

Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes

Dentistry attention in the family's health program (FHP) in Campos dos Goytacazes

José-Luiz Carvalho de Oliveira ¹
Nem re Adas Saliba ¹

Abstract *Oral health policy in Brazil has been centred on giving assistance to diseases for decades and a great portion of the Brazilian population has not already had access to dentistry care. Through Edict 1.444, dated 28th December 2000, the Ministry established a financial incentive for attention re-organization given to oral health in municipalities. In this context, this study aimed at evaluating the situation of oral health teams inserted in the Family's Health Program (FHP) in the city of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil, in 2002. The results show some limitations related to inclusion a working of dentistry at the FHP in that city. Dentistry attention must be attached to the FHP, in accordance with the basic principles of the Restructuring Oral Health Action Plan in the Basic Attention proposed by the Health Ministry and the National Health System consolidation.*

Key words *Public health, Oral health, Family's Health Program*

Resumo *Durante décadas, a política de saúde bucal no Brasil foi centrada na prestação de assistência à doença, e ainda hoje grande parcela da população brasileira não tem acesso a cuidados odontológicos. Pela Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal aos municípios. In ser-se, assim, a Odontologia no programa e, conseqüentemente, a possibilidade de ampliar e reorientar a atenção odontológica no Brasil. Dentro desse contexto, este estudo teve por objetivo avaliar a situação da equipe de saúde bucal inserida no Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campos dos Goytacazes – RJ, em 2002. Os resultados demonstraram algumas limitações na inclusão e funcionamento da Odontologia no PSF da cidade. A atenção odontológica deve ser inserida no PSF, atendendo aos princípios básicos do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde, e à consolidação do Sistema Único de Saúde.*

Palavras-chave *Saúde pública, Saúde bucal, Programa de Saúde da Família*

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Unesp. Rua José Bonifácio 1.193, Vila Mendonça, 16015-050, Araçatuba SP. jluizprev.uniflu@gmail.com

Marco teórico

Durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, através de programas voltados para a doença cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos.

Na Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ter capítulo específico e é dado um grande salto para tentar corrigir o tipo de modelo assistencial vigente no país, caracterizado pela prática “hospital-dependente”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e, acima de tudo, pela baixa resolubilidade, modelo esse gerador de insatisfação da população.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, ficaram definidos os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária, por meio do controle social, trazendo um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que é reformular suas práticas para responder às diretrizes do SUS.

A saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população; assim, é essencial a busca de mecanismos que ampliem o âmbito de suas ações e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico brasileiro. A luta pela saúde bucal está diretamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que referenda a responsabilidade e dever do Estado em sua execução (Bastos *et al.*, 1996).

Ao ser concebido sob tais princípios, o processo de construção do SUS visava, pelo menos no plano conceitual, a reduzir as distâncias ainda existentes entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de serviços públicos de saúde à população. O grande desafio era operacionalizar e obter os recursos financeiros necessários para o pleno funcionamento do sistema, num país tão grande e complexo. Nesse aspecto, a assistência odontológica, pela sua complexidade e “alto” custo, ficaria sem prereligada a um plano secundário, sendo a Odontologia considerada um apêndice nas políticas de saúde.

A instalação efetiva do SUS se iniciou na década de 1990, após a promulgação da Lei Or-

gânica da Saúde, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumentos regulamentadores do sistema. Alguns fatores, até hoje, dificultam a sua operacionalização, como por exemplo: ausência de uma definição clara de funções para as três esferas de governo (federal, estadual e municipal); falta de clareza na relação pública com o serviço privado; e a resistência do antigo modelo assistencial (Brasil, 1998).

A instalação do Programa de Saúde da Família no Brasil: mudanças no modelo assistencial

No Brasil, as tentativas de mudanças no modelo assistencial são desencadeadas com a evolução de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Várias experiências internacionais serviram de base para a implantação da Saúde da Família no Brasil, como também o Programa Médico de Família, instituído em 1992 em Niterói, RJ – experiência pioneira no país.

O modelo de medicina familiar já vem sendo aplicado com sucesso há anos, nos Estados Unidos (EUA), Canadá, Reino Unido e outros países europeus.

Em 1984, Cuba adotou um modelo de saúde alicerçado na medicina familiar, enfatizando a prevenção, com um sistema integrado – vigilância epidemiológica, sanitária, imunização, pesquisa, produção própria de vacinas e vacinação sistemática. O modelo cubano não só incentivou as atividades educativas e esportivas, a promoção de saúde, como também a formação e educação permanente dos profissionais para o trabalho a ser realizado (Chaves, 1999).

Em 1991, o Ministério da Saúde formula o PACS, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, principalmente nas áreas mais carentes de atenção, como o Norte e o Nordeste do país. Antes disso, o Ceará foi o primeiro estado brasileiro a assimilar oficialmente como fundamental a atuação dos Agentes Comunitários, entre fins dos anos 80 e primeira metade dos anos 90.

O PACS foi o braço auxiliar no estabelecimento do SUS e na organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Para a adesão do município ao programa, certos requisitos passaram a ser exigidos: o funcionamento dos Con-

selhos Municipais de Saúde; a existência de uma unidade básica de referência do programa; a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão dos Agentes Comunitários e auxílio às ações de saúde; e a existência do Fundo Municipal de Saúde para receber os recursos do programa (Mendes, 1995).

O êxito do PACS impulsionou a concepção do Programa de Saúde da Família, cujas diretrizes foram delineadas em reunião no Ministério da Saúde no final de dezembro de 1993. O primeiro documento do programa sai em setembro de 1994, com a intenção de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação deveria ocorrer, prioritariamente, nas áreas de risco. Nesse caso, cabem indagações como: seria o PSF uma tentativa de consolidação do SUS ou uma política focal prescrita pelos organismos financeiros internacionais – Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional?

O critério de seleção para as áreas escolhidas para a instalação do programa a ser utilizado é o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA). A estratégia de Saúde da Família prioriza a reorganização das práticas de atenção à saúde em “novas” bases, incorporando e consolidando os princípios norteadores do SUS, levando saúde para mais perto da família, com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma *integral e contínua* (grifo do autor).

A equipe de saúde da família deve ser formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, incluindo, a partir de 1994, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultórios dentários e técnicos de higiene dentária. O atendimento é prestado nas unidades básicas de saúde e/ou domicílios. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento humanizado (Brasil, 1998).

Assim sendo, quando uma equipe de saúde bucal participar da fase de cadastramento da comunidade, ou mesmo realizar visitas domiciliares, ela se aproximará das pessoas dentro do seu contexto sociofamiliar e compreenderá as complexas relações, o que reforça o vínculo e contribui para a acessibilidade aos serviços.

É importante o planejamento e a programação das ações odontológicas, que devem partir das informações epidemiológicas e da definição de critérios de risco de adoecer. Estes instrumentos são importantes para as avalia-

ções sobre o impacto das ações, o que, até alguns anos, era impraticável na maioria dos municípios (Brasil, 2001).

Atualmente, o Programa de Saúde da Família envolve, em dimensão nacional, 15.201 equipes do PSF, atuando em cerca de quatro mil cidades e assistindo a 50 milhões de pessoas. Existem 163.923 agentes comunitários de saúde acompanhando 85 milhões de pessoas em 4,9 mil municípios, ou seja, a cada dois brasileiros, um recebe a visita periódica de uma ACS (Brasil, 2002).

Inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família

No levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, por meio de Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), foi constatado que cerca de 20 milhões de brasileiros, de um total de 160 milhões, nunca foram ao dentista. Isso representa algo em torno de 12,5% de pessoas que nunca tiveram acesso a tratamento odontológico. É importante salientar que na área rural esse número sobe para 32% (Brasil, 2000).

A Odontologia foi inserida no PSF pelas Portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais (Brasil, 2001).

O grande desafio é poder oferecer atenção primária às famílias e poder oferecer tratamento odontológico mais complexo nas unidades básicas de saúde, em total harmonia com o SUS. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se “a porta de entrada” do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo.

Material e método

Este estudo foi realizado no município de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro, em 2002. A escolha desta cidade deveu-se a fatores tais como ser um município importante dentro do

contexto histórico-político e social do Estado do Rio de Janeiro; e possuir algumas experiências no campo da saúde coletiva, notadamente a utilização dos agentes comunitários de saúde no início da década de 1990.

Campos dos Goytacazes tem hoje uma população, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2000), em torno de 406.000 habitantes, distribuídos de forma heterogênea nos seus 4.027 km².

Em 1999, o município iniciou o Programa de Saúde da Família, contando com 33 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, sendo 52.304 famílias inscritas e 196.970 pessoas assistidas. Em 2 de fevereiro de 2001, incluiu a Odontologia no programa, contando com quatro equipes de saúde bucal em 2002.

Os atores sociais do estudo são representados por cirurgiões-dentistas (CD), auxiliares de consultório dentário (ACD), técnico de higiene dentária (THD), agentes comunitários de saúde (ACS) e por usuários dos quatro pólos cadastrados pelo Ministério da Saúde em 2002 (Quadro 1).

O projeto do estudo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Benedito Pereira Nunes da Faculdade de Medicina de Campos.

Para a coleta de dados dos CD, THD, ACD e ACS foi utilizado um questionário previamente testado, com questões abertas e fechadas, abordando o seu engajamento nas atividades do PSF.

Resultado e discussão

Todos os CD entrevistados são do sexo masculino; um CD formado há catorze anos e os outros três há seis, cinco e dois anos. Para salvaguardar as identidades dos cirurgiões-dentistas, demos a eles nomes fictícios: Paulo Sérgio, João Paulo, Antônio Carlos e Pedro Otávio.

Apenas um CD afirmou ser pós-graduado em Odontologia em Saúde Coletiva; os outros três estavam cursando especialização em Saúde da Família.

Na pergunta “Você recebeu treinamento específico para atuar no PSF?”, os CD Paulo Sérgio e João Paulo disseram que não receberam treinamento ou capacitação e Antônio Carlos e Pedro Otávio afirmaram que foram treinados para atuar no PSF.

Moreira (1999) convida que o CD somente deve ser incorporado à equipe de saúde bucal da família após treinamento ou capacitação. E este deve proporcionar ao profissional a compreensão da política de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde.

Na questão “Você tem conhecimento do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, contido na portaria nº 267, de 6/03/2001 do Ministério da Saúde?”, dois CD responderam que sim e dois disseram desconhecer o plano. Entende-se que é importante o conhecimento, pelos profissionais que atuam no PSF, dos documentos que normatizam o seu funcionamento.

Todos os CD afirmaram que atuam com uma auxiliar de consultório dentário (ACD), no consultório odontológico da unidade básica de saúde da família (pólo).

A ACD desempenha alguns papéis a ela atribuídos, como de auxiliar o CD no consultório e agendar pacientes. No entanto, não executa ações de prevenção e promoção da saúde em nível individual e coletivo, como recomenda o Ministério da Saúde.

A equipe de saúde bucal do PSF do município tem apenas uma THD para atuar nos quatro pólos, e para a capacitação dos ACS.

A tabela 1 nos mostra a distribuição dos entrevistados segundo características demográficas. Os ACS são, em sua maioria, do sexo feminino (96,7%), as faixas etárias predominantes estão situadas entre 18 até 25 anos (47,0%) e 26 até 35 anos (43,0%).

O ACS funciona como ligação entre o PSF e as famílias. Diante disso, o fato de residir no local onde irá atuar favorece positivamente o trabalho, pois o vínculo estabelecido com a sua comunidade facilita a abordagem por todos os componentes da equipe de saúde da família. Dos trinta ACS que atuam nos pólos onde tem cirurgião-dentista, 70,0% residem na própria comunidade onde atuam.

Na tabela 2, temos a distribuição sobre conhecimentos de saúde bucal dos ACS. Os resultados mostram que o nível de conhecimento é aceitável, inferindo-se neste caso, que os profissionais passaram por um processo de capacitação.

Quadro 1

Síntese dos atores entrevistados, por segmento, envolvidos com o PSF do município de Campos dos Goytacazes – RJ, 2002.

CD	ACD	THD	ACS
04	04	01	30

Tabela 1

Distribuição dos entrevistados de acordo com as características demográficas. Agentes Comunitários de Saúde. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002.

Características		n	%
Idade (anos)	18 – 25	15	47,0
	26 – 35	13	43,3
	36 – 45	2	6,7
	Total	30	100,0
Sexo	Masculino	1	3,3
	Feminino	29	96,7
	Total	30	100,0

Tabela 2

Distribuição das respostas sobre conhecimentos de saúde bucal. Agentes Comunitários de Saúde. Campos dos Goytacazes – RJ, 2002.

Questões/Respostas		n	%
Possui conhecimento sobre saúde bucal?	Sim	26	86,7
	Não	4	13,3
	Total	30	100,0
Sabe o que é placa bacteriana?	Sim	20	66,7
	Não	10	33,3
	Total	30	100,0
Sabe qual a importância da utilização do flúor na prevenção da cárie dentária?	Sim	26	86,7
	Não	4	13,3
	Total	30	100,0
Sabe por que se deve usar fio dental na higiene bucal?	Sim	29	96,7
	Não	1	3,3
	Total	30	100,0

Todos os profissionais entrevistados que atuam no PSF de Campos dos Goytacazes não possuem vínculo em precatório com a prefeitura municipal.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitem concluir que:

- Apesar do esforço da Secretaria Municipal de Campos dos Goytacazes, a implantação das equipes de saúde bucal no PSF ainda é incipiente e não atende às necessidades da população adscrita, pois as quatro equipes não conseguem atingir a grande demanda por atenção odontológica;

- As ações da equipe de saúde bucal não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde;
- A participação da equipe odontológica no PSF é limitada, focalizada, na maioria das vezes, no atendimento clínico ambulatorial básico;
- A contratação dos profissionais é feita de forma precária, o que compromete a consolidação efetiva do programa.

Para concretizar a inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma Estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando seus princípios “sagrados” de Participação popular, Integralidade, Equidade, Universalidade, Hierarquização e Regionalização.

Colaboradores

JLC Oliveira escreveu este artigo a partir do estudo realizado em sua tese de doutorado "Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família (PSF) de Campos dos Goytacazes - RJ: A Visão dos Atores Sociais Envolvidos", defendida na Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp (dezembro 2003). NA Saliba realizou o trabalho de orientação da pesquisa e revisão do texto.

Referências bibliográficas

- Aguiar DS 1998. *A saúde da família no SUS: um novo paradigma?* Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Baduy RS & Oliveira MSM 2001. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de saúde da família: reflexões a partir da prática no Pólo Paraná. *Olho Mágico* 8(2):17-20.
- Barbosa S 1993. 2 Conferência Nacional de Saúde Bucal. Apresentação do relatório final. Brasília: Brasil.
- Bastos JRM, Saliba NA & Unfer B 1996. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Revista Paulista de Odontologia* 27(4):38-42.
- Campos FE & Baduy RS 1999. Programa de Saúde da Família: Oportunidade para a transformação da educação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico* nº especial 5:39-40.
- Chaves MM 1999. Em defesa da saúde da família. *Boletim da ABEM* 3(27), ago./set.
- Conferência Nacional de Saúde Bucal (10) 1996. *Relatório final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Conferência Nacional de Saúde Bucal (1) 1986. *Relatório final*.
- Conferência Nacional de Saúde Bucal (2) 1993. *Relatório final*. Comitê Executivo da 2 CNSB, Brasília.

Artigo apresentado em 6/07/2004

Aprovado em 22/02/2005

Versão final apresentada em 22/03/2005