

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CRISTINA PINHEIRO LIMA

**EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NÃO LOCALIZADA JUNTO À UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE AMARELA/ESB
12, PATOS DE MINAS/MG**

UBERABA

2012

CRISTINA PINHEIRO LIMA

**EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NÃO LOCALIZADA JUNTO À UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE AMARELA/ESB
12, PATOS DE MINAS/MG**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa.

UBERABA

2012

CRISTINA PINHEIRO LIMA

**EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NÃO LOCALIZADA JUNTO À UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE AMARELA/ESB
12, PATOS DE MINAS/MG**

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa - UFMG
Profa. Mara Vasconcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte: 4 de setembro de 2012

UBERABA

2012

RESUMO

A Constituição Federal do Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu, como direito de todos os cidadãos, o acesso à saúde e mais: que esse acesso fosse realizado de forma universal, integral e igualitária. Ao atender esses preceitos o SUS substituiu o modelo antigo de saúde, antes percebido como ausência de doença e, que passou a significar qualidade de vida. A fim de reorganizar esse modelo assistencial criou-se em 1994 o Programa de Saúde Familiar (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que implantou equipes multiprofissionais garantindo o vínculo entre trabalhadores, usuários e comunidade. Posteriormente, em 2000, criou-se a Equipe de Saúde Bucal (ESB) como parte integrante da ESF e por entender que as ações de promoção, prevenção, atenção e recuperação da saúde bucal faziam parte da saúde integral do cidadão. Este estudo, que se constitui uma revisão bibliográfica e relato de experiência, teve como objetivo apontar as maiores dificuldades encontradas pela ESB que não atua articulada à Equipe Amarela/ESF 12, da qual faz parte. O estudo concluiu que a localização da ESB distante da ESF/12, impossibilita que se faça um acolhimento ideal e que se mantenha um vínculo adequado com a população adscrita tal qual preconiza o SUS.

Palavras-chaves: Saúde Pública. Saúde da Família. Saúde Bucal.

ABSTRACT

The Federal Constitution of Brazil created the Unified Health System (UHS) and established as a right of all citizens, access to health care and more, that such access was performed in a universal, comprehensive and equitable. When answering these precepts SUS replaced the old model of health before perceived as absence of disease, and that has come to mean quality of life. To rearrange this care model was created in 1994 the Family Health Program (FHP), now called the Family Health Strategy (FHS), which implemented multidisciplinary teams ensuring the link between employees, and community users. Later, in 2000, created the Oral Health Team (OHT) as part of the FHS and understand that the actions of promotion, prevention, care and rehabilitation of oral health were part of the overall health of the citizen. This study, which constitutes a literature review and reporting experience, aimed to point out the major difficulties encountered by the ESB acts not articulated to Team Yellow / FHS 12, of which it is part. The study concluded that the location of the distant FHS/12 OHT makes it impossible to make an ideal host and to maintain a proper relationship with the enrolled population as it advocates the UHS.

Keywords: Public Health. Family Health. Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BNT	Banco Nacional de Tumores
CAIC	Centro Municipal de Educação Infantil
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CCMS	Centro Cultural do Ministério da Saúde
CCS/UFSC	Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina
CF	Constituição Federal
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CSU	Centro Social Urbano
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESB-ESF 12	Equipe Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família 12-Equipe Amarela
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HRAD	Hospital Regional Antônio Dias
IAPFESP	Instituto de Previdência e Assistência dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos
IAPM	Instituto dos Marítimos
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNS	Plano Nacional de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PROMAN	Fundação Municipal da Criança e do Adolescente de Patos de Minas
PSF	Programa de Saúde da Família
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAMDU	Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPAM	Centro Acadêmico de Patos de Minas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diferenças entre os sistemas de saúde anteriores ao SUS e o SUS.....	19
Quadro 2	Principais acontecimentos históricos do SUS	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Justificativa e relevância do trabalho.....	11
1.2	Objetivos.....	12
1.3	Metodologia da pesquisa.....	12
2	CONTEXTUALIZANDO A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL PERTENCENTE À EQUIPE AMARELA (ESF 12).....	14
2.1	A Estratégia Saúde da Família em Patos de Minas.....	14
2.2	A Unidade de Saúde Alvorada.....	17
2.3	A Equipe de Saúde da Família 12 – Equipe Amarela.....	18
2.4	A Equipe de Saúde Bucal - Equipe 12 - Equipe Amarela.....	19
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	21
3.1	A saúde pública no Brasil anterior ao Sistema Único de Saúde.....	21
3.2	O Sistema Único de Saúde	25
3.3	A Estratégia Saúde da Família.....	30
3.4	A Equipe de Saúde Bucal	32
3.5	Complicações ocorridas no consultório odontológico.....	34
4	RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	36
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO ESTUDO DE CASO.....	38
5.1	Aspectos humanitários não atendidos.....	38
5.2	Aspectos logísticos prejudicados.....	39
5.3	Aspectos clínicos prejudicados.....	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição da República Federativa do Brasil que estabeleceu ser a saúde um direito de todos, conforme prescreve o artigo 6º do dispositivo legal: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Em 1990, de acordo com a Lei 8.080, denominada “Lei Orgânica da Saúde”, o SUS foi regulamentado de forma a assegurar esse direito social e, no âmbito da saúde, um dos vértices da cidadania da população brasileira. A referida lei traz dispositivos que indicam: objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção, gestão, competências, atribuições e outros preceitos importantes ao funcionamento da Instituição.

Nesse sentido, é primordial destacar o artigo 4º da Lei 8.080/90 que trata da constituição do SUS:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990, art. 4º).

Observa-se, portanto, que a Lei atribuiu aos três níveis governamentais a prestação dos serviços de saúde ao cidadão e, ainda, possibilitou que essa prestação contasse, também, com a iniciativa privada, de forma complementar.

Houve várias mudanças no SUS, desde a sua criação há 23 anos, conforme se verifica no item 2.2 deste estudo e uma delas ocorreu em 1994: a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) hoje denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como meta a atenção à saúde do cidadão no aspecto promocional, preventivo e assistencial.

A estruturação da ESF teve como estratégia:

[...] reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, a partir de uma lógica longitudinal, buscando garantir o vínculo de compromisso e corresponsabilização entre equipe de saúde, usuários do SUS e a integralidade das ações de saúde (MARQUES e MELO, 2009, p. 140).

A criação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) só ocorreu em 2000, após seis anos da implantação do PSF, por meio da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, porque o Ministério da Saúde considerou, conforme enunciado da portaria:

[...] a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população; a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000, p.85).

Observa-se que a reorganização da saúde bucal, por meio da ESB, demonstra a necessidade de uma inter-relação de todos os profissionais pertencentes a uma mesma unidade de saúde e o reconhecimento de que a saúde não pode ser cuidada por apenas um profissional de determinada área específica; deve haver uma perspectiva inter e multidisciplinar.

Nesse sentido, compreende-se que os profissionais de uma unidade de saúde da ESF devem atender aos usuários em um mesmo local onde todos os membros da equipe poderão ter um trabalho integrado e deverão ter acesso aos dados dos prontuários, o que permitirá, sem dúvida, maior segurança nas decisões adotadas nos atendimentos.

Entretanto, isso não ocorre com a Equipe de Saúde Bucal da ESF 12 – Equipe Amarela (ESB-ESF 12) sediada em Patos de Minas (MG), que fica localizada fora da Unidade Básica de Saúde (UBS) à qual pertence.

Sabe-se que o acesso aos dados de um paciente, pelo cirurgião-dentista, pode evitar complicações num consultório odontológico. Algumas dessas complicações serão abordadas no item 2.5, deste estudo.

Importante ressaltar que nem sempre o usuário quer esconder uma gravidade. Porém, muitas vezes, movido pela dor ou mesmo pelo nervosismo, deixa de prestar informações importantes ao profissional. Outras vezes, mesmo que o profissional pergunte, evita prestar informações corretas, talvez por receio de não ser atendido naquela hora. Importa saber que os dados relacionados aos agravos do usuário podem evitar que sejam cometidas falhas não só prejudiciais à saúde do paciente como, também, à carreira do profissional.

Outras questões envolvidas devem ser também objeto de atenção: o planejamento integral, a atuação dos profissionais nos domicílios e equipamentos sociais da área, os grupos operativos, etc.

Diante do exposto e em decorrência do que o SUS e a ESF propõem -- a integralidade das ações de saúde, promovendo, prevenindo, recuperando e reabilitando as doenças e agravos é que se pretende responder à seguinte indagação: a localização da ESB-ESF 12 fora da UBS dificulta o trabalho da equipe e o atendimento ao usuário?

1.1 Justificativa e relevância do trabalho

A pesquisadora tem encontrado dificuldades constantes na execução de seu trabalho junto à ESB-ESF 12, como, também, tem percebido que os usuários são prejudicados em virtude dessa equipe de saúde bucal se localizar espacialmente fora da UBS¹.

Essas dificuldades despertaram o desejo de examinar as propostas do SUS e da ESF que estabelecem a necessidade de organização da saúde e vínculo entre trabalhadores e usuários e a integralização das ações de saúde e da ampliação do acesso da população a essas propostas. Afinal, essa interação da ESB com a USF possibilita um atendimento multidisciplinar de melhor qualidade, como propõe o SUS e a ESF.

Nesse sentido, esse trabalho busca o aprofundamento da temática, ou seja, o quanto o acesso dos usuários pode ficar comprometido quando as ações de saúde não são compartilhadas no mesmo espaço. Busca oportuna porque essa situação é vivenciada, por toda a equipe de saúde da ESB 12.

¹ Observa-se que a autora usa, neste estudo, tanto as siglas USF e UBS para designar a unidade onde a ESF 12-amarela se localiza. Contudo, é importante ressaltar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) variam em sua formação, adequando-se às necessidades de cada região. Elas podem ser:

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF) - assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar;
- 2) posto de saúde - assistência a determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico;
- 3) centro de saúde/unidade básica de saúde –atendimentos de atenção básica e integral, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, pode oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior.
- 4) unidade móvel fluvial – equipado como unidade de saúde, um consultório médico e uma sala de curativos, no mínimo, podendo ter consultório odontológico;
- 5) unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico;
- 6) unidade mista –atendimento em atenção básica e integral, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, pode oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. Com assistência médica permanente de médico especialista ou generalista;
- 7) ambulatórios de unidade hospitalar geral (BRASIL, 2006).

Espera-se que a reflexão desta temática possa viabilizar a solução dos problemas existentes de forma a atender, integralmente, um dos direitos estabelecidos pela Constituição Federal: o direito à saúde de todos os cidadãos.

1.2 Objetivos

- Objetivo geral

- apontar as maiores dificuldades encontradas pela Equipe de Saúde Bucal em consequência da não localização de seu ambiente de trabalho na USF.

- Objetivos específicos

- Descrever os aspectos ligados à saúde pública no Brasil;

- destacar os princípios, propósitos e diretrizes do SUS, bem como a sua história;

- descrever a importância da ESF na saúde da população atendida pelo SUS;

- analisar a inserção e importância da ESB na Equipe de Saúde da Família;

- identificar e registrar as complicações ocorridas num consultório odontológico;

- contextualizar a ESB-ESF 12 Amarela da UBS Alvorada/Patos de Minas /MG;

- relatar a experiência da Equipe de Saúde Bucal-ESF 12;

- relatar os aspectos humanitários, clínicos e logísticos do atendimento ao usuário da Equipe de Saúde Bucal-ESF 12.

1.3 Metodologia da pesquisa

Este estudo versou sobre um estudo de caso “ESB-ESF 12 Amarela da UBS Alvorada/Patos de Minas /MG” e uma pesquisa bibliográfica.

Numa produção científica, a metodologia constitui-se de métodos, técnicas e procedimentos utilizados para a elaboração de uma pesquisa e um conhecimento é considerado científico à medida que haja uma identificação das técnicas capazes de verificar sua autenticidade (GIL, 2007).

Esta pesquisa contou com um estudo de caso e uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica representa uma revisão de trabalhos disponíveis e publicados em livros, artigos, dicionários especializados, dissertações, teses, entre outras produções, e permitiu que se alimentassem conhecimentos e aprimorasse perspectivas teóricas.

Por sua vez, o estudo de caso representa, segundo Yin (1981, *apud* GIL, 2007, p. 73), “um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de

realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.”

Por utilizar uma pesquisa bibliográfica e um estudo de caso, observa-se que esta pesquisa é, por sua natureza, teórica e empírica, uma vez que ela se concentrou não só no que os estudiosos descreveram sobre o assunto como também em um relato de experiência.

2 CONTEXTUALIZANDO A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL PERTENCENTE À EQUIPE AMARELA (ESF 12)

Ao contextualizar a ESB pertencente à ESF 12- Equipe Amarela, objeto deste estudo, faz-se necessário focar alguns aspectos acerca da cidade de Patos de Minas e da ESF² local.

2.1 A Estratégia Saúde da Família em Patos de Minas

Patos de Minas/MG possui uma área de 3.189,769 km², está situada na região do Alto Paranaíba e a 415 quilômetros da capital Belo Horizonte. Segundo os dados preliminares do censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população da cidade é de 138.710 habitantes, sendo que 67.924 são homens e 70.786, são mulheres. Ainda segundo esse mesmo censo há, na cidade, cinquenta estabelecimentos de saúde do SUS (IBGE, 2011).

Considerada pólo econômico regional liderando a microrregião do Alto Paranaíba, Patos de Minas ganhou projeção nacional em virtude da Festa Nacional do Milho, realizada no mês de maio e que movimenta vários setores da economia.

O sistema de saúde em Patos de Minas antes da implantação do PSF era focado exclusivamente na atuação sobre a doença. Toda a população era atendida nas poucas unidades de saúde existentes. Unidades denominadas de Centros de Saúde, na área urbana e, Postos de Saúde na área rural.

Antes da implantação do PSF os profissionais da saúde eram em número insuficiente. O parâmetro de números de profissionais do MS não era atendido, ou seja: um clínico, um pediatra, um ginecologista e um enfermeiro, além dos demais profissionais da enfermagem para cada unidade.

O horário de atendimento médico não era integral e nas duas horas diárias que esses profissionais trabalhavam verificava-se, ainda, que não era um horário conveniente para a população: as unidades funcionavam, rigorosamente, de 7h às 17h.

² A história da ESF da cidade foi coletada por meio de uma conversa efetuada junto a uma das funcionárias da saúde – cujo anonimato será mantido – responsável pela implantação dessa estratégia em Patos de Minas, na época denominada, como as demais estratégias no País, de PSF.

Cada unidade local possuía um número elevado de cadastros de famílias e era comum famílias serem cadastradas em todas as unidades. As informações eram, portanto, errôneas, uma vez que, no cômputo geral o município possuía, segundo esses dados das unidades, quase o dobro da população existente.

Antes da implantação do PSF na cidade havia filas enormes para se conseguir uma consulta ou realizar algum exame. Os prédios onde as unidades funcionavam eram subdimensionados, com condições precárias de conservação, deficiência de equipamentos e materiais sucateados.

Não existia nessas unidades seguimento na assistência à saúde, o tratamento não era resolutivo, o acesso aos serviços era difícil. Enfim, os princípios fundamentais, hoje preconizados pelo SUS, não eram seguidos naquela ocasião.

Existia uma única unidade de pronto atendimento, mal localizada em um dos extremos da cidade e que se encontrava sempre lotada, com fila de espera de muitas horas e sem critério de atendimento.

Havia, ainda, na cidade um único hospital público do Estado, o Hospital Regional Antônio Dias (HRAD) que também tinha condições precárias de funcionamento, tanto nas questões referentes à estrutura física quanto nas questões de recursos humanos.

Em 2001 o “Saúde da Família” foi implantado em Patos de Minas, inicialmente na modalidade de PACS, em 100% do município, inclusive na área rural, como estratégia para fazer o diagnóstico da situação de saúde, uma vez que foram selecionados, aproximadamente, 350 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), espalhados por todo o município e designados os enfermeiros das unidades existentes para trabalharem junto ao Saúde da Família.

Em 2002 iniciou-se o processo de substituição das equipes de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) por equipes de PSF. Cada equipe de PACS era substituída por três ou quatro equipes de PSF. Foram feitos investimentos para reestruturação dos prédios, com ampliação das áreas. Ainda em 2002, realizaram-se, também, projetos para captação de recursos, como o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF) e, em 2003, o município atingiu sua meta de cobertura de 70% de PSF na área urbana e 100% na área rural. Esse percentual era coberto por 27 equipes de PSF. A meta para 2005 era de 100% de cobertura de PSF, com equipes já habilitadas no MS.

Na época da implantação dos PSFs na cidade o MS definiu que a composição mínima das equipes seria de: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis ACS, todos trabalhando 8h/dia e assim ocorreu em Patos de Minas.

Posteriormente, a gestão municipal designou alguns médicos pediatras e ginecologistas, com jornada de 4h/dia para serem referências dos PSFs e, ainda, foram designados mais um auxiliar de enfermagem para cada equipe e um estagiário de administração de empresas, por meio de convênio estabelecido junto à Faculdade de Administração do Centro Acadêmico de Patos de Minas (UNIPAM), para contribuir com o gerente das unidades.

O critério para a implantação das equipes do PSF na cidade ocorria diante da análise das seguintes situações: área de risco para a saúde e pobreza; existência de unidade de saúde no território – mesmo se subdimensionadas, como a maioria era, pois seriam ampliadas; áreas de maior densidade populacional.

Em 2004, as equipes de SF atendiam nas unidades de saúde da família dos bairros: Colina, na UAPs Dr. Paulo Corrêa S. Loureiro, anexo ao Centro Municipal de Educação Infantil (CAIC), com três equipes; Alvorada, com três equipes; Centro Social Urbano (CSU), com três equipes; Brasil, com três equipes; Cristo, com três equipes; Lagoinha, com três equipes; Sebastião Amorim, com duas equipes; Novo Horizonte, com uma equipe; e, ainda, quatro equipes na área rural. A população atendida nessa época, em 2004, era em média de 3.800 pessoas por equipe.

Quanto à saúde bucal, antes de 2001, os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), trabalhavam 4 h/dia e atendiam nas escolas crianças que ali estudavam.

Foi a partir de 2003 que a cidade contou com a implantação das cinco primeiras ESB que atendiam nas USFs: Alvorada, CAIC e CSU.

Em 2011, a ESF de Patos de Minas passou a contar com 26 equipes na zona urbana, quatro na zona rural e quatro PACs. Das trinta ESF apenas treze tem ESB e uma delas está sem cirurgião-dentista.

A ESB conta com o auxílio da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que atende casos de urgência e emergência, possibilitando que o usuário receba tratamento imediato para o alívio de sua sintomatologia bucal.

2.2 A Unidade de Saúde Alvorada

A Unidade de Saúde Alvorada, também denominada de Unidade de Saúde Dr. José Wilson Pires, que abriga a Equipe Amarela, foi inaugurada há dezenove anos, em 2 de fevereiro de 1992.

Inicialmente, assim como as demais equipes de saúde existentes na cidade e, como foi explanado na subseção anterior, essa unidade era para uma das muitas equipes do PACS.

Após dois anos de existência a US Alvorada foi desmembrada em três equipes da ESF, dentre elas a ESF 12-Amarela, cuja ESB em estudo, a ela pertence.

A Unidade de Saúde Alvorada se localiza na periferia do município de Patos de Minas, no Bairro Alvorada, em área alta da cidade.

O espaço físico da Unidade é inadequado, considerando que nele atuam três equipes de SF, sendo que cada uma atende, aproximadamente, a cerca de quatro mil pessoas.

Existe um projeto de ampliação da Unidade de Saúde Alvorada para melhor apoio às três equipes SF, uma vez que há uma grande área disponível a ser utilizada. Apesar desse inconveniente, a unidade é bem equipada, contando com: salas de vacinas, curativos, nebulização e aferição de pressão arterial e peso; consultório odontológico; cinco consultórios para atendimento médico e de enfermagem, sendo que dois deles possuem mesas ginecológicas; cozinha; banheiros para usuários e para funcionários; sala de arquivo; recepção.

A sala de recepção é relativamente boa, porém em horário de pico sempre há certo tumulto o que não prejudica, necessariamente, o atendimento aos usuários uma vez que os trabalhadores possuem treinamento para que o primeiro acolhimento seja feito de forma adequada.

Existem cadeiras disponíveis nessa área de recepção, na varanda e próximas aos consultórios, sendo que em algumas ocasiões elas não são suficientes para todos os usuários que aguardam atendimento.

Há na Unidade de Saúde Alvorada uma sala para reuniões que divide espaço com a área administrativa, o que não interfere nem prejudica as reuniões com os grupos operativos da comunidade nem as das equipes. As reuniões que contam com um grupo maior de pessoas são realizadas no barracão da Associação de moradores ou no salão da Igreja, próximos à Unidade.

No território da Unidade de Saúde Alvorada há uma Associação Comunitária atuante que promove – Clube da Terceira Idade – diversas atividades para a terceira idade, dentre as quais, destacam-se: ginástica; forró; passeios; cursos de cabeleireiro e pintura em tecido; aulas de bordado, pedrarias e manicure; escolinha de dança.

Os usuários têm, também, acesso ao atendimento de psicologia e nutrição realizado por acadêmicos e o Telecentro Alvorada, que é uma escola de informática.

A área sob responsabilidade da Unidade de Saúde Alvorada possui um bom saneamento básico, com rede de esgoto e coleta de lixo, as moradias são, em sua maior parte, dotadas de uma boa infraestrutura.

O nível socioeconômico da população é bom e o índice de analfabetismo é baixo. A comunidade está atravessando um período de mudanças em virtude da ampliação de ruas e construção de novas residências.

2.3 A Equipe de Saúde da Família 12 – Equipe Amarela

A Equipe Amarela que funciona, como foi explanado anteriormente, junto a outras duas equipes da Unidade Saúde Alvorada, é responsável por nove microáreas e atende cerca de 4.215 usuários, abrangendo os bairros Jardim Itamarati, parte do bairro Alvorada e parte do bairro Caramuru.

Há na área de abrangência dessa equipe: igrejas, comércio variado, Centro da Associação de Bairro, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS III), a Escola Estadual Abílio Caixeta, creches e uma unidade da Fundação Municipal da Criança e do Adolescente de Patos de Minas (PROMAN II) e uma lavanderia comunitária.

A equipe possui atualmente os seguintes integrantes: nove ACS, uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma cirurgiã-dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

O tempo de trabalho da Equipe Amarela é dividido em atendimentos programados e em atendimentos espontâneos. Às terças-feiras são feitas marcações de consulta – demanda espontânea – estipulado o número de vagas para atendimento médico.

O acolhimento é feito diariamente pela enfermeira, além da agenda programada (programas de puericultura, pré-natal, prevenção – ginecológico e de mama – saúde bucal, acompanhamento a crianças desnutridas e atendimentos a hipertensos e diabéticos).

As reuniões com a comunidade e os grupos operativos são realizadas no salão da Associação do bairro Alvorada ou no salão do Centro Catequético, locais próximos à Unidade.

Os trabalhos dos grupos operativos são direcionados aos hipertensos e diabéticos, e às gestantes, efetuados de acordo com o protocolo do MS e voltados à promoção da saúde. Importante ressaltar que as ações dos grupos operativos devem se configurar “como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem” (DIAS, CASTRO, 2006, p. 2).

Ressalta-se que as reuniões dos grupos operativos ocorrem uma vez por semana, às segundas-feiras, com a participação de vinte pessoas cada um deles e, nessa ocasião, são feitas orientações, esclarecimento de dúvidas e aborda-se um tema relacionado aos problemas enfrentados pelos participantes do grupo. Após essas reuniões classificam-se os riscos de cada paciente, com aferição de pressão arterial e, caso necessário, renovação de receitas e pedidos de exames.

Observa-se que a Equipe Amarela cuida para que as renovações de receitas sejam realizadas dentro de um critério de segurança. As receitas daqueles que não participam das reuniões dos grupos operativos ou não têm a pressão aferida não são renovadas.

A Equipe Amarela também participa do Programa Cárie Zero, direcionado às crianças até seis anos incompletos, com acompanhamento, de seis em seis meses, pela cirurgiã-dentista.

A Equipe Amarela por seu trabalho junto à comunidade local consegue identificar alguns problemas existentes na área onde atende como: acúmulo de lixo nos lotes vagos, violência, desemprego, falta de segurança, adolescentes usando drogas, animais soltos, vandalismo, assaltos, falta de opções de lazer, risco de proliferação de *Aedes aegypti*. Quanto a aspectos relacionados diretamente ao usuário atendido, verificou-se que há uma parcela considerável que sofre de depressão e se automedica.

2.4 A Equipe de Saúde Bucal - Equipe 12 - Equipe Amarela

Como se viu, a Unidade de Saúde Alvorada possui três equipes de SF e cada uma delas possui uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). Duas dessas ESB (a equipe Verde e a Azul) atendem junto à Unidade e dividem o mesmo consultório odontológico, revezando o horário

de atendimento à população, ao passo que a ESB pertencente à Equipe Amarela atua fora da Unidade, em uma escola estadual próxima, o que resultou neste relato de experiência.

A ESB passou a fazer parte da ESF 12-amarela em agosto de 2006 e conta com uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de saúde bucal (ASB). O consultório odontológico possui um equipo para os trabalhos de atendimento clínico, aparelho amalgamador e aparelho fotopolimerizador.

Esse consultório se encontra na Escola Estadual Abílio Caixeta, próximo ao pátio interno onde são formadas as filas para a entrada dos estudantes as salas de aula e onde também são realizados eventos e o recreio. Na área reservada à ESB há uma sala de espera com bancos em alvenaria; uma sala onde se encontra o consultório, com amplas janelas, mesa para anotações, lavatório para assepsia das mãos, pia para desinfecção de instrumentais, armários para acomodação dos instrumentos e outros materiais odontológicos; um banheiro anexo para uso da cirurgiã-dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB).

Não há aparelho telefone disponível para o consultório odontológico e não é permitido utilizar o telefone da escola estadual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Foram revisados temas que subsidiaram a análise dos problemas relatados neste estudo. Primeiramente considerou-se a importância de examinar os caminhos percorridos pela saúde pública no Brasil antes da institucionalização do SUS. Percebeu-se a importância não só de abordar a história do SUS, os princípios e diretrizes que regem a Instituição, bem como algumas outras características relacionadas ao objeto da pesquisa.

Em seguida foi realizada uma abordagem sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), a sua composição, seus objetivos e outros aspectos considerados relevantes.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi abordada a seguir, bem como o papel do cirurgião-dentista nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Por fim, esta revisão enfocou as principais complicações que podem surgir quando do atendimento odontológico a um usuário.

3.1 A saúde pública no Brasil anterior ao Sistema Único de Saúde

A saúde pública no Brasil percorreu um longo caminho até 1988, quando da implantação do SUS. Nesse sentido, é importante destacar alguns fatos mais relevantes dessa época em que a saúde era entendida mais como a ausência de doença e não qualidade de vida. Ressalta-se que a criação do Ministério da Saúde, em 1953, contribuiu para as mudanças ocorridas no sistema de saúde fossem viabilizadas. Até o final do século XIX não havia no País uma atuação mais sistemática em relação à saúde da população. O governo agia em casos de epidemia e nas rotas de importação e exportação de mercadorias. A saúde pública brasileira contou com a intervenção de Oswaldo Cruz no final do século XIX e início do século XX quando o bacteriologista voltou ao Brasil, encontrou no porto de Santos a epidemia de peste bubônica e se engajou no combate à doença. Criou-se, então, o Instituto Soroterápico Federal, por sugestão de Oswaldo Cruz, objetivando a fabricação do soro antipestoso (ACURCIO, s. d).

E, ainda no início desse século XX, o presidente Rodrigues Alves lançou o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo (GROISMAN, MORAES, CHAGAS, 2005).

Em 1902, Oswaldo Cruz assumiu o Instituto como diretor técnico e, no ano seguinte, foi nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública tendo com primeiro desafio o combate

à febre amarela; posteriormente a luta contra a peste bubônica e, mais adiante, em 1904, contra a varíola, quando entrou em vigor, no País, a lei de vacinação compulsória no combate a essa doença (ACURCIO, s.d; RISI JUNIOR, NOGUEIRA, 2002).

Em se tratando da seguridade social, em 1923 com a promulgação da Lei 4.682 (Lei Eloy Chaves) instituiu-se o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendia, primeiramente, aos ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores (MERCADANTE, 2002).

No final de 1932 já existiam 140 CAPs com cerca de 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e, aproximadamente, 8.800 pensionistas, afirma Mercadante (*apud* FINKELMAN, 2002). Contudo, essa prestação de serviços oferecido à população tinha diferentes níveis de atendimento, conforme salienta o autor;

Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições (MERCADANTE, 2002, p. 237).

Verifica-se, portanto, que apesar de certo avanço nos serviços de saúde não havia igualdade de direitos a todos os cidadãos nem mesmo junto àqueles que faziam parte das CAPs. Elas eram financiadas com recursos dos trabalhadores e patrões e administradas por uma comissão que representava a empresa e o empregado. Ao setor público ficava apenas a tarefa de resolver possíveis conflitos conforme Cunha & Cunha (1998, *apud* ACURCIO, s.d.).

Com o aumento das CAPs e em substituição a esse sistema fragmentado foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), agrupando trabalhadores “de um dado ofício ou setor de atividade”. O primeiro IAP criado em 1926, foi destinado aos funcionários públicos federais, “mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953” afirma Mercadante (2002, p. 237).

Cunha e Cunha (1998, *apud* ACURCIO, s.d) afirmam:

[...] diferentemente das CAPs, a administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal. O conselho de administração, formado com a participação de representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo Presidente da República.

Posteriormente, em 1949, ocorreu uma inovação na assistência à saúde no Brasil, com a criação Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Esse serviço foi um acontecimento histórico em virtude de três inovações da iniciativa: “o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência” (MERCADANTE, 2002, p. 237).

Conforme Mercadante (2002) o atendimento médico, apesar de prerrogativa dos beneficiários da previdência desde a Lei Eloy Chaves, tinha valor secundário e restrições dos institutos de saúde. Como exemplo o autor cita o Instituto dos Marítimos (IAPM), cujo período de internação era limitado a trinta dias e as despesas não podiam ultrapassar 8% da receita do ano anterior. Noutros institutos, essa atenção médica implicava em cobrança de contribuição suplementar.

Em decorrência das disparidades entre normas dos IAPs, surgiram reivindicações em favor de um sistema unificado e igualitário que tiveram, porém, vozes contrárias. Os contrários à unificação dos IAPs acreditavam na perda de poder dos trabalhadores e risco de centralização e concentração de poder no Estado (MERCADANTE, 2002).

Esse cenário contribuiu para a edição da Lei 3.807/60, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), regulamentada pelo Decreto 48.959/60 e uniformizando as regras, porém mantendo segmentada a organização institucional.

A LOPS, segundo Mercadante (2002, p. 238),

[...] trouxe um avanço significativo no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social, visto que uniformizava os tipos de benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos. A vigência da LOPS, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos: após sua promulgação ainda prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas. (...) havia ociosidade nos serviços de saúde oferecidos por certos institutos, sem que os trabalhadores pertencentes a outras categorias pudessem ter acesso a eles.

Em relação às doenças e cuidados com a população, o Brasil era ainda, na década de 1960, o único país das Américas em que havia varíola. A iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) em erradicar a doença implicou na instituição do Decreto Federal que instituiu a Campanha de Erradicação da Varíola, conforme Lima (2002). Essa campanha, realizada de 1966 a 1973, não teve só impacto nas ações de controle das doenças transmissíveis no País. Ela contribuiu de forma efetiva para:

[...] a formação de quadros profissionais com experiência no planejamento e execução de programas de vacinação e em atividades de investigação epidemiológica. Por outro, no plano da organização das ações de saúde, permitiu a inserção dessas atividades nas secretarias estaduais de saúde, mediante a criação de unidades de vigilância epidemiológica apoiadas pela Fundação SESP. A experiência acumulada contribuiu para a formulação e execução do Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971-1973), do Programa Nacional de Imunizações (1973) e da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica (1975) (LIMA, p. 88).

No período dessa Campanha e somado mais três anos, de 1966 a 1976, portanto, o País contou com a dupla responsabilidade federal no campo da saúde, dividida entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, segundo Mercadante (2002). “Isto porque a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde” (MERCADANTE (2002, p. 240).

Ainda nesse período o Decreto Lei 72/66 criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que teve como objetivo principal “corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema” (MERCADANTE, 2002, p. 240).

Posteriormente, um fato de extrema importância para a saúde pública no Brasil ocorreu em 1968 sendo objeto de ampla polêmica: a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), de acordo com Mercadante (2002, p. 240-241), que foi “caracterizado como a principal preocupação para o setor saúde após a instauração do regime de 1964.”

Contudo o PNS foi cancelado, segundo o autor citado, em virtude da mobilização de entidades que representavam os profissionais de saúde, os sindicatos dos trabalhadores, os governos estaduais, dentre outros setores que se manifestaram desfavoráveis ao Plano, uma vez que sua proposta implicava perda de poder da medicina previdenciária em favor do MS.

Posteriormente, para cobrir o vácuo deixado pelo PNS, foi institucionalizado e implementado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) cuja prestação de serviços à saúde teria, dentre outros, “princípios que hoje regem o SUS como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual” afirma Mercadante (2002, p. 241).

Contudo, esses elementos estabelecidos não foram cumpridos uma vez que provocaram antagonismo e eles só foram retomados quando da VIII Conferência Nacional de Saúde e na Assembléia Nacional Constituinte que promulgou a atual Constituição Federal cujo texto abarca esses princípios.

A década de 80 foi fértil no que se denomina “fase das estratégias racionalizadoras” conforme Mercadante (2002). Destaca-se, por exemplo, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, de 1982, que priorizou a atenção primária – observada também, pelo SUS –, e propôs a eliminação da capacidade ociosa do setor público e o aumento de produtividade e qualidade de serviços de saúde oferecidos à população.

Observa-se que em decorrência da transição democrática havida no País, as expectativas de institucionalização das políticas sociais aumentaram e “temas descentralização, transparência dos processos decisórios, ampliação da participação popular, valorização dos direitos sociais e tendência à universalização do acesso aos programas sociais ganham importância e passam a ser identificados como instrumentos de democratização” conforme Rocha e Araújo (2009, p. 482).

Nesse sentido, a saúde no Brasil se reorganiza como consequência da Constituição Federal e com a institucionalização do SUS que permite uma nova visão do sistema passando a ter um conceito norteado por mudanças progressivas dos serviços e evoluindo, do modelo centrado na doença, para um novo modelo baseado na atenção integral à saúde do cidadão com ações de prevenção, promoção e cuidado.

3.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS, criado com a Constituição Federal (CF) em 1988, representa o marco legal na reorganização do sistema de saúde brasileiro e foi, portanto, institucionalizado para substituir o sistema antigo de saúde pública no Brasil.

Entretanto, apesar dessa substituição de um sistema por outro, importa observar que aspectos positivos dos sistemas anteriores foram considerados e mantidos, tais como

alguns princípios que regiam o sistema nacional de saúde: a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual e a priorização da atenção primária estabelecida em 1982 pelo Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, como se viu na seção anterior.

O SUS representou uma nova formatação institucional para as políticas sociais do Brasil e resgatou uma dívida social que havia sido acumulada durante muito tempo de exclusão dos direitos sociais da época da ditadura no País, de acordo com Rocha e Araújo (2009).

Acurcio (s.d) salienta que o SUS tem as seguintes características que devem ser cumpridas junto às unidades de saúde que o representa: atender a todos, atuar de forma integral, ser descentralizado, racional e democrático.

Essas características, salientadas pelo autor, correspondem a aspectos que devem ser observados pelos profissionais da saúde e ao próprio SUS em detrimento do estabelecido na Constituição Federal.

É importante destacar as diferenças mais relevantes entre os dois sistemas de saúde pública: o anterior à CF e o SUS, conforme quadro 1, a seguir, ressaltando que as mudanças mais relevantes quando da institucionalização do SUS são observadas em forma de princípios e diretrizes instituídos pelo novo sistema, como se observará posteriormente e ainda neste tópico.

Quadro 1 – Diferenças entre os sistemas de saúde anteriores ao SUS e o SUS

ANTERIOR AO SUS	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
<ul style="list-style-type: none"> • A saúde significava a ausência de doença 	<ul style="list-style-type: none"> • A saúde é qualidade de vida
<ul style="list-style-type: none"> • O sistema atendia a quem contribuía para a Previdência Social – quem não tinha condições dependia de filantropia. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sistema é um direito de todos, sem discriminação: desde a gestação e por toda vida, de forma integral.
<ul style="list-style-type: none"> • Era centralizado, de responsabilidade federal e sem a participação dos usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralizado, municipalizado e com 77 mil conselheiros de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • A assistência era médico-hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupa-se com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Havia 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerca de 140 milhões de pessoas tem, no SUS, o único acesso aos serviços de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • O sistema era 100% público. 	<ul style="list-style-type: none"> • O sistema é 80% público e 20% particular.

Fonte – MS (2010), adaptado.

Importante observar que houve resultados imediatos no sistema de saúde pública com a instituição do SUS e o de maior destaque refere-se:

[...] ao fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do INAMPS; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes (BRASIL, 2006, p. 26).

Verifica-se, entretanto, que o SUS não promoveu apenas esse resultado positivo, no decorrer de sua história. Até os dias atuais tem havido uma série de acontecimentos que merecem ser destacados, conforme Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Principais acontecimentos históricos do SUS, de 1988 a 2010

Anos	Fatos históricos
1988	• Criação do SUS conforme aprovação da CF e o reconhecimento da saúde como direito universal da população.
1989	• Último caso de poliomielite registrado no Brasil. • Criação do Programa de Saúde do Adolescente.
1990	• Regulamentação da organização e funcionamento dos serviços do SUS. • Foram regulamentadas a participação da comunidade na gestão o SUS e as transferências intergovernamentais de recursos. • Implantou-se o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).
1991	• Implantação do Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS). • Primeira campanha realizada na mídia para alertar e informar os sintomas da hanseníase.
1992	• Realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o caminho”.
1993	• Foi regulamentada a descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS • O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi extinto.
1994	• Instituição do Programa de Saúde da Família (PSF).
1995	• Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS.
1996	• Acesso e distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/Aids. • Redefinição do modelo de gestão do SUS disciplinando as relações entre os entes governamentais: União, estados, municípios e Distrito Federal.
1997	• Criação do disque saúde e do Piso de Atenção Básica (PAB). • Implantação do serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) para o atendimento aos portadores de HIV/Aids.

Quadro 2 – Principais acontecimentos históricos do SUS, de 1988 a 2010

Anos	Fatos históricos
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) • Implantação do plano estratégico de mobilização comunitária para o combate a dengue. • Instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) para viabilização e organização de atenção básica à saúde nos municípios.
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). • Instituída a política nacional dos medicamentos genéricos.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). • Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. • Regulamentação da inserção de profissionais da saúde bucal no PSF, por meio da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000.
2001	<ul style="list-style-type: none"> • O Brasil atinge a marca de 150 mil ACS. • Aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que definiu a regionalização e a descentralização da assistência à saúde.
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Instituído o Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue. • Criação das políticas nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e de Atenção à Saúde dos povos indígenas.
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). • Aprovada as diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal.
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Foi instituída a Política Nacional de Humanização no SUS. • Em decorrência das diretrizes elaboradas e aprovadas em 2003, foi lançado o Programa Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério. • Lançamento do programa “Farmácia Popular do Brasil.” • Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. • Lançamento do programa Brasil Sorridente.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação do Plano Nacional da Saúde. • Inauguração do Banco Nacional de Tumores (BNT), do Instituto Nacional do Câncer (INCA).
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do Pacto pela Saúde em três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. • Lançamento da Política da Pessoa Idosa.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento do Programa Mais Saúde: PAC-Saúde. • Licenciamento compulsório do antirretroviral Efavirenz, remédio usado no tratamento da AIDS.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação das ações do “Programa Mais Saúde – PAC: Saúde, direito de todos”. • Lançamento da maior campanha de vacinação do mundo: a Campanha Nacional contra a Rubéola.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à H1N1.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de oficinas sobre quedas e osteoporose em idosos no País.

Fonte: Adaptado de MS (2010); Lima (2010); Rocha e Araújo (2009) e Brasil (2006).

Como se observa no Quadro 2, as publicações e regulamentações, direcionadas ao SUS, as criações e instituições de campanhas e programas da Instituição, bem como outros

fatos ocorridos desde a sua criação têm procurado atender aos preceitos da Constituição Federal que estabeleceu ser a saúde um direito de todos os cidadãos, sem nenhuma exceção.

Nesse sentido, vale destacar algumas diretrizes e princípios preconizados pelo SUS que devem ser observados, pelos seus trabalhadores e representantes, sem ressalva objetivando, assim, cumprir o constitucionalmente estabelecido.

a) Universalidade – esse princípio, disposto no inciso I, do art. 7º da lei 8.080/90 determina que “o acesso ao serviço de saúde é direito constitucional, universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da Saúde” (FARIA *et al.*, 2008, p. 42). Para tanto, os autores citados salientam que é importante a busca por maior eficiência nos recursos disponíveis pelas equipes de saúde uma vez que esse cuidado universal necessita de recursos.

b) Equidade – só é possível quando se conhece as reais necessidades de uma comunidade atendida e ela assegura

[...] ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 1999, p. 5).

c) Integralidade – indica que o atendimento ao usuário do SUS, “deverá ser integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” segundo Faria *et al.* (2008, p. 43).

d) Participação da comunidade – princípio disposto no inciso VIII da Lei 8.080/90 e para atendê-lo é necessário que se crie espaços para que a comunidade possa participar e se responsabilizar pelos trabalhos desenvolvidos pelas equipes de saúde.

e) Resolubilidade – necessária à medida que o cidadão, ao buscar o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, “o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência” (BRASIL, 1999, p. 5).

f) Regionalização e hierarquização – de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999, p. 5) os serviços das equipes de saúde devem “ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida”. É o que dispõe a letra b) do inciso IX da Lei 8.080/90.

g) Descentralização – deve haver, segundo esse princípio, uma redistribuição das responsabilidades de ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, destacando que quanto mais perto do fato, a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

Esses princípios e diretrizes foram reforçados quando da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e somados a eles há uma preocupação por parte dos profissionais de saúde para que o atendimento ao usuário do SUS seja realizado de forma mais humanizada possível.

3.3 A Estratégia Saúde da Família

Após quase uma década da implantação do SUS verificou-se que os resultados esperados na estruturação dos serviços de saúde não foram todos efetivados, afirmam Rocha e Araújo (2009). Apesar de grandes avanços, conforme ilustrou o Quadro 2, novas questões, problemas e desafios ainda persistiam impondo o aperfeiçoamento do sistema ou mudanças de rumo (BRASIL, 2006).

O grande desafio a ser enfrentado por todos nós, trabalhadores da saúde, gestores e usuários, na construção e na efetivação do SUS como política pública, é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

Entretanto, a década de 90 foi mais produtiva e marcada por incorporação de estratégias institucionais determinadas a garantir que programas sociais de saúde pudessem atender aos menos favorecidos. Nesse sentido é que surgiu, em 1994, o PSF, como política nacional de saúde (ROCHA, ARAÚJO, 2009).

Sendo assim, como medida de consolidação dos princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular – é que a ESF constitui-se um modelo “inovador de reestruturação e reorganização da atenção básica à saúde” conforme Rocha e Araújo, (2009, p. 483).

A ESF é constituída por equipes multiprofissionais que contam com a participação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, cirurgião-dentista, dentre outros profissionais. Essas equipes se responsabilizam por uma comunidade residente em determinadas áreas dos municípios em todo o País e exercem atividades que se caracterizam por sua abrangência e por ações intersetoriais como: saúde, educação, saneamento, meio ambiente, entre outras (ROCHA, ARAÚJO, 2009).

Atribuiu-se à ESF, de acordo com o MS (*apud* ROCHA, ARAÚJO, 2009, p. 488)

[...] a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O programa deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Daí o seu potencial estruturante sobre o modelo, o que justificou a decisão do Ministério da Saúde de considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial de saúde no país.

O novo modelo de saúde oferecido à população atendida pelo SUS busca, além da descentralização de seus serviços, a humanização no atendimento, o acolhimento adequado e uma melhor forma de manter o vínculo entre usuários, profissionais e comunidade (SOLLA, 2005).

As autoras Chaves e Martines (2003) salientam que ao trabalhar sob os preceitos do SUS e sob a ótica da ESF é imprescindível que os profissionais se comprometam com a noção de que a humanização é pré-requisito para a percepção do outro e de seu sofrimento.

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular; com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia (ZOBOLI *et al.*, 2001, *apud* CHAVES, MARTINES, 2003, p. 275).

Por sua vez, Solla (2005) faz um paralelo entre a humanização e o acolhimento e afirma que o acolhimento significa a “humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema” (SOLLA, 2005, p. 495).

O acolhimento humanizado permite um maior vínculo entre os profissionais da saúde, os usuários e a comunidade onde se localiza a ESF e é um facilitador na resolutividade dos problemas de saúde da população atendida pelas equipes multiprofissionais.

Ao incorporar a ESB à ESF, verificou-se um novo passo para a definitiva reformulação do processo de trabalho do SUS e do sistema público de saúde no país. Por fazer parte integrante da ESF é que as ESBs devem trabalhar em consonância com a unidade de saúde, o que tem sido um desafio para a saúde bucal, mas que, por outro lado, possibilita a

organização dos trabalhos de forma complementar em que os saberes de cada profissão não excluem a especificidade das demais, conforme Souza e Roncalli (2007).

3.4 A Equipe de Saúde Bucal (ESB)

A inclusão do cirurgião-dentista na ESF assinalou uma reorganização da atenção à saúde bucal no Brasil e estabeleceu um cenário diferente na odontologia brasileira por meio de “uma nova forma de organizar a atenção básica à saúde, criando condições para consolidar nas ações da prática em saúde bucal, no nível da atenção básica, a validação dos princípios constitucionais do SUS”, afirmam Rocha e Araújo (2009, p. 483).

Nesse sentido, a inserção da ESB na ESF ampliou a compreensão da saúde bucal do indivíduo, introduziu esse cuidado num conceito mais amplo de saúde e passou a fazer parte das demais práticas de saúde coletiva; ou seja, a saúde bucal, como parte integrante da saúde geral da população é essencial à qualidade de vida do cidadão atendido pelo SUS. E, “no contexto de atenção à saúde, a saúde bucal cada dia mais desponta como uma preocupação tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto no enfoque assistencial” (ROCHA, ARAÚJO, 2009, p. 488).

A inclusão da ESB na ESF foi concretizada por meio da Portaria 1.444/GM de 2000, que propôs um incentivo ao financiamento para a saúde bucal e definiu as modalidades das equipes: modalidade I era composta de um cirurgião-dentista, um Atendente de Consultório Dentário (ACD), atualmente designado Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); a modalidade II era composta do cirurgião-dentista, um ACD e um Técnico em Higiene Dental (THD), atualmente designado Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Baldani *et al.* (2005, p. 1027) acreditam que “o fato da odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal.”

Os primeiros objetivos da inclusão da ESB na ESF foram os seguintes: “diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal”, uma vez que a mesma era, até a criação da ESB “destinada basicamente à população escolar e ao atendimento de urgências nos demais grupos populacionais” (BRASIL, 2001, *apud* LIMA, 2010, p. 6).

Ao incluir os profissionais da saúde bucal na ESF verificou-se uma melhora efetiva no acesso à saúde, pelo cidadão. Segundo Nobre (2008, *apud* Lima, 2010), cerca de

vinte milhões de brasileiros da zona urbana nunca tinha frequentado um consultório dentário, isso representava, de acordo com a população do País naquela época, 12,5%; na zona rural esse índice era de 32%.

As ESBs devem atuar de acordo com a realidade da população atendida e de acordo com o MS, identificando fatores de riscos, priorizando demandas assistenciais e preventivas com os seguintes objetivos:

[...] melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal por meio da estratégia de organização da atenção básica preconizada pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal para o PSF, por meio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; e avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF (ROCHA, ARAÚJO, 2009, p. 489-490).

Em 2004 dando continuidade à reorientação no modelo de atenção à saúde bucal do país, o MS publicou um documento contendo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

De acordo com esse documento e segundo o Ministério da Saúde (2004, *apud* Rocha e Araújo, 2009, p. 484), essa reorientação teve como pressupostos:

[...] assumir o compromisso de qualificação da atenção básica para que haja qualidade e resolubilidade na prestação dos serviços; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços de saúde; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ações; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados; centrar a atuação na vigilância à saúde; incorporar a saúde da família como estratégia na reorganização da atenção básica; definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações; e definir uma agenda de pesquisa científica.

Destaca-se, entre os pressupostos estabelecidos pelo MS para a reorientação no modelo de atenção à saúde bucal, a integralidade que, de acordo com Faria *et al.* (2008) indica que as equipes de saúde devem procurar conhecer os problemas de saúde da comunidade que atende, seus determinantes e condicionantes. Esse conhecimento permite um acolhimento adequado e um maior vínculo entre profissional, usuário e comunidade.

3.5 Complicações ocorridas no consultório odontológico, com risco sistêmico

Ao atender um paciente no seu consultório odontológico o cirurgião-dentista pode se deparar com algumas complicações sistêmicas cuja gravidade pode ser de menor porte ou até mesmo “eventos ameaçadores à vida do paciente” (RESENDE *et al.*, 2009a, p. 44).

Entre essas complicações este estudo destaca as seguintes:

a) *Angina pectoris* – se manifesta por uma dor torácica transitória retroesternal desencadeada por exercícios físicos, emoção ou estresse. Sabe-se que o medo, que ocorre de forma constante num consultório odontológico, provoca emoção e estresse. “A crise pode ser identificada através dos seguintes sinais e sintomas: o paciente fica apreensivo, com sudorese aumentada, relatando dor retroesternal ou precordial, descrita como opressão, ‘esmagamento ou queimadura’” (RESENDE *et al.*, 2009a, p. 44);

b) Infarto Agudo do miocárdio – é a forma mais grave da isquemia coronariana e caracteriza-se por dor mais intensa que a angina. Essa dor pode ser também sentida nos “braços, região superior do abdômen, pescoço e nuca, sendo geralmente acompanhada por um estado de ansiedade do paciente”, afirmam Resende *et al.* (2009a).

c) Parada cardiorrespiratória – segundo os autores referenciados, a parada cardiorrespiratória caracteriza-se pela ausência de pulso e de atividade respiratória, e inconsciência. “O cirurgião-dentista deve ser capaz de reconhecer rapidamente o quadro e buscar assistência médica o mais rápido possível”, salientam Rezende *et al.* (2009a).

d) Crise hipertensiva - caracterizada pela elevação da pressão arterial, sistólica e/ou diastólica. Resende *et al.* (2009a, p. 46), salientam para o fato de que “é comum o indivíduo, apesar de hipertenso, não apresentar nenhum distúrbio ou alteração, sendo rara a possibilidade de ocorrer uma crise hipertensiva no consultório.” Entretanto, os autores prosseguem afirmando que é primordial que o cirurgião-dentista “faça uma anamnese detalhada e a aferição da pressão arterial do paciente antes e depois do atendimento.”

e) Reação vaso-vagal (lipotímia) – considerada a síncope mais comum que ocorre nos consultórios odontológicos, é “causada por uma resposta autonômica exagerada ou anormal a vários estímulos emocionais, como ansiedade excessiva, ou não emocionais, como fome, exaustão, ambiente quente e outros” (RESENDE *et al.*, 2009a, p. 47).

f) Hipoglicemia – quadro que pode ser associado ao aumento da utilização metabólica de glicose, de forma espontânea, em jejum, em resposta a uma refeição inadequada, a exercícios demasiados, a ansiedades e infecções.

g) Distúrbio convulsivo – “decorre da alteração da função cerebral normal, caracterizada por períodos de atividade motora, fenômenos sensoriais e mudanças de comportamento e consciência.” Elas “podem ser causadas por traumas físicos, estresse emocional” e outros fatores, segundo Resende *et al.* (2009b, p. 94).

h) Crise asmática – pode ser desencadeada por uma reação de hipersensibilidade a estímulos como o estresse, por exemplo, segundo os autores ora citados. No caso de uma dessas crises, o cirurgião-dentista deve identificar e remover os gatilhos desencadeadores da asma e ainda solicitar ao paciente que traga para o consultório sua medicação inalatória.

Resende *et al.* (2009b) citam outros sintomas, além dos aqui destacados e, também, salientam para o fato de que o paciente pode também ter reações a medicamentos sendo, portanto, necessário que ele esteja familiarizado com os sinais e sintomas dessas reações e, assim, proceder de modo adequado, evitando consequências mais danosas à saúde do paciente atendido.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) pertencente à ESF 12- Equipe Amarela não atende junto à UBS e isso tem acarretado uma série de problemas não só para o usuário como também para a cirurgiã-dentista e a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Como a equipe atende na Escola Estadual Abílio Caixeta acontece do portão de entrada se encontrar, na maioria das vezes, fechado, tornando mais restrito o acesso do usuário ao consultório em busca de informações.

Além de haver, muitas vezes, a ausência de informações, elas podem, também, ocorrer de forma errônea por parte de pessoas ligadas à Escola e que não pertencem ao quadro da ESF 12-amarela e que nem mesmo têm conhecimento da área de saúde. Esse fato gera dúvidas e inseguranças para os usuários em relação a diversos assuntos, tais como: horário de funcionamento do consultório, modo de atendimento, serviços prestados e disponíveis, dentre outros.

Esse primeiro atendimento ao usuário não é, portanto, efetivado de forma correta uma vez que, além da comunicação entre membros da equipe e usuário ser prejudicada não há como criar um vínculo adequado entre profissional e usuário.

A comunicação fica também prejudicada não só em virtude desse primeiro contato inadequado, mas, também, pelo fato da ESB não ter acesso aos meios de comunicação mais simples, como um aparelho telefônico, que precisaria ser utilizado, muitas vezes, para agendamento ou cancelamento de consulta. A ausência desse recurso dificulta o contato com o usuário.

Verifica-se, ainda, a falta de contato adequado entre os membros da ESF 12-amarela e a ESB o que é, muitas vezes, preocupante no que se refere aos cuidados que a cirurgiã-dentista deve ter para com o usuário que atende. Ocorre que um atendimento só se torna eficaz à medida que o profissional toma os cuidados necessários para com o usuário.

Esses cuidados só serão possíveis se o profissional tiver as informações indispensáveis à saúde do usuário sendo necessário, portanto, o acesso a dados relevantes sobre os cardíacos, os hipertensos e os que possuem distúrbios endócrinos, dentre outras patologias. Alguns desses cuidados referem-se, por exemplo, aos medicamentos que os pacientes fazem uso, se há necessidade de profilaxia preventiva, se a glicemia está normal, dentre outras ocorrências. Somente de posse desses dados é que o cirurgião-dentista pode efetuar um tratamento seguro e eficaz.

Contudo, além dessa falta de acesso aos dados dispostos nos prontuários da ESF, sabe-se que é comum a omissão de informações por parte do paciente que tem receio de não ser atendido, caso ele possua alguma complicação de saúde.

Um usuário hipertenso, por exemplo, apesar de não apresentar nenhum distúrbio, tem aumentadas as chances de poder desenvolver uma crise hipertensiva devido à dor, à ansiedade e à injeção intravenosa de soluções anestésicas contendo vasoconstritores.

Outro exemplo bastante comum encontrado, refere-se àqueles pacientes que necessitam do monitoramento da glicose, cujo procedimento deverá ser iniciado com maior segurança depois da obtenção dos índices de glicemia. Contudo, o glicosímetro, pertencente à ESF 12-amarela, encontra-se no prédio da Unidade havendo necessidade, também, de deslocamento do usuário para essa aferição.

Por sua vez, mesmo quando os pacientes relatam seus problemas de saúde, o que evita, sem dúvida, maiores consequências, há o inconveniente do deslocamento desse usuário para a USF e, novamente, para o consultório odontológico, demandando tempo para ida e volta, nova espera para ser atendido caso a cirurgiã-dentista esteja com outro paciente, ou mesmo, remarcação de consulta.

A experiência em atender usuários fora da Unidade tem provocado outras questões não diretamente ligadas ao paciente, mas relacionadas ao desenvolvimento de trabalhos como um todo e refere-se às reuniões que ocorrem frequentemente na ESF 12-amarela, sendo necessário o deslocamento até a unidade onde elas são realizadas. Isso provoca atraso no atendimento e fechamento temporário do consultório.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO ESTUDO DE CASO

As dificuldades encontradas pela pesquisadora para a execução de seus trabalhos junto aos usuários da ESB da ESF 12-amarela resultam em um atendimento precário e contrário às diretrizes e aos princípios estabelecidos pelo SUS. Essas dificuldades podem ser observadas sob três aspectos distintos: humanitário, logístico e clínico.

5.1 Aspectos humanitários não atendidos

O cirurgião-dentista e demais profissionais da ESB devem buscar por um atendimento humanizado em que o bom acolhimento é primordial e contribui para “a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população” preconiza o MS (BRASIL, 2008).

Contudo, como já relatado na seção anterior, muitas vezes o usuário da ESB da ESF 12-amarela ao chegar à Escola onde o consultório odontológico funciona encontra o portão de entrada fechado.

Ressalta-se que MS (BRASIL, 2008), quando da elaboração do Caderno de Atenção Básica – 17 (Saúde Bucal), chama a atenção para acolhimento adequado desde a “porta de entrada” da unidade onde o usuário deverá ser atendido, é o que se verifica:

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. [...] 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 (BRASIL, 2008, p. 22).

Além de inadequado esse primeiro contato que o paciente tem no local onde a ESB se localiza verifica-se também que a comunicação é, muitas vezes, insuficiente ou indevida, já que em diversas ocasiões, como demonstrou o relato de experiência, ela é realizada por funcionários da escola que não são preparados para esse serviço.

Uma comunicação eficaz é aquela capaz de “resultar na solução de problema para o qual a ação está dirigida” afirmam Faria *et al.* (2008). A comunicação eficaz permite que se crie, também, o vínculo entre profissional da saúde e paciente, permite que haja um estreitamento dessa relação e esse estreitamento evita alguns procedimentos desnecessários e facilita os indispensáveis (BRUNELLO *et al.*, 2010).

A educação permanente dos profissionais da saúde bucal se faz necessária para que eles possam ter uma atualização constante, conforme Cavalcante e Sá (2008), e, também, para se sentirem seguros e passar segurança ao paciente.

Nesse sentido, se o paciente da ESB tiver esbarrado numa comunicação indevida por parte de trabalhador não ligado à saúde bucal esse vínculo estimulado pelo SUS e pela ESF ficará prejudicado e o profissional terá mais dificuldades de iniciá-lo ou restabelecê-lo. .

Importante, também, abordar a necessidade que a ESB tem de se ausentar, algumas vezes, do prédio onde funciona o consultório odontológico para ir à ESF participar de reuniões de trabalho, conforme foi relatado. Essa ausência ocasiona, também, falha no acolhimento do usuário.

5.2 Aspectos logísticos prejudicados

A inexistência de um aparelho telefônico no consultório odontológico também resulta na ausência de comunicação em alguns aspectos considerados, a princípio simples, mas que para o paciente significa descaso e falta de vínculo, uma vez que, se consultas pudessem ser canceladas por telefone, por exemplo, evitaria com que o paciente se deslocasse de sua casa até ao consultório odontológico. A ausência desse meio de comunicação reflete, também, um acolhimento inadequado.

A não acessibilidade imediata, por parte da ESB, aos prontuários dos pacientes constitui barreira administrativa e indica uma não qualidade do cuidado para com o usuário da ESF. A acessibilidade constitui um dos atributos da qualidade do cuidado em saúde. Esses atributos, assim como “os princípios e diretrizes constitucionais (...) devem reger os processos de atenção à saúde” (FARIA, *et al.*, 2010, p. 47).

5.3 Aspectos clínicos prejudicados

Algumas informações são indispensáveis à proteção da saúde do usuário sendo necessário, portanto, que o profissional tenha acesso a dados relevantes junto aos cardíacos,

hipertensos e com distúrbios endócrinos, como, por exemplo, quais os medicamentos em uso, se necessitam profilaxia preventiva, se a glicemia está normal, para um tratamento seguro e eficaz.

Contudo, sabe-se que é comum a omissão de algumas informações por parte do paciente que tem receio de não ser atendido. Se a ESB, objeto deste estudo, atendesse junto à equipe a qual pertence essas informações poderiam ser acessadas no prontuário daquele paciente e dúvidas poderiam ser esclarecidas junto à médica e à enfermeira da Equipe 12-amarela. Essa interação indica o verdadeiro sentido do trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Não existe no local onde a ESB atende nem mesmo um aparelho para o aferimento da pressão arterial, procedimento indicado para antes e depois do atendimento, conforme salientam Resende *et al.*, (2009a). Os autores ora citados informam, ainda, que:

A dor, a ansiedade e injeção intravenosa acidental de soluções anestésicas contendo vasoconstritores podem ocorrer, aumentando as chances de o paciente desenvolver a crise hipertensiva. Portanto, especialmente no tratamento de pacientes hipertensos, mesmo que compensados, o profissional deve tomar medidas para minimizar o estresse (controle da dor, sessões curtas, recobrir os instrumentos, uso de ansiolíticos, etc.), utilizar de seringas de anestesia que permitam aspiração e optar por soluções anestésicas que contenham felipressina como vasoconstritor (RESENDE *et al.*, 2009a, p. 46).

Contudo, a ausência do aparelho para aferir a pressão, como relatado, não permite esses cuidados de imediato. Para tanto, assim que a cirurgiã-dentista identifica essa patologia o paciente se desloca para a unidade em que são tomadas as medidas necessárias, inclusive, o aferimento da pressão arterial. Além desse desconforto para o paciente, há atraso no início do atendimento odontológico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O novo modelo de saúde preconizado pelo SUS que substituiu o modelo antigo existente antes da promulgação da Constituição Federal tem dentre seus princípios e diretrizes a integralidade, a humanização, o acesso universal e igualitário e a resolutividade de suas ações.

Com a instituição da ESF verificou-se que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde se tornaram efetivas deixando de existir, portanto a compreensão de que a saúde é o cuidar da doença e, por ser composta, de uma equipe multiprofissional a ESF busca atender o usuário do SUS em toda a sua integralidade.

Nesse sentido, a inserção da ESB na ESF contribuiu para que a proposta de mudança do antigo modelo de saúde pública se concretizasse, uma vez que não há como entender a saúde bucal fragmentada da saúde geral do indivíduo. O direito de todos à saúde deve corresponder ao direito da saúde como um todo.

Contudo, como se verificou no decorrer deste estudo, para que essa integralidade seja eficaz é necessário que toda a equipe de profissionais da saúde de uma mesma unidade trabalhe num mesmo local possibilitando a troca de informações entre eles, o acesso a todos os dados do usuário, o acolhimento adequado e um maior vínculo entre todos os atores envolvidos e a comunidade local.

Ocorre que a ESB pertencente à ESF 12-amarela não atende junto à unidade tornando o trabalho dos profissionais da saúde bucal fragmentado e isolado. Este estudo atingiu o objetivo proposto e identificou os problemas mais evidentes em decorrência dessa situação.

Esta pesquisa tornou-se valiosa à medida que sua elaboração movimentou a maioria dos profissionais da ESF Equipe 12-amarela no sentido de trabalharem para que essas questões prejudiciais à população atendida e aos profissionais da ESB sejam solucionadas.

O estudo conclui que as dificuldades são várias e que elas prejudicam não só, aspectos diretamente relacionados à saúde do paciente como, também, o acolhimento ao usuário, o vínculo entre todos os profissionais da ESF 12-amarela e a comunidade local, o trabalho dos profissionais em relação às interconsultas, a discussão de casos clínicos e a participação em atividades coletivas inter e multiprofissional. Além desses princípios do SUS que ficam comprometidos na atenção dispensada aos usuários, a equipe de saúde bucal fica distante da rotina e da vivência cotidiana de uma unidade de saúde, com todos os seus

desafios de prestar uma assistência integral e de qualidade ao indivíduo que busca o atendimento de saúde.

Por fim, atendendo também, a um dos princípios do SUS – o Controle Social – cabe a equipe de saúde bucal levar à Escola Estadual Abílio Caixeta e aos Conselhos local e municipal de saúde, a questão levantada neste estudo.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm#inicio>>. Acesso em: 15 maio 2011.

BALDANI, Márcia Helena; *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 1026-1035, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n4/05.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. 1999. Disponível em: <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de dezembro de 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em 28 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS). **SUS, a saúde do Brasil**. Exposição. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (CCS/UFSC), 19 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra/itinerancias/2010/florianopolis/florianopolis-index.php>>. Acesso em: 15 maio 2011.

BRUNELLO, Maria Eugênia *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2011.

CAVALCANTE, Carlos Alberto Tenório; SÁ, Eliana Maria de Oliveira. Saúde Bucal. In: TURCI Maria Aparecida. (org.). **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 114-120, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/pag-ppsp_arquivos/Miolo_Final_Livro_BH.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

CHAVES, Eliane Corrêa; MARTINES, Wânia Regina Veiga. Humanização no Programa de Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, p. 274-279, abr./jun. 2003, Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)112.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)112.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2011.

DIAS, Ruth Borges, CASTRO, Fábio Morais. **Grupos operativos**. Grupo de estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>>. Acesso em 2 jun. 2011.

FARIA, Horácio Pereira de. COELHO, Ivan batista; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim e SANTOS, Max André. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GROISMAN, Sonia; MORAES, Nádia Magalhães; CHAGAS, Luciana de Deus. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. **Cadernos da Aboprev II**, Rio de Janeiro, maio 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5517.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 10 jun. 2011.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed. 1999.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. cap. 1, p. 25-116. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB01.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2011.

MARQUES, Onofre Ricardo de Almeida; MELO, Marilene Barros de. A atenção odontológica no Programa de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte/MG: uma estratégia de ação para ampliação de cobertura. **Revista do CROMG**. v. 10, n. 3, jul./ago. 2009, p. 139-145.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. cap. 3, p. 236-313. Disponível em: <http://www.igualdade.org.br/medeiros/2002_caminhos_saude_evol_pol_saude_brasil_cap3.pdf>. Acesso em: 15 maio 2011.

RESENDE, Renata Gonçalves de *et al.* Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte I. **Arquivos em Odontologia**. v. 45, n. 1, jan./mar. 2009a, p. 44-50. Disponível em: <http://www.odonto.ufmg.br/index.php/arquivos-em-odontologia-principal-121/edi-atual-principal-124/doc_view/234-artigo-07?tmpl=component&format=raw>. Acesso em: 20 abr. 2011.

RESENDE, Renata Gonçalves de *et al.* Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte II. **Arquivos em Odontologia**. v. 45, n. 2, abr./jun. 2009b, p. 93-98. Disponível em: <http://www.odonto.ufmg.br/index.php/arquivos-em-odontologia-principal-121/edi-atual-principal-124/doc_view/241-artigo-06?tmpl=component&format=raw>. Acesso em: 20 abr. 2011.

RISI JUNIOR, João Batista; NOGUEIRA, Roberto Passos (coords.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. cap. 2, p. 117-234. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB02.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2011.

ROCHA, Evelin Cristina Araújo da; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte de. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 43, v. 2, p. 481-517, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://arletedjalma.com/artigosa/Condicoes_Trabalho_Equipes.pdf>. Acesso em:

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2011.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/19.pdf>>. Acesso em: 10 maio de 2011.