

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

RUBENS LUIZ LIMA CARVALHO

**A EFETIVAÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM INIMUTABA/MG**

**ÊNFASE NA INTEGRALIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE
DE AÇÕES**

INIMUTABA/MINAS GERAIS

2009

RUBENS LUIZ LIMA CARVALHO

**A EFETIVAÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM INIMUTABA/MG**

**ÊNFASE NA INTEGRALIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE
DE AÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
da Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Simone Dutra Lucas

INIMUTABA/MINAS GERAIS

2009

RUBENS LUIZ LIMA CARVALHO

**A EFETIVAÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM INIMUTABA/MG**

**ÊNFASE NA INTEGRALIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE
DE AÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
da Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora

Professora Simone Dutra Lucas UFMG

Professor Marcos Azeredo Furquim Werneck UFMG

Aprovado em Belo Horizonte - 19 de agosto de 2010

DEDICATÓRIA

À minha querida esposa Marilene e amada filha Beatriz, que compreenderam a importância deste curso para minha vida profissional, sabendo respeitar os momentos de minha ausência na vida familiar para cumprir meus objetivos, minhas atividades e participações neste curso.

A meus pais, eternos colaboradores, apoiadores e amigos.

À minha intercessora, Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, que rogou a Deus por mim, durante todo o curso.

À minha tutora Silmeiry Angélica Teixeira, que com paciência, compreensão e altruísmo, sempre se mostrou atenciosa e prestativa a todas as minhas solicitações.

À Coordenadora de Saúde Bucal/GRS Sete lagoas, Maria de Lourdes Avelar e a Coordenadora de Vigilância Sanitária/GRS Sete Lagoas, Nádia Lanza Meireles, que sempre me apoiaram em minhas atividades.

Às comunidades de Morro da Garça – MG e Inimutaba – MG, onde atuei como Odontólogo da ESF, em períodos distintos, durante este curso.

Às equipes de saúde destas duas cidades.

RESUMO

A Odontologia, apesar de já possuir inclusão na Estratégia de Saúde da Família (ESF) incentivada e homologada pelo Ministério da Saúde, ainda necessita verdadeiramente ser efetivada como parte integrante desta estratégia. Este trabalho tem como objetivos oferecer propostas de organização que promoverão e facilitarão as práticas em saúde bucal, inserindo-as naturalmente no processo de trabalho da Equipe de Saúde da ESF, deixando de vez de ser praticada paralelamente às ações desta equipe. Trata-se de um trabalho teórico, com revisão bibliográfica, que expõe a trajetória da Saúde Bucal no Brasil, com suas dificuldades, desafios e conquistas no intuito de ajudar a organização de ações integralizadas da equipe de saúde da família. Para a revisão de literatura foram consultados livros, leis governamentais e artigos por meio de consultas ao medline, lilacs e bbo. Com a participação de profissionais de Odontologia na ESF, a equipe de saúde se complementa buscando mudanças e melhorias no processo de trabalho, desde seu planejamento até a execução das ações, com valorização da harmonia multidisciplinar, “quebrando” barreiras profissionais, promovendo vínculos salutares, otimizando o serviço. Tornará o modelo de atenção em saúde cumpridor dos princípios do Sistema Único de Saúde, da Atenção Primária em Saúde e ESF, sendo gerido, planejado, organizado e executado por uma equipe coesa, com respeito mútuo de seus membros e valorização de cada um, gerando processo de trabalho efetivo, com uso racional de recursos e que venha de encontro às reais necessidades da população.

Palavras-chave: Odontologia, Estratégia de Saúde da Família, integralidade, acesso, ações coletivas.

ABSTRACT

The Odontology, despite already own inclusion in the Family Health Strategy (ESF) encouraged and homologated by the Health Department, still needs truly be effected as integrant part of this strategy. This work has as objective to offer organization proposals that will promote and will facilitate the practices in buccal health, inserting them naturally in the team working process of health of ESF, letting being once and for all practiced at the same time to the actions of this team. It is a theoretical work, with bibliographical revision, that exposes the trajectory of the Buccal Health in Brazil, with their difficulties, challenges and conquests in intention of helping the team actions integrated family health organization. For the literature revision were consulted books, government laws and medline goods, lilacs and bbo. With professionals' Odontology participation in ESF, the health team complements seeking changes and improvements in the working process, since your planning until the actions execution, with harmony multidisciplinary valorization, “breaking” professional barriers, promoting salutary links, optimizing the service. It will turn the attention model in system principles health accomplisher only of health, of the Primary Attention in Health and ESF, being managed, planned, organized and executed by a cohesive team, with their members' mutual respect and valorization of each one, generating process of effective working, with rational use of resources and that comes from encounter to the real needs to population.

Keywords: Odontology, Family Health Strategy, integration, access, collective actions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário (termo em desuso desde 2008)

APS – Atenção Primária em Saúde (substitui Atenção Básica em Saúde)

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal (substitui o termo ACD)

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CPOD – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (restaurados)

ESF – Estratégia de Saúde da família (vem substituindo o termo “PSF” desde 2006)

ESB/ESF – Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro da Saúde

LRPD – Laboratório Regional de Próteses Dentárias

MS – Ministério da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família (em processo de substituição por “ESF”, desde 2006)

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental (em desuso desde 2008)

TSB – Técnico em Saúde Bucal (substitui termo THD)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS	08
3. JUSTIFICATIVA	09
4. METODOLOGIA	10
5. REVISÃO DE LITERATURA	11
5.1. ODONTOLOGIA FLEXNERIANA	12
5.2. SISTEMA INCREMENTAL	12
5.3. ODONTOLOGIA SIMPLIFICADA	14
5.4. ODONTOLOGIA INTEGRAL	14
5.5. PROGRAMA DE INVERSÃO DE ATENÇÃO	15
5.6. ATENÇÃO PRECOCE EM SAÚDE BUCAL	16
5.7. SAÚDE BUCAL NO PSF	16
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Observando o histórico da Saúde Pública no Brasil, mais precisamente do início do século XX até hoje, constata-se a custo de muita luta, embates, discussões, movimentos e envolvimento populares e de outros atores sociais, o desejo de se obter no país uma atenção à saúde equânime, integrada, participativa, democrática, universal, com todos os cidadãos gozando de seus plenos direitos de cidadania^{1,2}. As equipes de saúde necessitam estar capacitadas para atender a população da melhor forma possível, respeitando e valorizando sua realidade, características, anseios e necessidades. Há que se respeitar também o conceito ampliado de saúde^{2,3}, onde esta é fruto das condições de organização social de uma população, com seus fatores determinantes e condicionantes de saúde, em um determinado tempo e local.

Isto se consolida na tentativa de se eximir do modelo assistencial à saúde, conhecido como modelo biomédico ou *flexneriano*, cujas características marcantes são o biologismo, com ênfase na natureza biológica como determinante único ou principal de doenças; o individualismo, excluindo os fatores sociais na determinação da qualidade de saúde; a supervalorização da figura do médico e das especialidades médicas, tornando-o o único agente a “dominar” as doenças e suas curas; o atendimento totalmente fragmentado e desintegrado; o hospitalocentrismo; as práticas curativas, com desprezo às práticas preventivas; pacientes totalmente passivos e entregues à mercê da situação^{4,5,6}.

Enfim, este modelo ainda prevalece nas práticas de muitas equipes de saúde e na mentalidade da própria população, “acostumada” com este tipo de atendimento, seja com menos ou mais intensidade, dependendo de situação e local.

O que se pretende, atualmente, é o modelo de atenção à saúde biopsicossocial, cuja essência é promover atendimento à saúde totalmente universalizado; com equidade; com garantia e facilitação de integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade de ações e cuidados; atendimento humanizado; valorizações de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem desprezar, obviamente, os procedimentos curativos; com valorização de todos os determinantes e condicionantes da qualidade de saúde dos pacientes^{4,5,6}.

Neste processo, o paciente deixa a posição passiva de outrora, de ser somente objeto da ação e passa a assumir a posição de sujeito ativo, o que significa uma mudança incontestavelmente positiva para o sucesso do processo de trabalho em saúde.

2 OBJETIVOS

Como a Saúde Bucal é parte integrante e essencial da saúde geral de um indivíduo⁵, o objetivo deste trabalho é adquirir subsídios teóricos para promover a real inclusão das práticas odontológicas, individuais e coletivas nas atividades da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade de Inimutaba, favorecendo o modelo biopsicossocial. É retirar a Saúde Bucal, de vez, da situação de prática paralela e afastada de todo o processo de organização, estruturação e desenvolvimento das ações em saúde realizadas pelo restante da equipe de ESF.

3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho contribuirá para a compreensão da importância da Saúde Bucal e para a melhoria do processo de trabalho da equipe de ESF de Inimutaba, promovendo a incorporação de procedimentos de promoção de saúde e prevenção em Saúde Bucal no cotidiano da clínica médica e de enfermagem, nas atividades do educador em saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), aproveitando as oportunidades de contato com os pacientes, seja em consultas individuais ou em atividades coletivas (reuniões, visitas, etc.). Para isto se faz necessária uma correta capacitação neste assunto de toda a equipe, bem com uma reorganização do processo de trabalho.

É a construção de um novo processo de trabalho, facilitando a efetivação das ações de Saúde Bucal na ESF, valorizando os princípios do SUS, APS e ESF, promovendo integração multidisciplinar da equipe de saúde da ESF, onde a população será atendida dentro de suas reais necessidades.

4 METODOLOGIA

O desenvolvimento deste trabalho se deu através de pesquisas de descrições teóricas e de revisão de literatura, utilizando recursos de lilacs, medline e bbo, com textos de autores de reconhecimento no cenário da saúde pública.

Os trabalhos selecionados se referem a: histórico da saúde pública no Brasil; história da saúde bucal no Brasil; diferentes modelos de atenção à saúde; forma de atuação da odontologia nos sistemas de saúde; forma de inserção e inclusão da saúde bucal na ESF; definições e mudanças no processo de trabalho em saúde; formação de profissionais de saúde e sensibilização da população; reconhecimento da formação de vínculos e integralidade para o sucesso das ações em saúde.

Os textos pesquisados servem para a condução desta linha de pensamento, orientando os profissionais de saúde bucal no que deverão ainda enfrentar, as mudanças que deverão acontecer, qual modelo de atenção à saúde a ser seguido, as dificuldades e facilidades no processo de trabalho. Também serve para elucidar toda a tramitação da Saúde Bucal dentro da Saúde Pública: forma de atuação de outrora; erros que não deverão mais ser cometidos; sugestões de como agir para se promover o trabalho multidisciplinar da equipe de saúde de maneira natural, não forçada; enfim, tornando o processo de trabalho aprazível, resolutivo, efetivo, conquistando o respeito da população.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Saúde Pública no Brasil percorreu caminhos árduos, desafiadores, conflitantes e vitoriosos até atingir o nível de desenvolvimento existente atualmente. Foi quando contou com a mobilização e participação popular, que aconteceram as conquistas mais importantes. Isto não foi diferente quanto à Saúde Bucal^{1,2,8}.

Antes mesmo da criação e a implantação do SUS, pela Constituição Federal do Brasil, em 1988, reforçada e assegurada pelas Leis Orgânicas de Saúde – Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990 e Lei 8142 de 28 de Dezembro de 1990 – vários modelos de atenção à saúde foram adotados, com as mais variadas formas de processo de trabalho em saúde.

Ainda no século XX, a história da política social no Brasil refletia uma postura do Estado com preferência pela “saúde da economia”, em detrimento da “saúde da população”².

O sistema de saúde público era excludente, havia prestação de serviço apenas a quem conseguisse contribuir com a Previdência Social; com escassos recursos; atendendo os interesses financeiros de grupos oportunistas, dentre eles governistas e profissionais de saúde da época².

Neste momento faz-se pertinente enfatizar que será utilizado neste trabalho o termo “atenção à saúde bucal”, que são “ações que incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a Saúde Bucal”. A “assistência odontológica se refere somente aos procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais”⁹.

A história da Saúde Bucal Pública no Brasil se confunde com a história da Saúde Pública geral, com a característica de evolução de uma maneira paralela a todo o processo de trabalho em saúde, trazendo sérios prejuízos no que tange universalidade, integralidade e equidade em atenção à saúde¹⁰.

Historicamente, os períodos marcantes na história da odontologia no país podem ser divididos em sete períodos principais. Estes serão de extrema importância para se entender a forma de práticas odontológicas de outrora, suas conseqüências atuais, refletidas no processo de trabalho, na saúde da população, nos conceitos ainda arraigados, para que assim, se garanta o respeito e a real efetivação das práticas odontológicas no cotidiano de uma equipe de ESF.

Os períodos são: a) Odontologia Flexneriana, b) Sistema Incremental, c) Odontologia Simplificada, d) Odontologia Integral, e) Programa de Inversão da Atenção – PIA, f) Atenção Precoce em Saúde Bucal, g) Saúde Bucal no PSF (hoje, ESF)^{5,8,11}.

5.1 Odontologia Flexneriana

No final do século XIX e início do século XX, a Odontologia, ainda como especialização médica, segue o modelo assistencial biomédico ou flexneriano, no qual dentre suas características ideológicas aparece o atendimento mecanicista; o biologismo; o individualismo; a valorização da especialização profissional, fragmentando a assistência; a valorização da tecnologia, sofisticando o processo de trabalho; o curativismo como carro-chefe das ações, desprezando procedimentos de promoção de saúde e prevenção de agravos. Enfim, é um modelo altamente excludente de formas alternativas de procedimentos, com grande seletividade de clientela, muito voltado para o ideal capitalista de muitos profissionais^{4,5,8,11}.

5.2 Sistema Incremental

De 1930 até o final dos anos 60, mais especificamente nos anos 50, existiam os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que ofereciam também assistência médica para segurados destes institutos: empregados, empregadores e seus dependentes^{5,8}. Os direitos sociais eram negociados como privilégio deste grupo da população, que contribuía para os institutos. Quem não possuía emprego formal, não estava coberto pelas políticas de saúde e não tinha reconhecimento de seu direito social. Era considerado carente ou indigente².

Nesta época, no âmbito da Saúde Bucal, predominou o chamado Sistema Incremental^{5,11}, que priorizava o atendimento público odontológico a escolares, mais especificamente de 6 a 14 anos, por ser idades que possuem maior incidência de cárie em estado inicial e pela facilidade em se trabalhar com este grupo (escola). Dava-se prioridade ao tratamento restaurador. As ações preventivas se resumiam à fluoretação da água de abastecimento e aplicações tópicas de fluoreto gel nos escolares de idades de sete, 10 e 13 anos. Com relação ao CPOD, não havia nenhuma mudança, pois o fator C (cariado) era substituído pelo O (obturado/restaurado), portanto, não havia impacto na prevalência da

doença. Além do mais, era excludente, sem resultado positivo na saúde bucal da população geral, muito centrado no processo curativo-restaurador^{5,11}. O Cirurgião-Dentista trabalhava de forma isolada, confinado em seu consultório em uma escola ou entidade desta natureza. Neste período já surgiam o trabalho de auxiliares, promovendo o trabalho a quatro mãos e alguns procedimentos de origem preventiva. Apesar, de primeira vista, se sentir este modelo totalmente ultrapassado, pela sua não efetividade e sua natureza excludente, há ainda relatos da existência deste modelo sendo adotado atualmente em algumas regiões brasileiras⁵.

O Sistema Incremental, apesar de não ser o sistema ideal, foi importante para a organização dos serviços em saúde bucal, pois representou uma nova forma de organização de programação de atendimento odontológico público, fugindo dos padrões do atendimento em consultórios particulares⁵.

Até este momento, a assistência à saúde bucal era totalmente voltada a grupos sociais específicos. A assistência odontológica na Previdência Social possuía baixa cobertura, mal distribuída geograficamente, acompanhando as tendências da assistência médica. Modelo caro, especializado, sem resolutividade, privilegiando o “curativo” em detrimento do “preventivo”, com altas taxas de procedimentos mutiladores (exodontias) em relação aos procedimentos conservadores e restauradores¹³.

Já havia realização de algumas medidas de saúde bucal coletiva, como por exemplo, a fluoretação da água de abastecimento, que se deu em 31 de Outubro de 1953, na cidade de Baixo Guandu, no Espírito Santo¹⁴.

Em 1965, houve a fusão dos IAP, surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que assumiu também a gerência da assistência odontológica pública aos que tinham direito de usufruí-la, devido suas contribuições. Esta assistência odontológica era principalmente garantida através de convênios e credenciamento de profissionais e clínicas particulares pelo Estado. Era ainda uma assistência totalmente voltada para os interesses patronais, com ações estritamente curativistas, restauradoras ou mutiladoras (exodontias). Nesta época, o País ainda vivia sob forte repressão ditatorial e qualquer mobilização popular para reivindicar modificações ou melhorias desta situação sofria retaliações, censura e opressão^{1,13}.

Nos anos 60, várias cidades iniciaram e implantaram o serviço de fluoretação de suas águas de abastecimento, mas foi na década de 70 que esta atividade se expandiu regulamentada por normas específicas e pela Lei Federal nº. 6050 de 1974, obrigando as

estações de tratamento de água, construídas ou ampliadas, a realizarem planos relativos à fluoretação da água¹⁵.

5.3 Odontologia Simplificada

Na década de 1970, surgiu a Odontologia Simplificada. O modelo assistencial biomédico ou flexneriano já sofria duras críticas, principalmente pela sua ineficiência, ineficácia, exclusão de grupos sociais, dificuldades de acesso, serviços especializados e caros e começava a declinar⁵. Nesta oportunidade, as práticas extra-consultório começam a surgir, com valorização das práticas de promoção e prevenção em Saúde Bucal, com atividades educativas coletivas¹⁰. Tentava-se alcançar uma maior inclusão de atendimento populacional, tornando a Odontologia com procedimentos mais simples e mais baratos, com maior extensão de cobertura populacional. As práticas deste modelo de assistência se tornaram extremamente limitadas, pois não se valorizava mais a qualidade no atendimento nem a qualificação profissional. Tudo era focado na produção. As ações se destinavam às classes sociais marginalizadas, mais carentes, que tinham dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Tudo era simplificado: procedimentos, recursos humanos, equipamentos, materiais e instrumentais, processo de trabalho, técnicas e espaço físico. Estas práticas geraram queda da qualidade no atendimento odontológico, desconfiança por parte da população, iatrogenias, embate qualidade x quantidade e o que isto representa para a satisfação dos usuários. Até mesmo as atividades de prevenção, na prática, eram deixadas de lado e havia a supremacia de procedimentos curativos. Ao final, este modelo também foi considerado inadequado, ineficaz, além de altamente discriminatório, pois era a Odontologia que era oferecida às classes sociais mais pobres, com baixa qualidade^{5,10}. O que se observa ainda, por mais difícil que seja aceitar, relatos de práticas odontológicas e profissionais que se baseiam ainda na simplificação para realizar seus trabalhos⁵.

5.4 Odontologia Integral

Nos anos 80, surge o modelo de Odontologia Integral, que veio tentar substituir a prática odontológica flexneriana e formar um novo modelo de profissionais^{5,8}.

Este modelo prioriza simplificar, mas com racionalização, a prática odontológica, procurando criar um processo de trabalho mais efetivo, que atenda a população em seus

anseios, com recursos necessários para um atendimento de qualidade. O conhecimento e os princípios técnico-biológicos não foram desprezados, muito pelo contrário, receberam total valorização e cuidado. Houve a preocupação da valorização do trabalho da equipe de saúde bucal, com a desmonopolização do saber odontológico, incorporando e capacitando pessoal auxiliar^{5,8}.

A Odontologia Integral se aproxima do que realmente exige os princípios doutrinários e organizativos do SUS, os princípios da APS e ESF, além de permitir a incorporação do modelo de atenção à saúde denominado biopsicossocial, em substituição ao modelo biomédico. Sai o individualismo somente e entram as práticas coletivas; o curativismo cede um espaço para práticas de promoção e prevenção de saúde; o acesso aos serviços de saúde é planejado de maneira universal, integral; tem início o emprego de práticas odontológicas integrativas e complementares; valorização de todos os membros da equipe de saúde bucal; uso tecnológico apropriado e eficaz, com fundamentos; uso racional de recursos; abertura à participação popular⁸.

5.5 Programa de Inversão da Atenção (PIA)

Ao final dos anos 80, uma nova estruturação de sistema foi lançada pelos professores Loureiro e Oliveira, da PUC/MG. Denomina-se Programa de Inversão de Atenção. Veio romper com as ações do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, com ênfase para o controle das doenças. É o controle epidemiológico da doença cárie, com trabalhos de adequação do meio bucal. Somente após este controle é que se inicia o tratamento propriamente dito. Este sistema possui três fases distintas, onde uma é completamente dependente da outra, ou seja, é necessário o término de uma para se iniciar a próxima. As fases são: estabilização, onde se faz a redução da incidência e da velocidade de destruição dos dentes pela cárie (adequação de meio bucal); reabilitação dos pacientes já controlados, que possuem sequelas na estética e na função dentária; declínio da doença, onde os pacientes já estariam controlados e tratados devidamente. Este Programa de Inversão da Atenção possui algumas falhas que necessitam ser esclarecidas. Apesar de ser uma forma de processo de trabalho programático, este modelo necessita de um contingente ou grupo de pessoas mais restrito, para que as ações sejam desenvolvidas naquela sequência citada anteriormente. Com isso, mais uma vez, os escolares foram alvo de escolha⁵. Com a exclusão de outros grupos da população, esta prática fere totalmente os

princípios do SUS^{2,5}. Outro ponto crítico é a não participação popular, ou seja, o não conhecimento deste programa, suas ações e objetivos pela população, gerando desconfiança, descrença e até mesmo oposição, pois podem interpretar estas ações de adequação de meio bucal como uma forma de atendimento de baixa qualidade, atendendo apenas um grupo restrito, excluindo outros que também necessitam de atendimento, além disto, utilizando, às vezes, material odontológico de baixo poder estético (menor custo)⁹.

5.6 Atenção Precoce em Saúde Bucal

Ainda nos anos 80, mais precisamente em 1985, inicia-se no Brasil a chamada Atenção Precoce em Saúde Bucal, um programa voltado ao atendimento de crianças menores de seis anos, com inclusão das gestantes, trabalhando a nível familiar as questões de promoção de saúde, prevenção de agravos em saúde bucal, educação de toda a família (higienização bucal, a importância da amamentação, uso racional do açúcar, etc.). Possui duas fases distintas: fase educativa, orientando os pais sobre qualidade de saúde bucal e a importância do programa e a fase preventiva, com o atendimento clínico da criança, em consultório, com retornos periódicos. Mais uma vez estamos diante de um programa resolutivo apenas para certa parcela da população, apesar de apresentar melhoras na qualidade de trabalhos educativos e de prevenção, diferentemente com o que ocorria em programas anteriores¹¹.

5.7 Saúde Bucal no PSF

Em 1985, o fim do regime militar, uma ativa participação popular, o fortalecimento da idéia da municipalização, a ação conjunta dos ministérios da Saúde, Previdência, Interior e Educação, aliados à implantação da “Nova República”, geraram a expectativa e perspectiva de uma reforma na constituição nacional. Por isto, para facilitar a discussão da saúde na assembleia constituinte, o Governo Federal, em 1986, convocou a 8ª Conferência Nacional de Saúde².

Este período ficou marcado por grande mobilização popular no planejamento e organização de uma nova visão sobre a saúde no país. Em 1986 deu-se, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que permitiu à população brasileira uma participação ativa na elaboração, discussão e estruturação do

processo de trabalho em saúde atual. Dentre os quase cinco mil participantes, estavam dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e representantes da sociedade civil².

Desta 8ª Conferência Nacional de Saúde surgiu o SUS, garantido pela Constituição Federal de 1988, principalmente nos artigos 196 a 200, com todas as suas diretrizes e princípios que norteiam o processo de trabalho em saúde atualmente¹⁶. Estes foram consolidados através das Leis Orgânicas de Saúde Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990¹⁷ e Lei 8142 de 28 de Dezembro de 1990¹⁸.

Inicia-se a valorização da Saúde Bucal como também essencial para a garantia de uma qualidade de vida e saúde, reconhecendo-a como parte integrante da saúde geral do indivíduo. No relatório final da 1ª Conferência de Saúde Bucal constou a posição da qualidade da saúde bucal no Brasil. Concluiu-se que a situação era caótica; as práticas odontológicas ainda eram excludentes, sem efetividade, de pouco acesso à maioria da população, de alto custo, com tecnologia densa, ainda centrada em procedimentos mutiladores radicais e com muita carga iatrogênica; uma má distribuição de profissionais; falta de planejamento, definindo incorretamente prioridades, comprometendo organização e resultados e desviando do que realmente a população necessita. Havia desperdícios de recursos, tanto financeiros quanto de tempo da equipe, pois a falta de diagnósticos situacionais implicava em desconhecimento das reais necessidades da população. A falta de vínculo com a população impedia que esta se manifestasse e expusesse suas ideias e necessidades. A Odontologia trabalhava paralela a todas as atividades do restante das equipes de saúde. Os procedimentos coletivos de prevenção eram ineficientes, mal estruturados e mal organizados. Havia descumprimento da legislação no que se refere a fluoretação das águas de abastecimento. A ideia do clientelismo no serviço público ainda imperava. Ainda era grande a valorização de muitas especialidades, prejudicando e menosprezando a clínica geral e social. Os profissionais de Odontologia eram mal remunerados e faltava um programa de educação continuada destinado a eles. A equipe de saúde bucal se encontrava “confinada em consultórios” prejudicando o envolvimento maior com a população, dificultando o repasse de conhecimentos e informações sobre Saúde Bucal¹⁹.

Foi a primeira vez que se discutiu algo, em âmbito nacional e com participação popular sobre Saúde Bucal, onde se pode conhecer a situação atual desta, o que deveria ser mudado, como deveria ser gerida, estruturada, suas metas de ações e os recursos

necessários disponibilizados para se atingir metas, de caráter urgente e de interesse da população.

Como já visto, todos os programas que surgiram no país até o momento apresentavam características falhas, como a não abrangência de toda a população, a falta de critérios no uso dos procedimentos coletivos preventivos e de promoção de saúde, a constante preocupação em atividades apenas restritas à clínica de atendimento individual, entre outros.

Em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família, como uma iniciativa do Governo Federal para facilitar o cumprimento dos princípios do SUS, reorganizando o processo de trabalho em saúde, (re) estruturando, (re) definindo e otimizando as práticas da equipe de saúde multidisciplinar em todos os níveis de assistência e atenção, nos âmbitos de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e monitoramento, com valorização da territorialização, área de abrangência e adscrição da população. Como o próprio nome diz, o campo de atuação é o indivíduo e a família, permitindo a participação direta deste na definição das estratégias de trabalho da equipe. Serão valorizados o contexto de vida destas pessoas, com seus determinantes e condicionantes de saúde, além da integralidade de ações, da valorização da multidisciplinaridade da equipe e das parcerias intersetoriais. Promover-se-á, também, um maior acesso aos serviços, gerando humanização no atendimento, satisfação popular, buscando realmente atender os direitos de cidadania^{5,11,20,21}.

O Programa de Saúde da Família contava, nesta época, com a seguinte formação: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Mais uma vez, a Odontologia era deixada de lado, mesmo tendo sua importância reconhecida nas leis federais como parte integrante da saúde geral das pessoas.

Somente após seis-sete anos da existência do PSF é que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi incluída neste programa, através da portaria 1444 de 28 de Dezembro de 2000²² e regulamentada pela portaria 267 de 06 de Março de 2001²³, que aprovava as normas e diretrizes desta inclusão. Por esta forma e por este retardo na inclusão, a Saúde Bucal não participou dos primeiros processos de estruturação e planejamento das ações da equipe de saúde, tornando esta inclusão difícil de ocorrer, efetivamente. A própria maneira com que tudo aconteceu, através da portaria ministerial reflete a total diferenciação discriminatória que foi dada à categoria odontológica, em relação às outras categorias, como número maior de pessoas a serem atendidos, salários baixos, etc. Ao que parece, a Odontologia somente

teve a inclusão garantida nos documentos, mas não foi efetivada no processo de trabalho das várias equipes de saúde espalhadas pelo país.

Na portaria 267/01 do Ministério da Saúde (MS), definiu-se quem seriam os membros da equipe de saúde bucal e quais seriam suas atribuições, especificamente e em conjunto. Dentre estas atribuições conjuntas constam:

“participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família; identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal; estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal; executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal; sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas; desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.”

As visitas realizadas pela equipe de saúde bucal devem ser executadas de acordo com planejamento, necessidade assistencial, social e/ou humanitária²⁴. A própria classificação de risco serve também para definir o grau de prioridade e necessidade de tais visitas. São extremamente úteis as visitas domiciliares executadas pela equipe de saúde bucal, pois são através delas que esta equipe pode constatar a realidade de cada família, seus anseios, suas dificuldades, entendendo o grau de relação destes fatores na qualidade de saúde não somente bucal, mas também geral. Outro fator importantíssimo para o sucesso das ações desta equipe é a criação de vínculo de confiança, onde as famílias visitadas se sentem mais valorizadas e se sentem mais à vontade no contato com os profissionais, facilitando entendimentos, relações, dificuldades, etc.

O Guia Prático do Programa de Saúde da Família (2002)²⁵ acrescenta ainda mais funções à equipe de saúde bucal, valorizando e estimulando ações de assistência e atenção à saúde integral; conciliando ações clínicas com ações coletivas, atendendo o indivíduo, a família e grupo a que pertençam, de acordo com classificações de risco e necessidades; ações educativas, de promoção de saúde e prevenção.

Devido à necessidade de se conhecer as reais condições epidemiológicas em saúde bucal no Brasil e, para facilitar e guiar os planejamentos e estratégias de ação neste campo surgiram, até o momento, três grandes levantamentos epidemiológicos nacionais.

O primeiro ocorreu em 1986, em ação efetivada pela então “Divisão Nacional de Saúde Bucal” do Ministério da Saúde. Foi a primeira vez em que se fez tal iniciativa, a nível nacional. Foi um primeiro diagnóstico, revelador de um preocupante quadro nacional de necessidades, com acentuadas diferenças de CPOD nas cinco regiões do país. Apresentou uma série de limitações, dentre elas, a realização dos exames em apenas algumas áreas urbanas de algumas capitais não representando realmente a grande diversidade do populacional brasileiro e suas diferentes características. Além disto, era carente de um planejamento mais apurado do governo diante do grau de necessidade de tratamento odontológico da população brasileira. Mas apesar de tantas falhas, representou conquistas, pois foi um dos grandes envolvimento da Odontologia brasileira e a Saúde Pública²⁶.

Após dez anos, em 1996, já em vigência do SUS, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico, cujo objetivo era verificar as alterações ocorridas no perfil de saúde bucal da população brasileira. Tomando como referência o levantamento de 1986, buscou a construção de um referencial para as ações preventivas do SUS. Apesar de ampliar a abrangência geográfica (27 capitais das Unidades da Federação), o levantamento limitou-se ao exame de cárie na faixa etária de 6 a 12 anos, com crianças selecionadas em escolas públicas e privadas²⁶.

Ainda que com muitas dificuldades e limitações, no ano de 2003, o MS concluiu o SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Preliminares. O objetivo foi realizar um levantamento epidemiológico de grandes dimensões, abrangendo todas as áreas e suas diversidades; maior envolvimento de faixas etárias examinadas; maior valorização dos fatores determinantes sociais e econômicos da população; tipos e dificuldades de acesso aos serviços. Tudo isto refletindo o mais fiel possível a realidade da situação da saúde bucal em nosso país. Como o Brasil possui dimensões continentais, vários erros de condução podem ter ocorrido durante este levantamento, mas pelo menos os gestores de saúde já puderam ter acesso a dados mais consistentes sobre a realidade da saúde bucal brasileira, em todas as regiões, sobre as dificuldades, sobre o que realmente deve ser enfrentado para que sejam estruturadas estratégias resolutivas e efetivas neste aspecto. O que mais se evidencia neste trabalho é a

má distribuição de profissionais de saúde bucal em todo o país, um atendimento odontológico ainda muito voltado para as especializações, exclusão social evidenciada, grande número de idosos desdentados, dificuldade de acesso às informações e aos serviços de saúde bucal²⁷.

Em 2004, por meio das “Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal”, surge a proposta da Política Nacional de Saúde Bucal (2004)²⁸, conhecida popularmente como Programa “Brasil Sorridente”, que se baseia principalmente na reorganização da atenção à saúde bucal no país, fundamentando-se suas ações nos princípios do SUS e da APS. O objetivo maior desta política é

“apontar diretrizes organizacionais que garantam a atenção à saúde bucal em todos os níveis, desde a promoção de saúde e prevenção, procedimentos de caráter coletivo, até os procedimentos de caráter individual, até os procedimentos individuais de tratamento, reabilitação e acompanhamento”

Seus princípios norteadores são: garantir gestão participativa de ações, promover ações éticas, buscar e garantir acesso às informações e aos serviços, qualidade de acolhimento, criação de vínculo entre os próprios membros da equipe multidisciplinar e desta com a população, estabelecimento e sensibilização de responsabilidade profissional. O processo de trabalho fundamentar-se-á na interdisciplinaridade da equipe e na intersetorialidade com outros atores sociais (escolas, entidades, associações, ONG’s, comércio, igrejas, etc.). Isto facilitará organização, ampliação e qualificação da atenção; ações planejadas de acordo com as reais necessidades e os riscos da população adscrita; uso racional de recursos; melhor gestão das ações (avaliações, controle e parâmetros)²⁸.

Neste mesmo ano (2004) ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal⁷. Com grande participação popular, ficou evidenciado que

“as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social e que o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque na promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas do governo”.

Ao que foi proposto, este documento destacou educação e construção da cidadania; a importância do controle social e gestão participativa no processo de trabalho em saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; o financiamento e organização da atenção em saúde bucal. São proposições e determinações a serem seguidas, guiando planejamentos e organização em saúde bucal⁷.

“A participação popular e a valorização de todas as características do contexto de vida das pessoas são de vital importância para o sucesso das ações de uma equipe de saúde. A compreensão e o reconhecimento de tal fato por uma equipe de saúde, com a aceitação e incorporação natural destes conceitos no cotidiano desta equipe constituem um grande desafio”²¹.

É necessário romper com as formas anteriores de assistência à saúde, com predominância de características do modelo biomédico (flexneriano) e assumir as condutas, as diretrizes e os princípios do modelo proposto pelo SUS e pela APS. A autora²¹ continua seu relato mostrando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma “oposição ao modelo tradicional, priorizando ações de proteção e promoção de saúde do indivíduo e da família, adultos e crianças, sadios ou doentes, de uma forma integrada e contínua”.

De acordo com a Portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006, o termo “Programa de Saúde da Família” foi substituído por “Estratégia de Saúde da Família” por se compreender que neste processo, para organizar os trabalhos na atenção primária à saúde, na há tempo previsto para isto terminar. O termo “programa” limita as ações em começo, desenvolvimento e fim³⁰. A ESF enfatiza também

“ser um modelo que se baseia nos aspectos relativos à área de abrangência, com adscrição de clientela, equipe multidisciplinar com ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e intensa participação comunitária. Configura também, uma nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e propor alianças, permitindo maior diversificação de ações e buscando permanentemente o fortalecimento sistema-usuário”.

Como a ESF visa romper com a forma vigente de assistência à saúde, fundamentada no modelo flexneriano, é imprescindível que os profissionais de saúde criem e estabeleçam vínculos entre si, com trocas de informações, experiências e conhecimentos

específicos de cada profissão, com atuações conjuntas, propondo uma nova prática de atenção à saúde, contribuindo para a efetivação dos princípios do SUS, principalmente a integralidade de ações.

Um dos grandes dificultadores para a saúde bucal, no campo da saúde pública, foi a sua inclusão tardia nesta estratégia. Estes seis-sete anos de atraso dificultaram a formação de vínculos, além de prejuízos quanto às mais variadas formas de processo de implantação destas equipes de saúde bucal. Mesmo com a Portaria nº 1444/2000, (inclusão da Saúde Bucal no PSF)²², esta inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas deu-se de forma despreparada, paralela e afastada do processo de estruturação e organização dos demais serviços de saúde.

“A inserção do Cirurgião Dentista no PSF não se deu a partir da experiência já existente ou de uma discussão ampliada a cerca de seus significados. Assim, se fez sem participação dos profissionais de saúde bucal, sem uma discussão como estes deveriam atuar na atenção básica e nem sobre as dificuldades que enfrentariam ao trabalhar com a equipe de saúde”¹⁰.

Resumindo, além de se correr o risco de profissionais assumirem as cadeiras da equipe de saúde bucal do PSF totalmente despreparados, a tendência era de se continuar atendendo os pacientes no modelo flexneriano.

Uma outra situação injusta durante a inclusão da Odontologia no PSF foi a forma como seria o processo de trabalho da equipe de saúde bucal neste programa.

“A Portaria 1444 de 28/12/2000 criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de PSF”. Isto representou um contingente de média de 6900 habitantes para cada equipe de saúde bucal, enquanto que o restante da equipe de PSF era responsável por 3000 a 4500 pessoas, com o mesmo de número de horas disponíveis para desenvolver tais ações (40 horas semanais)²². De acordo com a portaria, apesar desta discrepância, o trabalho da equipe de saúde bucal deveria gerar

“reorganização da atenção básica odontológica no âmbito do município, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção, quanto da recuperação e manutenção de saúde bucal, buscando assim a

melhoria do perfil odontológico da população e, por conseguinte, sua qualidade de vida”.

Somente através da Portaria GM/MS 673 de 03 de Junho de 2003, novas conquistas para a saúde bucal foram alcançadas, dentre elas a “uniformização” do número de pessoas a serem atendidas pela equipe de saúde, sem mais diferenciação entre a equipe de saúde bucal e o restante, tornando o trabalho igualitário e valorizando a multidisciplinaridade e integralidade. Além disto, definiu-se claramente a competência de cada membro da equipe de saúde da ESF, bem como a importância e as competências da equipe de saúde bucal.

Ao que se conclui, a equipe de saúde bucal foi simplesmente incluída pela documentação, não efetivada no cotidiano da equipe, com grande diferenciação e marginalização do processo de trabalho e com defasagem salarial²⁰.

A inclusão da equipe de saúde bucal no PSF tem se dado de maneira ainda desorganizada e sem planejamento por parte da gestão dos municípios, o que torna o trabalho ineficaz, ineficiente, dispendioso²⁹.

De acordo com a Portaria GM 267 de 06 de Março de 2001 “a inclusão das ações de saúde bucal na ESF foi desenvolvida de modo a expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais: a) caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde; b) adscrição da população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde; c) integralidade da assistência prestada à população adscrita; d) articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde; e) definição da família como núcleo central de abordagem; f) humanização do atendimento; g) abordagem multiprofissional; h) estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; i) educação permanente dos profissionais; j) acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas”²³.

Através da Portaria GM/MS 648 de 28/03/06, que implanta a Política Nacional da Atenção Básica, novas conquistas para a saúde bucal foram alcançadas, dentre elas a “uniformização” do número de pessoas a serem atendidas pela equipe de saúde, sem mais diferenciação entre a equipe de saúde bucal e o restante, tornando o trabalho igualitário e valorizando a multidisciplinaridade e integralidade. Além disto, definiu-se claramente a competência de cada membro da equipe de saúde da ESF, bem como a importância e as competências da equipe de saúde bucal³⁰.

A “atenção integral à saúde bucal deve ser centrada no vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolutividade”. Com a organização das ações ditadas somente pela demanda espontânea reprimida, o atendimento será fragmentado, com valorização do atendimento individual (assistencial, somente), sem equidade, predominância do modelo biomédico, com valorização excessiva da técnica e da especialidade, com resolutividade limitada. O acolhimento e a autonomia tendem a promover a horizontalidade e a gerar confiança mútua (vínculo)³¹.

Há necessidade da construção de uma agenda odontológica, com ações voltadas às reais necessidades de toda a população adscrita no território de abrangência, promovendo e fortalecendo ações de universalidade; integralidade, viabilização do acesso a toda a atenção, não somente a odontológica, mas da saúde geral que necessitarem; oferta de mais oportunidades aos que mais necessitam (equidade)³².

O Governo do Estado de Minas Gerais, através de sua Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) e do Programa Saúde em Casa, que objetiva melhorar e otimizar a atenção primária à saúde no estado, elaborou em 2006 as chamadas “linhas guia de atenção” contendo orientações e propostas de estruturação, elaboração de estratégias, tipos de gestão e formas integradas de processo de trabalho em equipe de saúde. Estas diretrizes abrangem segmentos da atenção primária à saúde, dentre elas, a saúde bucal.

A linha guia “Atenção em Saúde Bucal”³³ veio contribuir e acrescentar para a melhoria do processo de trabalho das ESB/ESF oferecendo instrumentos capazes de melhorar as condições de saúde bucal à população de Minas Gerais, gerando e fortalecendo uma rede integrada de atenção, focada no avanço da organização primária à saúde. Com forma estrutural de fácil compreensão, esta linha guia destina-se não somente aos profissionais de saúde bucal, mas convoca a sua incorporação no cotidiano da clínica de toda a equipe de saúde.

A linha guia traça diretrizes para a organização da atenção em saúde bucal, requisitos de infra-estrutura, uso de recursos, processo de trabalho, redes de atenção e referência e contra-referência, integralidade de ações, gestão em saúde bucal, planejamento de ações, controle e participação social, importância da equipe de saúde bucal na ESF. Permite a toda a equipe de saúde uma boa visão do papel da Saúde Bucal na equipe de ESF e a importância de se incorporar estas ações no cotidiano do trabalho multidisciplinar.

Outro documento importante é o caderno da Atenção Básica nº 17 (2006) do Ministério da Saúde³⁴. Neste encontram-se também propostas organizativas de processo de

trabalho em saúde bucal na ESF, respeitando princípios do SUS, APS e ESF, além da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente).

Neste caderno, define-se a APS como: “conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltados para a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde”. A APS garante o acesso dos usuários aos serviços e à informação (primeiro contato); garantia do aporte regular dos cuidados pela equipe de saúde (longitudinalidade de ações) com atendimento humanizado e criação de vínculos; integralidade, com equilíbrio de ações individuais e coletivas; coordenação, garantindo a continuidade da atenção, o seguimento e acompanhamento do usuário no sistema ou garantia de referência a outros níveis de atenção necessários. Já a ESF visa reorganizar a APS. A ESF representa uma forma de se substituir as formas tradicionais de rede de atenção; valorização dos determinantes e condicionantes de qualidade de saúde existente no território de abrangência; planejamento e desenvolvimento de ações com base em diagnósticos situacionais, tendo como foco a família e a comunidade; valorização e busca da intersetorialidade no território de atuação; promove espaço de construção de cidadania.

Na estrutura do Caderno nº 17 encontram-se sugestões quanto às formas de organização do processo de trabalho em saúde bucal na ESF; os principais agravos em saúde bucal; organização de demandas; organização de atenção nos diversos níveis de idade e grupos operativos; cuidados e um protocolo de referência e contra-referência aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Na garantia da continuidade de cuidados em saúde bucal, através da Portaria GM/MS nº 599, de 23 de Março de 2006, foram implantados o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD). Estes atendem demandas a níveis microrregionais, atendendo sua população adscrita. São passos para o alcance da integralidade de ações, acessibilidade, serviços de referência.

Recentemente para melhorar ainda mais a organização da ESB/ESF, o Governo Federal sancionou a Lei nº 11.889, de 24 de Dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). Em 30 de Janeiro de 2009, O Conselho Federal de Odontologia, através da resolução nº 85/2009 define as atividades do TSB e ASB.

De acordo com a coordenação nacional de saúde bucal, está em andamento o SB Brasil 2010, que representará um componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)³⁵.

Por fim,

“a incorporação e efetivação da ESB na ESF veio com a finalidade de romper com os modelos assistenciais excludentes em saúde bucal, com baixo impacto na melhoria da qualidade de saúde e de vida da população, ferindo o direito da maioria das pessoas à atenção à saúde resolutiva e humanizada²¹”.

“A ESF, de certa forma, rompe com a lógica programada do modelo flexneriano, visto que não só articula as propostas de vigilância à saúde, baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa das famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário³⁶”.

“O grande desafio é poder oferecer atenção primária às famílias e tratamento odontológico mais complexo nas UBS, em harmonia com o SUS”³⁷.

Ainda hoje, a odontologia enfrenta alguns percalços para se estabelecer de vez como parte integrante e indispensável da equipe de ESF.

Os modelos assistenciais odontológicos brasileiros, antes da implantação e consolidação do SUS eram norteados pelos princípios do modelo flexneriano. O atendimento era predominantemente assistencialista individual, patronal, empresarial, com predominância e ênfase nos procedimentos curativos^{5,8}.

Esta conduta advinha da formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal, ainda presa ao atendimento clínico individual e à especialização, com pouca formação em saúde bucal coletiva³⁸.

A própria formação universitária em saúde vigente no país, historicamente, tem definido um perfil de profissional voltado para práticas individualistas, de visão fragmentada, centrado em procedimentos que não são adequados à filosofia de trabalho da ESF. Ainda não há, na maioria das faculdades brasileiras, sequer uma abordagem sobre a importância de trabalhos multidisciplinares, que facilitem e garantam a integralidade e a continuidade da atenção. É necessário, portanto que as instituições de ensino superior, mais especificamente o MEC, realizem reformas curriculares dos cursos de graduação e promovam as mudanças e adequações, favorecendo impacto positivo no processo de

trabalho, construindo perfis profissionais atentos às reais necessidades da população; abertos à multidisciplinaridade de ações e compreendendo sua importância; promovendo ações de atenção à saúde transformadoras de realidade e abolindo paradigmas de outrora²⁰.

Mesmo com o reconhecimento do MS, em 2000/2001, em promover e garantir a inclusão da ESB na ESF^{22,23}, a forma com que isto foi feito gerou vários problemas. Foi uma inclusão já tardia em relação ao PSF, com defasagem de seis-sete anos, deixando o profissional de saúde bucal alheio ao processo de organização estrutural desta estratégia¹⁰. Além disto, o processo de trabalho em Saúde Bucal tem se dado de forma desorganizada e sem planejamento, com profissionais sem preparo, sem experiência e mantidos excluídos do processo de organização das estratégias em saúde^{10,29}.

Isto põe em risco e dificulta os processos de ações integradas da equipe de saúde, a organização e planejamento das ações, conhecimento da realidade (território, fatores de risco, recursos disponíveis, tipo de população), além de deixar a equipe de saúde bucal em dificuldade para a criação de vínculos, sejam eles entre a própria equipe de saúde multidisciplinar, ou da equipe com a comunidade^{21,39,41}.

Em muitas situações, a inclusão da ESB na ESF somente serviu para a criação de fontes de empregos para estes profissionais³⁸, com contratações equivocadas, aproveitando oportunidades, estabelecida por questões políticas e relações pessoais, de interesse entre as partes, sem maiores critérios, pouco contribuindo para a obtenção de resultados positivos. O que de fato passou a ocorrer foi a contratação de profissionais sem perfil de ESF, sem preparo, sem capacitação, sem experiência, trabalhando de acordo com os princípios do modelo biomédico, sem disposição nem capacidade de transformar a realidade. Isto põe em xeque a qualidade, organização, integralidade e resultado de ações em saúde¹².

As mudanças de conduta, abolindo o modelo flexneriano e assumindo o modelo proposto pelo SUS representa também outro grande desafio para os profissionais da equipe de saúde bucal. Esse modelo ainda está presente não somente nas instituições de ensino superior, como dito antes, mas ainda encontra-se arraigado em condutas de muitas equipes de saúde, de gestores e também na mentalidade da população, que foi “acostumada” a receber este tipo de assistência e ainda não compreendeu a importância do modelo biopsicossocial para a garantia de uma melhor qualidade de saúde.

É possível que as mudanças nos valores da população venham a ocorrer. Ainda há uma grande pressão por parte da população querendo apenas receber o atendimento individual no consultório dentário, limitando-se a se submeter a procedimentos curativos e

às vezes, somente urgentes⁴⁰. Isto torna difíceis ações de promoção de saúde e prevenção, tais como palestra, reuniões, que podem não contar com o apoio e a adesão desta população¹².

Com o modelo biomédico ainda imperando no cotidiano de muitas secretarias de saúde de nosso país, o CD da ESF é ainda muito cobrado pela coordenação de saúde bucal e gestão sobre a produção de procedimentos odontológicos individuais²⁹. Nos dias atuais, representa uma grande dificuldade um CD trabalhar sob a pressão de gestores, coordenadores e população para que faça um grande número de procedimentos clínicos individuais, como se estes resultados fossem uma resposta ou satisfação da gestão de saúde à sua população, que ainda hoje “prefere receber atendimento individual curativo a se submeter participar de atividades coletivas de promoção de saúde e prevenção”¹².

Nos documentos de implantação da Saúde Bucal na ESF, havia uma diferenciação da ESB e o restante da equipe. A ESB era vinculada ao território de mais de uma ESF, que representava uma grande diferenciação no processo de trabalho, dificultando a integração da equipe. Em decorrência desta situação acontecem: a tentativa de atendimento a uma demanda reprimida maior do que a capacidade de resposta dos serviços; a dificuldade de criação de vínculos entre os membros da equipe e desta com a comunidade¹⁷. Enfim, a ESB se via sobrecarregada, com uma demanda enorme, frente a uma equipe despreparada e “marginalizada” pelo sistema. Ainda se corria o risco de se ter uma assistência odontológica praticada conforme o modelo anterior (excludente, elitista, assistencialista, CD confinado em consultório, trabalho sem causar impactos de melhoras na saúde da população).

A instabilidade no emprego, ficando à mercê de contratos político-administrativos, diferenças salariais, perdas de garantias trabalhistas, tornam o CD um profissional mais desmotivado e menos dedicado aos serviços públicos^{5,41}, mas que, em muitas vezes, se vê em situação de aceitar tais condições simplesmente pelo fato da oportunidade.

Explícito na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, a Odontologia “é parte integral e essencial da saúde geral de um indivíduo” e a “ESB não pode mais ser considerada um simples apêndice da ESF”⁴⁰. É, sim, de extrema importância sua presença na equipe multidisciplinar de saúde/ESF, garantindo a integralidade, universalidade e equidade de cuidados. Não pode ser apenas uma forma política de se dar satisfação à população sobre as ofertas de serviços.

Há que se ter uma agenda de saúde bucal, que organize e viabilize ações, que atenda a população de forma digna e respeitosa, de acordo com os princípios do SUS, da APS e da ESF³². Há vários modelos de agenda, dentre elas as contidas na Política Nacional de Saúde Bucal, na Linha Guia de Saúde Bucal SES/MG e na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Enfim, para a implantação do processo de mudança, é necessário o trabalho de capacitação e educação permanente, não somente para a ESB/ESF, mas para toda a equipe. Esta condição é fundamental para o sucesso das ações. O trabalho multidisciplinar da equipe permite uma melhor qualidade na atenção à saúde da população, com a participação de todos os profissionais prestando a assistência necessária.

A equipe de saúde necessita ter como filosofia de trabalho as diretrizes, as normas e princípios do novo modelo assistencial.

“A vigilância em saúde pode ser um instrumento para a construção desta nova modalidade de atenção, embasado em uma nova visão de intervenção sobre o individual e o coletivo, transcendendo a abordagem para além da dimensão biológica e humana, considerando também o ambiente e o estilo de vida⁶”.

O processo de trabalho multiprofissional, aliado à intersetorialidade, com participação dos movimentos sociais organizados e de outros atores sociais, é necessário para a efetivação da saúde bucal na ESF. As ações e atribuições dos profissionais da equipe de saúde encontram-se explicitadas no Guia Prático de PSF/2002, nas Portarias MS 267/2001 e GM/MS 648/2006, reforçado no Caderno de Atenção Básica nº. 17(2006) e, especificamente para a ESB/ESF na Linha Guia de Saúde Bucal/SES/MG (2006).

As ações devem ser estabelecidas de acordo com as necessidades da população adscrita. Para isto se faz necessário o levantamento da presença/ausência dos fatores de risco nas áreas e micro áreas de uma ESF com vistas ao planejamento e organização de ações coletivas e individuais, com uso racional de recursos. Uma das formas de levantamento dos fatores de risco é a classificação de cada microárea para a elaboração do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde. Em Minas Gerais, este plano é uma estratégia do Programa Saúde em Casa, já citado neste documento.

Com o conhecimento destes riscos, toda a equipe da ESF saberá desenvolver suas ações estratégicas de ações coletivas de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, recuperação, reabilitação, acompanhamento da maneira mais equânime e humanizada possível. “As ações coletivas devem ser aliadas às ações clínicas individuais”⁴⁰.

Concluindo, tudo o que se pretende é conhecer e intervir na realidade, promover condições para que as ações em Saúde Bucal sejam, de fato, incluídas no processo de trabalho de toda a equipe de saúde. É, por exemplo, incorporar ações e orientações de promoção de saúde e prevenção em saúde bucal no dia a dia do trabalho dos médicos, das enfermeiras, das auxiliares de enfermagem e ACS, além, obviamente da ESB. É, a cada dia,

“incorporar procedimentos que possam causar impacto positivo na solução de problemas de saúde da população, atendendo-a realmente no que ela mais necessita, promovendo uma horizontalidade no processo de trabalho em saúde, onde todos os profissionais, com seus conhecimentos e ações sejam valorizados, atingindo a principal meta: ser equipe promotora de garantia de princípios do SUS, APS e ESF a todo cidadão de sua população adscrita⁴²”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento da trajetória da Saúde Pública brasileira mostra as conquistas no sentido da melhoria das condições de vida e de saúde da população. Com o desenvolvimento dos programas sociais, com as transformações e melhorias da qualidade de vida das pessoas (questões sócio-econômicas, culturais, educacionais, políticas, democráticas, acessibilidade, inclusão, entre outras), a sociedade se mostra mais ciente de seus direitos merecidamente conquistados. Os direitos do cidadão, pela Constituição Federal, com saúde sendo “direito de todos e dever do Estado”, a implantação do SUS, organização de APS, ESF e outras estratégias, vêm de encontro aos anseios da sociedade, com consolidação dos direitos de cidadania e inclusão. Somando-se a este processo, a Saúde Bucal vem contribuir para o atendimento integral, atendendo a população em todas as suas necessidades; permitindo acesso universal aos serviços de saúde e às informações; ofertando mais serviços e atenção à saúde aos que mais necessitam.

Mesmo com todas as dificuldades por que passou a Odontologia - atraso de inclusão na ESF, marginalização e paralelismo aos processos de organização e execução de ações em saúde - ela vem contribuir para o sucesso do cumprimento dos princípios do SUS, APS e ESF. A sua real efetivação, com mudanças no processo de trabalho, gerará garantia e valorização da participação popular e da intersetorialidade na estruturação do processo de trabalho em saúde. Haverá reconhecimento, de fato e de direito, de que a Saúde Bucal é parte integrante da saúde geral de um indivíduo e promoverá mudança natural no perfil dos profissionais, compreendendo os benefícios desta integralidade. A oportunidade de envolvimento popular nas ações provocará mudanças no perfil da população, tornando-a sujeito ativo do processo de trabalho em saúde, enfatizando sua importância no sucesso das ações. A população deverá estar ciente de que ela própria é seu principal agente de saúde, de que nada adianta o esforço dos membros da equipe de saúde da ESF, se ela não está motivada a contribuir.

Nesta revisão constatam-se o desenvolvimento e as conquistas da Odontologia e os desafios que a ESB/ESF deverá transpor para, efetivamente, ser incluída no cotidiano de uma equipe de ESF. Fundamentados e embasados na legislação vigente, na importância da integralidade de ações e, principalmente cientes dos erros que não deverão mais ser cometidos, os profissionais de saúde estruturarão estratégias realmente efetivas.

A garantia de cumprimento do exercício dos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade), APS, ESF; Política Nacional de Saúde Bucal; efetivo processo de trabalho em saúde, além da promoção e da garantia da participação popular serão fatores importantíssimos promotores de sucesso destas ações, tornando realmente “a Odontologia como parte integral e essencial da saúde geral de um indivíduo⁷”.

REFERÊNCIAS:

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde – Organização Pan Americana de Saúde. **Políticas de Saúde no Brasil – Um século de luta pelo direito à saúde** – vídeo, 2006
- 2 WERNECK, M.A.F. – **A Reforma Sanitária no Brasil** – in: Guia Curricular para Formação Técnica em Saúde – Módulo I – ESP/MG – 2004
- 3 MOREIRA, L.F.S. – **O conceito ampliado de saúde como base para o estabelecimento de uma política intersectorial** – Jornal da Ciência – nº657 – 2009
- 4 MONTES CLAROS. Curso de Educação Profissional – Técnico de Nível Médio em Saúde Bucal – módulo I – **“Do Processo Saúde Doença ao Planejamento em Odontologia”** – UNIMONTES – 2008
- 5 NICKEL, D.A. et cols. – **Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil** – Caderno de Saúde Pública, v. 24, nº 2 - Rio de Janeiro, RJ – Fevereiro - 2008
- 6 MENDES, E.V. – **O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção** – Uma Agenda para a Saúde. Hucitec, São Paulo, 1996.
- 7 BRASIL, **Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social**. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004
- 8 MENDES, E.V. – **A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica** – Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro – 1986
- 9 NARVAI, P.C. – **Saúde Bucal: assistência ou atenção?** – São Paulo: Rede CEDROS – 1992
- 10 WERNECK, M.A.F. et. al – **Algumas reflexões sobre o cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil** – Belo Horizonte – Mimeo – 2003
- 11 FERNANDES, F.C. – **Modelos de Atenção em Saúde Bucal** – apresentação em PPT – e-groups.unb.br/fs/sbc/8periodo/sistemas.pdf - Brasília – 2001
- 12 FACÓ E.F., VIANA L.M.O.et cols. – **O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil** – RPBS, 2005; 18; 70-77
- 13 TELES, J.C.B. – **Assistência odontológica no país: perspectivas** – Caderno de saúde Pública volume 1 nº. 2 – Rio de Janeiro – Abril/Junho de 1985.
- 14 AMAZONAS, C.S. et. cols. – **A saúde bucal através da fluoretação nas águas de abastecimento público** – Medcenter.com – odontologia – 2009
- 15 BLEICHER, L. & Frota, F. H. S. – **Fluoretação da água: uma questão de política pública – o caso do Estado do Ceará** – Ciência e Saúde Coletiva – volume 11 – Universidade Federal da Bahia - 2006

- 16 BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil** – 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde, art. 196 a 200 – Brasília, 05 de Outubro de 1988
- 17 BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde nº. 8080** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Ministério da Saúde, 1990
- 18 BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde nº. 8142** de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Conferências de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, recursos – Fundo Nacional de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 1990
- 19 BRASIL, **Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal** – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde – 1986
- 20 CARVALHO, D.Q. et. al. – **A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família** – Boletim da Saúde - Porto Alegre – v. 18, n. 1 - Jan./Jun. 2004
- 21 BALDANI, M.H. et. al. – **A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil** – Caderno de Saúde Pública v.21,n.4, jul-ago, 2005 – Rio de Janeiro - RJ
- 22 BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº1444** de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal, prestadas nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde; 29 de dezembro de 2000.
- 23 BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº267** de 06 de Março de 2001. Dispõe sobre Normas e Diretrizes da inclusão da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde; 06 de Março de 2001
- 24 ZANETTI, C.H.G. – **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF): proposição e programação**. Polo acadêmico UnB de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal – Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília – 2000
- 25 BRASIL, Ministério da Saúde, 2002. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, Brasília (MS), 2002.
- 26 QUEIROS, R.C.S. et. cols. – **Pesquisa sobre as condições de saúde bucal da população brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidades de correção** – Caderno de Saúde Pública – v.25, nº.1 – Rio de Janeiro – Janeiro – 2009
- 27 BRASIL, Ministério da Saúde: **Relatório final do Projeto SB Brasil 2003** – Ministério da Saúde – Brasília – 2003

- 28 BRASIL, Ministério da Saúde: **Diretrizes da Política nacional de Saúde Bucal** – Brasília (MS) – Secretaria de Atenção à Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal – Brasília – 2004
- 29 ARAÚJO, Y.P. E DIMENSTEIN, M. – **Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte** - Ciência e Saúde Coletiva – Rio de Janeiro – v.11 n°. 1 – 2006
- 30 BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 648** de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). **Diário Oficial da União**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006
- 31 SANTOS, A.M. e ASSIS, M.M.A. – **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas, BA** – Ciência e Saúde Coletiva – Rio de Janeiro – v.11 – nº1 – 2006
- 32 NARVAI, P.C. – **Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade** – Revista de saúde Pública – São Paulo – v.40 – 2006
- 33 MINAS GERAIS, **Linha Guia Atenção em Saúde Bucal** – Secretaria Estadual de saúde – SES/MG – 2006
- 34 BRASIL, Ministério da Saúde, 2006. **Cadernos de Atenção Básica nº. 17**, Brasília, MS – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica – DF, 2006
- 35 [Portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_nacional_bucal_0609.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_nacional_bucal_0609.pdf) – **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Proposta de Projeto Técnico para Consulta Pública** - Brasília, DF
- 36 SOUZA, T.M.S e RONCALLI, A.G. – **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial** – Caderno de saúde Pública – Rio de Janeiro – v.23 n°. 11 – 2007
- 37 OLIVEIRA, J.L.C e SALIBA, N.A. – **Atenção Odontológica no Programa Saúde da Família de Campos de Goytacazes** – Ciência e Saúde Coletiva – Rio de Janeiro – 2007
- 38 MATOS, P.E.S. e TOMITA, N.E. – **A inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação** – Caderno de Saúde Pública - Rio de Janeiro – v.20,n°.6 – 2004
- 39 CERVO, M.C. e RAMOS, H.A.C. – **Conhecimento do enfermeiro sobre sua atuação em Saneamento Básico no Programa Saúde da Família (PSF) em Guarapuava – PR** – Revista Espaço para a Saúde – Londrina – v.7 n°.2 p17-23 – Junho 2006
- 40 MANFREDINI, M.A. – **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil** – in Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas (organizado por Dias, A.A.)

São Paulo – Editora Santos – 2006

- 41 MACHADO, M.H. – **Programa Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros** – In: Souza, M.F. – Organizador, os sinais vermelhos do PSF – São Paulo – Editora Hucitec – 2002
- 42 FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E – **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil** – Caderno de Saúde Pública- Rio de Janeiro – v. 15, nº 2, p. 345-353 – Abril-Junho – 1999