

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ISAAC COSTA MELO

ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Aracaju
2010

ISAAC COSTA MELO

ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho apresentado à
Universidade Tiradentes como
um dos Pré-requisitos para a
obtenção do grau de bacharel
em Odontologia.

SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES

Aracaju
2010

ISAAC COSTA MELO

ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes – UNIT, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em 20/05/2010.

Banca Examinadora

Simone Alves Garcez Guedes – orientador
UNIT

Cristiane Costa da Cunha Oliveira – 1ª examinador
UNIT

Maria Auxiliadora Silva Pereira – 2ª examinador
UNIT

Ao meu companheiro de Luz !

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar meus caminhos em minha jornada.

Aos meus pais por acreditar que a educação é a única herança que se pode deixar por toda a vida.

Aos meus dois irmãos pelo companheirismo e amizade.

A todos os Professores que estiveram ao meu lado .

Aos queridos Amigos que levarei por toda a vida.

Obrigado!

Eu permito a todos serem como
quiserem, e a mim como devo ser.

Chico Xavier

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro passou por muitas mudanças nas últimas décadas. A principal foi a criação do Sistema Único de Saúde na década de 80, com o objetivo de corrigir o modelo assistencial do país, caracterizado pela prática “hospital-dependente” e voltado somente para a cura das doenças, gerando a insatisfação dos usuários. Para reestruturar esse sistema que só funcionava teoricamente, foi criado o Programa de Saúde da Família em 1994, com o principal objetivo de priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde e alcançar a integralidade e universalidade da atenção. Para que essas diretrizes fossem atingidas e para que houvesse melhoria no acesso e nas condições de saúde bucal da população brasileira, a odontologia foi incluída nesse programa em 2000, com isso, passou-se a realizar um novo modelo de atuação sobre os problemas de saúde bucal da população brasileira, pois foi propiciado o acesso, o planejamento e a viabilidade de uma Odontologia de qualidade no SUS. Esse trabalho tem como objetivo de mostrar a inclusão da Odontologia no PSF, não só do ponto de vista recuperador de saúde, mais também inserido e alicerçado na proposta da Promoção e Prevenção da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Atenção Básica; Saúde Bucal

ABSTRACT

The Brazilian health system has changed in the last decades. The major change was the creation of the Unique System of Health (SUS) in the 80's decade, with the objective of correcting the health care model of the country, characterized by the "dependent-hospital" practice and only gone back to the cure of the diseases, generating the users' dissatisfaction. To restructure that system, which only worked theoretically, the "Family Health Program " was created in 1994, with the main objective of prioritize the promotion actions, protection and recovery of the health and to reach the integration and the universality of the attention. To reach this objective and improve the access for Brazilian population in buccal health, the odontology was included in that program in 2000. As a result a new approach health, the Brazilian buccal health problems is in progress due the open access, planning and feasibility of good quality odontology in SUS. Therefore, aiming to show the inclusion of dentistry in the PSF, not only from the standpoint of recovering health, but also shows the proposal from the Promotion and Prevention in basic attention.

KEY WORDS: Family Health Program; Basic Attention; Buccal Health

LISTA DE SIGLAS

ACD Atendente de Consultório Dentário

ASB Auxiliar de Saúde Bucal

CD Cirurgião Dentista

DAB Departamento de Atenção Básica

ESF Equipe de Saúde da Família

ESB Equipe de Saúde Bucal

OMS Organização Mundial da Saúde

PSF Programa de Saúde da Família

SVS Secretaria de Vigilância à Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

THD Técnico em Higiene Dental

USF Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reordenar as práticas de saúde no âmbito da atenção básica em novas bases e critérios, com foco na família, a partir do seu ambiente físico e social. Posteriormente definido como estratégia, reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização, descentralização, integralidade e participação da Comunidade.(GROISMAN S, 2005)

O PSF teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, no qual já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram à busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESFs).(RONCALLI AG, 2003)

O Programa Saúde da Família (PSF), embora atualmente considerado como estratégia, contrariando o termo programa, surgiu com a necessidade da reorganização nas ações de atenção básica em saúde ,a partir de alterações no modelo de intervenção, até então voltada à prática curativa e hospitalocêntrica. A principal estratégia adotada pelo PSF, para que ocorram mudanças no padrão de intervenção, volta-se para a promoção de saúde visando à qualidade de vida das pessoas, privilegiando ações voltadas a comunidades específicas. (Ministério da Saúde , 2000)

A Atenção Básica constitui “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção

de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (Ministério da Saúde, 2006)

Dentro das estratégias do PSF, algumas ações passam a ser desenvolvidas prioritariamente em espaços coletivos, incluindo aí o domicílio, “desafogando”, com isso, os consultórios das unidades de saúde, através de um agendamento prévio, diminuindo o atendimento desprogramado às demandas livres. (Ministério da Saúde, 2006)

Uma das principais inovações ocorridas com a implantação do PSF, diz respeito a divisão da clientela, que se dá pela territorialização – área geográfica delimitada- onde é criada a possibilidade de um vínculo com a comunidade, através do trabalho diário, e a opção de trabalhar com a família, da qual deve-se conhecer o seu contexto social, político e econômico, bem como suas características e peculiaridades como organização, crenças, valores e desenvolvimento, a fim de facilitar o diagnóstico de sinais e sintomas expostos pelo indivíduo e sua família, no processo saúde/doença. (GROISMAN S, 2005)

Para tal, o PSF traz em seu contexto a figura do profissional generalista, na formação de equipes multiprofissionais capazes de compensar a fragmentação das ações em saúde, criada, autorizada e legitimada pelas especializações.

Através da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, acontece a inserção da odontologia no PSF, quando o Ministro da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira,

estabeleceu incentivo financeiro para a formação de equipes formadas por cirurgiões-dentistas (CDs), atendentes de consultório dentário (ACDs) e técnicos de higiene dentária (THDs).(Ministério da Saúde, 2000)

As doenças bucais são consideradas problemas de saúde pública, devido a sua alta prevalência e seu impacto sobre a população, causando sintomas de dor e desconforto, que trazem problemas de ordem social.

No primeiro levantamento em saúde bucal, realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, a prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) encontrada aos 12 anos foi de 6,65. Uma prevalência considerada muito alta, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os mais recentes dados sobre saúde bucal que se têm no país são os produzidos pelo projeto SB-Brasil, onde se buscou verificar relações entre as condições de saúde bucal e alguns aspectos sócio-econômico. Dez anos depois, o CPO-D encontrado aos 12 anos continuava em declínio (2,78), e observou-se uma prevalência mais alta de dentes cariados e perdidos nas regiões Norte e Nordeste. A partir destes dados, concluiu-se que os procedimentos de atenção básica deveriam ser ampliados, bem como implantados serviços de referência para atenção secundária e terciária, de acordo com as necessidades de cada região.(Ministério da Saúde, 2004)

É certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada. São necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo Cirurgião-Dentista, que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais.(AESTS D, 2004)

A Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor. Com exceção da fluoretação da água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel do cirurgião-dentista como ator desse processo.(Ministério da Saúde, 2004)

Mesmo que se enfatize a integração da prevenção às práticas de saúde, a menor parcela de estudos sobre medidas preventivas em Odontologia são provenientes da América Latina (2,9%). A educação em saúde está sendo pouco descrita nos estudos de forma isolada, sendo as práticas mais avaliadas o flúor em dentifrícios e bochechos, assim como selantes oclusais. Há ainda um direcionamento dos estudos preventivos para grupos específicos, principalmente escolares. A regularidade e frequência do procedimento preventivo, as ações voltadas aos diferentes problemas bucais e a outras faixas etárias ainda são informações escassas.(CHAVES SCL, 2002)

Além de identificar algumas limitações na abordagem das ações de prevenção e promoção em saúde, verifica-se que, na saúde bucal, ainda são incipientes a utilização de estudos avaliativos e levantamento epidemiológico como norteador do planejamento e realização das ações.(Ministério da Saúde, 2006)

Considerando esses aspectos, objetiva-se verificar nesta revisão de literatura a inclusão da Odontologia no contexto do PSF e a incorporação das práticas preventivas e educativas, com atividades tanto em âmbito individual, quanto em nível coletivo, desenvolvidos pelo cirurgião-dentista em consonância com a proposta de promoção e prevenção da saúde na Atenção Básica.

2 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Ao longo do século XX, vários modelos de saúde estiveram em vigência no Brasil, onde os mais marcantes foram : o de Saúde Pública, logo no início do século; o de Assistência Médica Previdenciária, na década de 20; o de Medicina comunitária , na década de 60; e o Sistema Único de Saúde, no início da década de 90 e em vigência até hoje.(PAIM JS, 2003)

A partir de 1986, com o movimento da reforma sanitária, a discussão sobre o conceito de saúde/doença traz a proposta de se realizarem novas ações em saúde, iniciando, assim, o desenvolvimento de projetos de saúde comunitária e de família e o desenho de um novo modelo de organização dos serviços de saúde.

Nesse contexto, em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que antecedeu a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) em 1994, as quais incorporaram e ampliaram a atuação dos agentes comunitários. Trata-se de uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de corresponsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.(RONCALLI AG, 2003)

O processo de consolidação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que consubstancia a proposta de reforma sanitária, inscreve para o setor saúde um novo panorama de questões e exigências. A universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos

serviços e o controle social exprimem o conjunto de atribuições com as quais diferentes organizações de saúde necessitam conviver. Conseqüentemente, é incontestável a necessidade de reordenação de novas práticas sanitárias para a construção de novos modelos de atenção.

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Assim, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, Equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da estratégia Saúde da Família. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº-1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº-267, de 6 de março de 2001.(Ministério da Saúde, 2000)

No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis

secundário e terciário, buscando a integralidade da atenção.(Ministério da Saúde, 2006)

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem os seguintes pressupostos:

- Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização.
- Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta.
- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.
- Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento — deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde–doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.
- Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.
- Centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde–doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território.
- Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.

- Definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na Equipe de Saúde da Família (ESF). Nos estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve-se dar por meio deles.
- Estabelecer uma política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.
- Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal em todos os níveis de atenção.

À Atenção Básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e o desenvolvimento de ações prevenção e manutenção da saúde. (Ministério da Saúde, 2006)

Dentre outras ações abordadas por essa nova forma de fazer saúde, o Acolhimento apresenta-se como um instrumento importante para o acesso dos

usuários ao Sistema de Saúde, reafirmando os princípios dogmáticos do SUS como a universalidade, igualdade, integralidade e equidade.

O Acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população. Significa que a porta de entrada da unidade de saúde deve ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem. Além de garantir o acesso, é necessário reorganizar e qualificar a recepção nos serviços de saúde. Essa deve apenas orientar o fluxo do usuário no serviço, já que a decisão sobre o seu ingresso na assistência é da equipe. (Ministério da Saúde, 2006)

Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele. (Ministério da Saúde, 2006)

Outra inovação apresentada pelo PSF é a visita domiciliar. A atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário-família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. A Equipe Saúde da Família deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação da autonomia dos sujeitos. (Ministério da Saúde, 2006)

1.0 Competência Específica :

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são:

1.1 Competências do Cirurgião-Dentista:

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.

VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD.

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

1.2 Competências do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.

II - Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

1.3 Competências do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.
- II - Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- III - Preparar e organizar instrumental e materiais necessários.
- IV - Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos.
- V - Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI - Organizar a agenda clínica.
- VII - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Os profissionais de saúde bucal deverão inserir-se nas atividades desenvolvidas pela ESF, pois são fundamentais para o conhecimento da realidade local, o estabelecimento do vínculo com a comunidade e a compreensão dos determinantes da situação de saúde da população.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Portanto, o Ministério da Saúde vêm reorientando o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS. (Ministério da Saúde, 2006)

A odontologia caracterizou-se, ao longo dos anos, por sempre priorizar as práticas curativas sem incorporar uma visão totalizadora da saúde e sem se dar conta dos determinantes sociais que contribuem para o aparecimento das doenças bucais.(ALMEIDA GCM, 2008)

Muitos são os avanços na busca por novas tecnologias que proporcionem a promoção e a manutenção da saúde bucal. Contudo, doenças bucais como a cárie e a doença periodontal ainda são consideradas problemas de saúde pública.(PINTO, 2000)

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. (Ministério da Saúde, 2006)

Prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Nos últimos anos, apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional para o setor. (Ministério da Saúde, 2006)

Em 2003, com uma nova conjuntura política, que se expressou com a posse do presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, forças democráticas que gestavam a saúde bucal como um direito intrínseco de cidadania aglutinaram-se num projeto comum. O recém-empossado governo tinha como estratégia a superação da exclusão social. Assim, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população. (Ministério da Saúde, 2004)

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa

que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção. (Ministério da Saúde, 2004)

Nessa perspectiva, fazia-se necessário que essa política, desde seu nascedouro, expressasse sua construção radicalmente interligada com a conformação do sistema de saúde brasileiro, ou seja, o Sistema Único de Saúde, que, segundo seus princípios constitucionais, edifica-se na universalização do acesso, na integralidade, na equidade e no controle social. Apresenta-se para preencher essas necessidades em saúde bucal, o Programa Brasil Sorridente.

A Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde

bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (Ministério da Saúde, 2004)

Ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal da sua população, o Brasil compromete-se com a redução das desigualdades, com o combate à fome e com a garantia de nutrição em condições adequadas – um compromisso com a inclusão social.

Para conhecer o impacto de das ações da Política Brasil Sorridente na melhora da saúde bucal dos brasileiros, o Ministério da Saúde por intermédio da Coordenação de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica (DAB), e da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) elaborou o Projeto SBBrasil 2010. Trata-se de uma iniciativa importante que institucionaliza o componente de Vigilância à Saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e é o produto de um crescente amadurecimento da Epidemiologia em Saúde Bucal no Brasil, tendo como predecessores os levantamentos epidemiológicos de 1986, 1996 e 2003. Pretende-se, portanto, com esta nova pesquisa, tornar a execução de estudos epidemiológicos nacionais uma prática contínua e perene, compondo o eixo da produção de dados primários do componente de Vigilância à Saúde. Além disso, tem como objetivo principal, conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal. (Ministério da Saúde, 2010)

4 AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República, deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, no qual haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. (Ministério da Saúde, 2004)

Para melhor identificar as principais ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis. (Ministério da Saúde, 2004)

Sendo um dos princípios da Promoção da Saúde o foco na população como um todo, a seleção da abordagem deve estar orientada para reduzir as desigualdades sociais. A estratégia de base populacional é a ação apropriada para lidar com problemas que estão difundidos na população, buscando a melhoria das condições gerais de saúde. (Ministério da Saúde, 2006)

Na abordagem de fatores de risco comum, a lógica é a atuação sobre um determinado fator que pode estar concorrendo simultaneamente para o desenvolvimento ou agravamento de diferentes doenças ou agravos. Assim, por exemplo, a cárie dentária, a diabete e a obesidade têm a dieta como um fator de risco comum. Para tanto, depende de ações intersetoriais, articuladas e

coordenadas pelos diferentes setores da sociedade, do Estado, do sistema de saúde e outros parceiros. A promoção da saúde pode ser entendida, então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis. (Ministério da Saúde, 2006)

A promoção da saúde vem respaldando as atuais discussões de um novo modelo voltado para a Defesa da Vida, que tem por base:

- A qualidade de vida e a consciência das pessoas sobre sua saúde.
- Definição de prioridades a partir de indicadores e variáveis preditoras, centradas nas populações.
- Reconhecimento das diferenças sociais, econômicas e culturais, nas diferentes populações, como definidoras das condições de saúde.
- Níveis de atenção com fluxos de referência e contra-referência, trabalho em equipe, interdisciplinaridade e intersetorialidade.
- Territórios como espaços sociais em que tendem a se agrupar pessoas que compartilham características similares de natureza cultural e sócio-econômica.
- Promoção da saúde por meio da assistência, da participação ativa dos sujeitos e modificação das condições objetivas de vida.

As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da unidade de saúde.

Estratégias de motivação e educação em saúde bucal da clientela já não são mais exclusividade do serviço privado, tomando grande impulso no serviço público, fato este que resultará certamente numa maior preservação e manutenção da saúde de uma parcela da população, antes desassistida de qualquer atenção odontológica. (COSTA, 2008)

Ao contrário das atividades individuais, as ações em grupos populacionais são expressivas no Programa Saúde da Família, rompendo-se um pouco com as barreiras do consultório e do modelo tradicional voltado para o individualismo e curativismo.(ALMEIDA GCM, 2008)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de Odontologia ser uma atividade antiga no Brasil, ela acaba sempre ficando em segundo plano, por ser de grande complexidade e alto custo.

Com estratégia de consolidação do SUS, o PSF foi criado para dar uma lógica de atuação ao serviço público brasileiro, que causava o descontentamento da população, devido a sua prática excludente e hospitalocêntrica. Com essa implantação visava-se um aumento na acessibilidade das ações e serviços da saúde e que esses fossem realizados integralmente.

Com a inclusão da odontologia no PSF, a atenção básica recebeu um importante incremento e a população ganhou uma nova proposta de prática odontológica que visa a prevenção e a recuperação da saúde bucal de forma integral e o estreito relacionamento entre profissional e clientela. Ademais, o princípio da integralidade não poderia ser alcançado se a parte bucal, parte integrante e indivisível do corpo humano, continuasse de fora das políticas de saúde.

Um dos princípios básicos da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro da odontologia em saúde coletiva.

À luz de diversas experiências, mudanças e inovações nos aspectos de gestão, organização e financiamento dos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro busca responder aos princípios de universalização, equidade, integralidade e participação social, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Destacam-se as ações voltadas para a construção de um eixo

articulador que fortaleça a capacidade de equacionar problemas comuns e aproxime a população das definições efetivas de melhoria de sua qualidade de vida.

Nesse contexto, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, significa um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centre nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a Política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Groisman S, Moraes NM, Chagas LJ. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Cadernos da Aboprev 2005; 1-8.

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2003. p. 28-49.

Ministério da Saúde (BR). Programa de saúde da família. Departamento de atenção básica. Secretaria de políticas da saúde. Ver. Saúde Pública, 2000;3(34).

Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica - saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (BR). Regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000.

Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB-Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal Brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília : Ministério da saúde 2004.

Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(1):131-8.

Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Chaves SCL, Silva LMV. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. Cad Saúde Pública 2002; 18:129-39.

Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica - saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Almeida GCM; Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo Cad. Saúde Pública v.24 n.9 Rio de Janeiro set. 2008.

COSTA, I.C.C. & ALBUQUERQUE, A.J. Educação para a saúde. In: Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Cap. 17., Natal:EDUFRN, 2007.

Paim JS. Desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6° Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.p.587-603 .

Ministério da saúde ,(BR).Coordenação Nacional de Saúde Bucal.Série técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: A política nacional de saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica.Brasília-DF 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010.

PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000 .