.

Para levantamento das informações foi realizado digitação dos mapas contendo os indicadores de 15 Unidades da saúde da Família, sendo 14 equipes de saúde bucal na modalidade 1 e uma na modalidade 2. Após a coleta de dados, realizou-se a leitura criteriosa dos dados e cálculo da porcentagem das planilhas para cada item, sendo considerada a data de implantação da Unidade para realização do cálculo da média por ano de cada atividade.

## Resultados

De acordo com os dados coletados, houve aumento gradativo de Unidades de Estratégia da Saúde da Família, passando de sete em 2007 para quinze em 2012. Foram realizadas 6131 visitas domiciliares que correspondem a 88%, foram concluídos 11.901 tratamentos que correspondem a 66%, e foram feitas 901 atividades educativas perfazendo 130% das metas preconizadas para o período, respectivamente (Tabela 1).

No tocante à média de visita domiciliar, que tem

como indicador mensal de no mínimo dez visitas por USF (Tabela 2) verificou que 57% das Unidades atingiram a meta em 2007, 25% em 2008, 79% em 2009, 30% em 2010, 21% em 2011 e 33% em 2012, onde a menor média de visitas domiciliares realizadas por uma Unidade foi 3,2 em 2011 e a maior foi 16,6 em 2007.

A média de atividades educativas que tem como indicador mensal no mínimo uma atividade educativa mensal por USF (Tabela 3) constatou que 71% das unidades atingiram a meta em 2007, 87% em 2008, 80% em 2009, 40% em 2010, 71% em 2011 e 60% em 2012, onde a menor média de atividades educativas realizadas por uma Unidade foi de 0,1 e a maior foi 4,2 em 2012.

Em relação à média de tratamentos completados que tem como indicador no mínimo 26 finalizações por mês e por USF (Tabela 4), constatou que 14% atingiram a meta 2007, nenhum em 2008, 10% em 2009, 20% em 2010; 14% em 2011 e 13% em 2012, onde a menor média de tratamentos completados realizadas por uma Unidade foi de 0,6 em 2009 e a maior foi de 29 em 2007. Vale ressaltar que não foi

**Tabela 1. Número e porcentagem de visitas domiciliares, tratamentos completados e atividades educativas odontológicas nas USF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2012**

| Ano   | Número de Unidades da Saúde da Família | Visitas Domiciliares |            | Tratamentos completados |             | Atividades educativas |            |
|-------|--|----------------------|------------|-------------------------|-------------|-----------------------|------------|
|       |  | Meta anual           | N          | Meta anual              | N           | Meta anual            | N          |
| 2007  | 7                                      | 550                  | 556 (101%) | 1430                    | 746 (52%)   | 55                    | 96 (174%)  |
| 2008  | 9                                      | 890                  | 687 (77%)  | 2314                    | 969 (42%)   | 89                    | 114 (128%) |
| 2009  | 10                                     | 1070                 | 1026 (96%) | 2782                    | 2179 (78%)  | 107                   | 146 (136%) |
| 2010  | 10                                     | 1200                 | 1055 (88%) | 3120                    | 2649 (85%)  | 120                   | 96 (80%)   |
| 2011  | 14                                     | 1490                 | 1281 (86%) | 3874                    | 2286 (59%)  | 149                   | 198 (133%) |
| 2012  | 15                                     | 1740                 | 1526 (88%) | 4524                    | 3075 (68%)  | 174                   | 251 (144%) |
| Total | 15                                     | 6940                 | 6131 (88%) | 18044                   | 11904 (66%) | 694                   | 901 (130%) |

Fonte: Relatórios dos indicadores propostos pelos Decretos nº 11.684/2004 e nº 12.005/2005 da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul.

**Tabela 2. Média mensal de visitas domiciliares odontológicas nas USF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2012**

| Nº | Unidades                        | 2007        | 2008        | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        |
|----|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1  | Nova Aquidauana                 | 6,6         | 6,3         | 9,6         | <b>10</b>   | 8           | <b>10,6</b> |
| 2  | Vila Pinheiro                   | <b>13,5</b> | 7,3         | <b>11,5</b> | <b>11,6</b> | <b>11,8</b> | 9,9         |
| 3  | Morrinho                        | 9,2         | 6,9         | 9,7         | 8,6         | 9,2         | 9,7         |
| 4  | Vila Trindade                   | 9           | 3,7         | <b>12,5</b> | 8,8         | 8,5         | 5,1         |
| 5  | Vila 40                         | <b>16,6</b> | 7,6         | 9,6         | 6,1         | 6,5         | <b>13,8</b> |
| 6  | Claudio F. Stella               | <b>11,5</b> | <b>10,6</b> | 7,1         | 6,9         | <b>10</b>   | <b>10</b>   |
| 7  | Cândido P. Filho                | <b>11,5</b> | <b>10,6</b> | 7,1         | 6,9         | <b>3,2</b>  | 4,7         |
| 8  | Bairro Guanandy                 |             | 9,4         | <b>10,4</b> | <b>10,6</b> | 9,7         | <b>10,2</b> |
| 9  | Cipolândia                      |             |             | <b>10,3</b> | 9,6         | 9,3         | 5,8         |
| 10 | Vila São Pedro                  |             |             | 7,2         | 8,5         | 9           | 9,5         |
| 11 | José Vória                      |             |             |             |             | 9,3         | 8,5         |
| 12 | Jorge Carneiro                  |             |             |             |             | 6,5         | 5,6         |
| 13 | João André Madsen               |             |             |             |             | <b>10,4</b> | 8,1         |
| 14 | Tiago Bogado                    |             |             |             |             | 4,1         | 8,6         |
| 15 | Izaura Baes                     |             |             |             |             |             | 15          |
|    | <b>% USF que atingiram meta</b> | 57%         | 25%         | 40%         | 30%         | 21%         | 33%         |

Fonte: Relatórios dos indicadores propostos pelos Decretos nº 11.684/2004 e nº 12.005/2005 da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul.

**Tabela 3. Média mensal de atividades educativas odontológicas nas USF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2012**

| Nº | Unidades                        | 2007       | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       |
|----|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1  | Nova Aquidauana                 | 2,1        | 0,6        | 0,6        | 0,6        | 2,4        | 1,2        |
| 2  | Vila Pinheiro                   | 2          | 1,4        | 1,3        | 1,3        | 1,4        | 1,3        |
| 3  | Morrinho                        | 1          | 1          | 1          | 0,7        | 2          | 0,7        |
| 4  | Vila Trindade                   | 1,7        | 1,2        | 2,1        | 1          | 1,6        | 1,1        |
| 5  | Vila 40                         | 2,4        | 2          | 1,6        | 0,2        | 1          | 1          |
| 6  | Claudio F. Stella               | 0,5        | 1          | 1          | 0,8        | 1          | 1          |
| 7  | Cândido P. Filho                | 0,5        | 1          | 1          | 0,8        | 0,7        | 0,1        |
| 8  | Bairro Guanandy                 |            | 2,6        | 2          | 1          | 0,7        | 2,6        |
| 9  | Cipolândia                      |            |            | 0,8        | 0,8        | 2,1        | 4,2        |
| 10 | Vila São Pedro                  |            |            | 2          | 0,6        | 1          | 0,6        |
| 11 | José Vória                      |            |            |            |            | 1,3        | 2,7        |
| 12 | Jorge Carneiro                  |            |            |            |            | 0,7        | 1,7        |
| 13 | João André Madsen               |            |            |            |            | 1          | 0,7        |
| 14 | Tiago Bogado                    |            |            |            |            | 0,6        | 0,7        |
| 15 | Izaura Baes                     |            |            |            |            |            | 0,6        |
|    | <b>% USF que atingiram meta</b> | <b>71%</b> | <b>87%</b> | <b>80%</b> | <b>40%</b> | <b>71%</b> | <b>60%</b> |

Fonte: Relatórios dos indicadores propostos pelos Decretos nº 11.684/2004 e nº 12.005/2005 da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul.

**Tabela 4. Média mensal de tratamentos odontológicos completados nas USF do município de Aquidauana (MS) no período de 2007 a 2012**

| Nº | Unidades                        | 2007       | 2008     | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       |
|----|---------------------------------|------------|----------|------------|------------|------------|------------|
| 1  | Nova Aquidauana                 | 13         | 3,7      | 18,4       | 21,9       | 21,2       | 59,6       |
| 2  | Vila Pinheiro                   | 21,8       | 10,2     | 16,2       | 23,5       | 27,8       | 27,6       |
| 3  | Morrinho                        | 5,1        | 11,6     | 27,8       | 26         | 27         | 25,4       |
| 4  | Vila Trindade                   | 13,4       | 15,9     | 18,6       | 25,6       | 16,5       | 12,2       |
| 5  | Vila 40                         | 29         | 18,5     | 25,4       | 16,4       | 7,33       | 11,7       |
| 6  | Claudio F. Stella               | 4,5        | 5,6      | 23,9       | 20,1       | 18,9       | 22,8       |
| 7  | Cândido P. Filho                | 4,5        | 5,6      | 23,9       | 20,1       | 8,3        | 5,8        |
| 8  | Bairro Guanandy                 |            | 12,4     | 21         | 23,1       | 14,6       | 21,6       |
| 9  | Cipolândia                      |            |          | 10,3       | 22,7       | 11,4       | 18,7       |
| 10 | Vila São Pedro                  |            |          | 0,6        | 21,2       | 14,4       | 15,5       |
| 11 | José Vória                      |            |          |            |            | 15         | 23,7       |
| 12 | Jorge Carneiro                  |            |          |            |            | 11         | 7,8        |
| 13 | João André Madsen               |            |          |            |            | 2,2        | 9,2        |
| 14 | Tiago Bogado                    |            |          |            |            | 2,6        | 13,6       |
| 15 | Izaura Baes                     |            |          |            |            |            | 11,6       |
|    | <b>% USF que atingiram meta</b> | <b>14%</b> | <b>0</b> | <b>10%</b> | <b>20%</b> | <b>14%</b> | <b>13%</b> |

Fonte: Relatórios dos indicadores propostos pelos Decretos nº 11.684/2004 e nº 12.005/2005 da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul.

considerado os dados da Unidade de Saúde do Nova Aquidauana em 2012, pois houve erros no registro das informações, no entanto a Unidade conseguiu atingir a meta preconizada.

## Discussão

Os resultados indicaram um incentivo à implantação de novas Unidades de Estratégia da Saúde da Família, todas com equipes de saúde bucal, demonstrado pelo aumento gradativo do número de Unidades no período avaliado.

Os resultados demonstram também, que o instrumento preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, estabelecem indicadores para as Estratégias da Saúde Família, mas estão concentradas no cumprimento de metas para que sejam repassados recursos financeiros aos municípios. Não havendo a definição de protocolos para cada item, levando em consideração

somente, as diretrizes da tabela unificada preconizada pelo SUS, para execução dos procedimentos.

No entanto, deve-se atentar para que a execução das atividades exigidas por indicadores não sejam meramente burocráticas, devendo levar em consideração, a realidade local, bem como as condições de trabalho e o recurso humano disponibilizado<sup>12</sup>.

Desta forma, um bom indicador deve ter objetividade, expressando de forma simples e direta a situação a que se refere; simplicidade, fácil de calcular, de buscar os dados e analisá-los; validade, ou seja, cumprir o propósito de identificar as situações que devem ser melhoradas; sensibilidade, o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os problemas existentes e baixo custo, os indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua execução<sup>13</sup>.

Vale ressaltar, que a proposta dessa ferramenta é válida, pois procurou garantir a equipe mínima multipro-

fissional nas Unidades da Estratégia da Saúde da Família, bem como assegurar a execução de ações que estão previstas nas normas e diretrizes da atenção básica, através do incentivo financeiro, principalmente na saúde bucal onde o seu uso é ainda incipiente.

O sistema de informação utilizado na Estratégia Saúde da Família para a digitação dos indicadores é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 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<sup>14</sup>.

Um fator positivo e importante desta ferramenta criada pelo Estado do Mato Grosso do Sul é que registra o número de visitas domiciliares, atividades educativas realizadas pelo cirurgião-dentista no mês, pois no atual sistema de informação SIA/SUS aparece o total de procedimentos, não discriminando qual profissional realizou por USF. Outro aspecto a favor deste instrumento é a anotação de quantos tratamentos completados no serviço de odontologia, pois no atual sistema de informação não existe código específico para este procedimento.

Entretanto, os resultados neste estudo demonstram que os indicadores estabelecidos como parâmetro pelos Decretos nº 11.684 de 05/06/2004 e nº 12.005 de 22/12/2005, da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, que utilizam os dados do SIAB não têm sido atingidos por todos os USFs.

Em relação a visitas domiciliares, cujo indicador estabelece que devam ser realizadas no mínimo 10 visitas domiciliares, constatou que somente em 2007 o município conseguiu que 50% das Unidades atingissem a meta.

Vale ressaltar que a visita domiciliar tem como objetivo avaliar as demandas de pacientes e familiares, bem como o ambiente que vive, constitui um conjunto de ações da saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial, subsidiando na intervenção e no planejamento das ações no processo saúde-doença de indivíduos, visando à promoção da saúde na coletividade<sup>15</sup>.

A visita domiciliar é um dos mais importantes instrumentos da prática da ESF, com duas formas de exercê-la. A primeira é a visita fim, com objetivos específicos de atuação, como atenção domiciliar terapêutica e a pacientes acamados. A segunda forma é a visita domiciliar meio, na qual se realiza a busca em demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde, através da educação em saúde mais individualizada<sup>16</sup>.

As visitas domiciliares são realizadas por profissionais de diversas áreas que podem atuar em conjunto formando uma equipe interdisciplinar, compartilhando a assistência e as responsabilidades em saúde ou podem atuar individualmente<sup>15</sup>.

No setor odontológico a visita domiciliar poderia ser mais utilizado, a fim de conhecer o ambiente de vida das famílias, hábitos e condições de moradia. Entretanto, existem dificuldades nesse âmbito, haja vista que

os profissionais dedicam um tempo muito grande para o atendimento clínico por causa da demanda existente e também devido à complexidade do atendimento, que necessita muitas vezes de equipamentos, a sua prática fica reduzida a orientação de higiene bucal e encaminhamentos para as Unidades de Saúde para o atendimento curativo<sup>17</sup>.

Observado no estudo de Almeida e Ferreira (2008)<sup>14</sup>, que descreveram que as visitas domiciliares realizadas por cirurgiões dentistas baseiam em 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 cirurgiões dentistas que relataram a visita domiciliar, 46,5% citou 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 referem às atividades desenvolvidas durante a visita domiciliar, dez cirurgiões 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% (Almeida e Ferreira, 2008)<sup>14</sup>.

Outro problema decorrente de seu emprego, é que mobiliza questões que envolvem, por um lado, aspectos culturais dos usuários/famílias e de outro a formação dos trabalhadores e seu preparo para adentrar no domicílio das famílias convergem para uma dualidade criada respectivamente (Santos, 2008)<sup>18</sup>.

Todavia para sanar estas dificuldades e para que ocorra a melhoria da qualidade de vida da população, é necessária uma atitude de cor-responsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde, por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e a da coletividade<sup>5</sup>.

O fortalecimento de ações comunitárias é uma das partes mais importantes para a promoção de saúde bucal da população, visando à integração da abordagem tradicional vertical para abordagem horizontal. Nesse sentido, a contribuição básica é o envolvimento ativo da população em questões que ela conhece, atuando na tomada de decisões, planejamento e implementação de ações, bem como na fiscalização dos recursos utilizados<sup>19</sup>.

Outro aspecto avaliado foi à realização das atividades educativas pelos cirurgiões-dentistas, onde o indicador prevê no mínimo uma atividade mensal para cada USF. Constatou que 71% das unidades atingiram a meta em 2007, 87% em 2008, 80% em 2009, 40% em 2010, 71% em 2011 e 60% em 2012, onde a menor média de atividades educativas realizadas por uma Unidade foi de 0,1 e a maior foi 4,2 em 2012.

A Tabela unificada do Ministério da Saúde descreve que todas as atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas

na unidade ou na comunidade, recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração de 30 minutos, deve-se registrar o número de atividades por mês, tendo como faixa de idade mínima de 4 e no máximo 130 anos<sup>20</sup>.

A política nacional de Humanização preconiza que a comunicação entre os profissionais e usuários não deve acontecer apenas dentro dos consultórios, mas de uma forma permanente e continuada nos demais lugares da Unidade, onde a sala de espera seria um local propício ao desenvolvimento de educação em saúde, além que diminuiria o descontentamento com o tempo de espera<sup>3</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>4</sup> enfatiza também, que deve haver o rompimento dos muros onde 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.

No entanto, no trabalho de Almeida e Ferreira (2008)<sup>14</sup> os cirurgiões dentistas relataram que as ações de educação em saúde em grupos, com exceção com os escolares, acontecem 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, apenas 18,75% dos dentistas relataram realizar ações preventivo-educativas em diferentes espaços sociais na comunidade. Mostram também, que essas ações acontecem principalmente em escolas (86,2%), onde as palestras destacam-se como a principal forma de realização dessas ações (61,2%), realização de teatros (28,7%) e rodas de conversa (7,5%).

Desta forma, para que haja melhoria dessa realidade é necessária a mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde bucal quanto à importância da elaboração das práticas educativas, seja através de palestras, atividades educativas, teatros para levar o conhecimento e trocas de experiências, pois Freire (1980)<sup>21</sup> destaca a importância da comunicação, em que "a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados".

Os dados mostram, também, a média mensal de tratamentos completados por USF que têm como meta mínima de 26, constatou-se que 14% atingiram a meta 2007, nenhuma em 2008, 10% em 2009, 20% em 2010; 14% em 2011 e 13% em 2012, onde a menor média de tratamentos completados realizadas por uma Unidade foi de 0,6 em 2009 e a maior foi 29 em 2007. Vale ressaltar que não foi considerado os valores da USF do Nova Aquidauana em 2012, pois houve erros no registro das informações, no entanto a Unidade conseguiu atingir a meta preconizada.

Observamos que houve uma melhora, mas não significativa. No entanto, há vários fatores que interferem neste processo, como: a complexidade dos serviços odontológicos que está diretamente associada ao tipo de procedimento a ser realizado; disponibilidade de

vagas no serviço especializado; características dos equipamentos; falta de manutenção periódica dos equipamentos; falta de instrumentais e materiais de consumo; ausência dos cirurgiões dentistas nas equipes e quando tem, há uma grande rotatividade dos mesmos, dificultando a otimização do atendimento e principalmente não cria vínculo com a comunidade<sup>3</sup>.

Outro fator para não atingir os indicadores, esta relacionado com as relações de trabalho, onde a maioria dos cirurgiões dentistas tem contratos temporários, o que acarreta instabilidade no serviço e, além disso, o não cumprimento da carga horária destinada para o serviço<sup>2</sup>.

Este problema também foi verificado no estudo de Carvalho e Girardi (2002)<sup>22</sup> que constataram em uma pesquisa de âmbito nacional, que as contratações para as equipes da saúde da família são realizadas na maior parte dos municípios por contratos temporários ou prestação de serviços, o que enfraquece o vínculo do profissional.

O não cumprimento da carga horária também foi evidenciado no estudo de Souza e Roncalli (2007)<sup>2</sup>, quando confrontou dados a respeito da jornada de trabalho contratada e da jornada de trabalho cumprida. Observou-se que 80% dos dentistas têm contrato de 40 horas semanais de trabalho e 40% destes, não cumprem a carga horária. Dentre os que afirmam cumprir às 40 horas semanais, mais da metade mora no município no qual está trabalhando.

Outro aspecto a ser considerado, pelo baixo número de tratamentos completados é a interface entre os serviços de atenção básica e a atenção secundária, pois vários fatores devem ser levados em conta como: equidade, onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente devem ser referenciados a um nível de maior complexidade, sem barreiras para esse referenciamento; integralidade, onde todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido; eficiência, fazendo que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados e a contra-referência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo dele<sup>23</sup>.

Desta forma, o cirurgião-dentista da equipe da ESF não pode continuar trabalhando de forma isolada, tanto na sua atuação quanto no seu saber, ele deve fazer parte da estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação mais próxima para prestar assistência integral e resolutiva a toda à população, intervindo de forma eficaz<sup>24</sup>.

Portanto, a concepção dos indicadores no processo avaliativo tem que estar sintonizada com o contexto do objeto a ser avaliado, com as necessidades de saúde da população, com as escolhas do problema de saúde, com a identificação dos atores que têm poder de tomar as decisões, com os que têm a capacidade técnica de implementá-las e com as políticas, estratégias e prioridades do setor saúde<sup>12</sup>.

## Conclusão

Conclui-se que o instrumento é uma ferramenta eficaz no processo de avaliação institucional, no entanto há necessidade da realização de protocolos clínicos de como realizar os procedimentos previstos pelos indicadores.

O indicador de atividade educativa foi atingido pela maioria das equipes, entretanto, às visitas domiciliares e tratamentos completados é ainda um grande desafio a ser enfrentado para a melhoria da resolutividade do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. Havendo a necessidade da mudança no processo de trabalho, com planejamento das atividades, elaboração do diagnóstico de área, levando em consideração a dinamicidade, a realidade, os costumes, bem como o vínculo com a população.

## Referências

1. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trab Educ Saúde*. 2001;9(1):95-108.
2. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11).
3. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11)
4. Ministério da saúde (BR). Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. A política Nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília. 2006.
5. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):131-8.
6. Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: saúde bucal da família com equidade e integralidade. Brasília: UnB. 2000.
7. Soller SAL, Regis Filho GI. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. *Rev Adm Públ*. 2011;45(3):591-610.
8. Nepote MHA. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores. *Rev Adm Saúde*. 2003;5(21):21-30.
9. Juhas R. Utilização de indicadores para avaliação da estrutura, dos processos internos e dos resultados em assistência à saúde bucal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2002.
10. Mato Grosso do Sul. Decreto nº 11.684 de 8 de Setembro de 2004. Dispõe sobre a composição das Equipes do Programa de Saúde da Família e altera os valores de incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial do Estado do Mato Grosso do Sul*. 2004; 8 set.
11. Mato Grosso do Sul. Decreto nº 12.0005 de 22 de dezembro de 2005. Altera a redação do incisos I e IV do art. 6º do Decreto nº 11.684, de 8 de setembro de 2004, que dispõe sobre incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial do Estado do Mato Grosso do Sul*. 2005; 22 dez.
12. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4).
13. Bittar OJV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde*. 2001;3(12):21-8.
14. Almeida GCM, Ferreira, MÂF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Públ*. 2008;24(9):2131-40.
15. Rodrigues TMM. A visita domiciliar com instrumento do cuidado da Estratégia da Saúde da Família [dissertação de mestrado]. Piauí: Universidade Federal. 2010.
16. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam. Comun*. 2004;1(2).
17. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2009;25(2):259-67.
18. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Rev Eletr Enferm*. 2008;10(1):220-7.
19. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés, SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Públ*. 2012;28(Suppl):9-19.
20. Brasil. SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (programa de computador). Versão 1.2.0909141204 Windows (16.1MB) de 14/09/2009. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp>. 2014.
21. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes. 1980.
22. Carvalho CL. Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais. 2002.
23. Buss PM, Carvalho AIC. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc Saúde Col*. 2009;14(6):2305-16.
24. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(6):1027-34.

### Endereço para correspondência:

Carlos Ayach  
Faculdade de Odontologia  
Universidade Estadual Paulista  
Araçatuba-SP, CEP 79200-000  
Brasil

E-mail: cayach@terra.com.br

Recebido em 23 de julho de 2014  
Aceito em 16 de setembro de 2014