



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA – CEABSF

Mary Luza Lopes Santos

**ESTUDO DA NECESSIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL EM POPULAÇÕES ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

MONTES CLAROS - MG
NOVEMBRO/2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA – CEABSF

Mary Luza Lopes Santos

**ESTUDO DA NECESSIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE
BUCAL EM POPULAÇÕES ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais como parte das exigências curriculares para a obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador (a): Prof. Horácio Faria

MONTES CLAROS - MG
NOVEMBRO/2009

ESTUDO DA NECESSIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÕES ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Mary Luza Lopes Santos

Monografia realizada na Universidade Federal de Minas Gerais submetida ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), visando à obtenção do grau de Especialista.

APROVADA POR:

INTEGRANTE DA BANCA

INTEGRANTE DA BANCA

INTEGRANTE DA BANCA

INTEGRANTE DA BANCA

MONTES CLAROS - MG
NOVEMBRO/2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Mary Luza Lopes

Estudo da necessidade de atenção à saúde bucal em populações assistidas pela estratégia de saúde da família

Santos, Mary Luza Lopes – Montes Claros: UFMG, CEABSF, 2009. vii, 14

p.: Orientador: Prof. Horácio Faria

Monografia: Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

1. Atenção à Saúde da Família 2. Trabalho em equipe 3. Saúde da Família

I. Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar a necessidade de atenção à saúde bucal em populações assistidas pela estratégia de saúde da família. Inicialmente o estudo faz uma abordagem sobre as questões relacionadas à saúde pública no Brasil, destacando as medidas de intervenção que vem sendo adotadas pelo governo brasileiro com vistas a mudar o modelo de atenção primária à saúde no país. O estudo mostra que mudanças importantes no modelo de assistência à saúde no país tem mostrado evolução importante, em que pese ainda existir dificuldades de se prestar uma assistência de forma mais abrangente para o conjunto da população brasileira, sobretudo para as camadas mais pobres dessa população. No que se refere à saúde bucal, sabe-se que a disponibilização do atendimento odontológico nas redes públicas de assistência à saúde no país ainda é bastante restrito, sobretudo para a população adulta, uma vez que não existem programas estruturados e efetivamente abrangentes para essa população, ao contrário do que ocorre com a população jovem, para quem já existem programas de saúde bucal funcionando em escolas públicas de estados e municípios.

Palavras-Chave: Estudo. Necessidade. Atenção à Saúde Bucal. Populações Assistidas pela Estratégia de Saúde da Família

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the necessity of oral health in populations assisted by Strategic family health. This study makes a contribution on issues related to public health in Brazil, highlighting the intervention measures that have been adopted by the Brazilian government in order to change the model of health care primary in the country. The study shows that major changes in the model of health care in the country have shown progress, despite difficulties that still exist to provide assistance more broadly for the entire Brazilian population, especially for the poorest of the population. With regard to oral health, it is known that the provision of dental care at public health care in the country is still very limited, especially for the adult population, since there are no structured programs and effectively reaching this population, contrary to what happens to young people, for whom existing oral health programs operating in public schools in state and city.

Key-words: Study. Need. Attention to Oral Health. Population Strategy Assisted by Family Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	11
4 OBJETIVOS.....	12
4.1 Objetivo Geral.....	12
4.2 Objetivos Específicos.....	12
5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL....	13
5.1Atenção Primária à saúde.....	20
6 SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
6.1 Odontologia e saúde pública.....	30
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país com uma população significativamente numerosa e, que, conseqüentemente apresenta elevados níveis de desigualdade em vários aspectos, especialmente no que se refere aos padrões de renda e de cultura. A desigualdade na distribuição de renda do país é uma questão histórica e mesmo apesar das várias tentativas de diversos governos, em períodos distintos da história do país, de diminuir as desigualdades sociais, as diferenças entre as camadas mais ricas e mais pobres da população é uma situação que prevalece na sociedade brasileira. Por esta razão, sabe-se que a maior parte dessa população é constituída de pessoas que vivem numa situação muitas vezes de pobreza extrema e que dificilmente consegue ter acesso aos meios para satisfazer suas necessidades mais elementares.

Quando se trata da questão da saúde, a situação é ainda mais complexa. Há muito, a saúde pública no Brasil tem sido uma das maiores preocupações de governo e sociedade. A falta de investimentos suficientes para manter um sistema de saúde coerente com as necessidades da população brasileira tem levado a população a enfrentar sérias dificuldades nesta área.

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde. As políticas de saúde materializam-se na ponta do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços.

Na conjuntura atual da política de saúde brasileira o Programa Saúde da Família - PSF tem desempenhado papel estratégico para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O PSF é fundamentado nos princípios do SUS, e passa a ser definido como estratégia consolidada na concepção de atenção voltada para a promoção da

qualidade de vida, objetivando a prática da vigilância de saúde, produzindo integração entre as ações individuais e coletivas (RIBEIRO, 2004).

O PSF prioriza o trabalho em equipe, cuja proposta tem sido instituída como maneira de enfrentar o intenso processo de especialização na área de saúde e na articulação das ações e dos saberes.

O processo de trabalho do PSF mostra, portanto, a importância do trabalho em equipe por meio do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar para o desenvolvimento de uma prática comunicativa nos processos decisórios e na integração dos seus membros em atividades individuais e coletivas por intermédio do planejamento de ações visando alcançar metas comuns.

Considerando-se, portanto, a estratégia do trabalho em equipe, como forma de democratizar o atendimento à saúde, entende-se, portanto, a importância da inclusão de equipes de Saúde Bucal no PSF, objeto de análise neste estudo.

Sabendo-se que o acesso ao atendimento odontológico no Brasil ainda constitui uma barreira importante para grande parcela da população, a inserção das equipes de Saúde Bucal no PSF representa uma importante medida no sentido de tornar esse acesso uma realidade, especialmente para as populações carentes.

A proposta deste estudo é, portanto, analisar, em linhas gerais, o sistema de saúde no Brasil e, em particular, avaliar a necessidade de atenção à Saúde Bucal em populações assistidas pela estratégia de saúde da família.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo é voltado para uma investigação acerca dos avanços do sistema de saúde no Brasil. É importante ressaltar que antes do reconhecimento do direito à saúde como direito humano e fundamental, milhares de pessoas morriam sem a mínima assistência e quando recebiam era de forma precária, sendo utilizado praticas clientelista em forma de favores.

Ao longo dos anos, sobretudo nos anos mais recentes, o direito à saúde vem sendo reestruturado como um conjunto de normas jurídicas que regulam as atividades e definem os meios que o estado dispõem para concretizar esse direito, desde a definição dos aspectos organizacionais e operacionais do sistema de saúde, o estabelecimento da forma e dos criterios a serem observados na formulação e implementação das politicas até as normas especificas aplicaveis a bens e serviços de interesse à saúde.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS e posteriormente a criação do Programa Saúde da Família traz consigo uma estratégia para reverter o modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico e curativo. O PSF está centrado na reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como foco a família, percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e intervenções que vão além das práticas curativas, isto é, a ênfase está nas ações preventivas.

Com a inserção da Saúde Bucal nas equipes básicas do PSF amplia-se o olhar para um trabalho interdisciplinar com um profissional qualificado para contribuir com a saúde como um todo.

É importante destacar que estruturar e propor estratégias e viabilizar ações tendo em vista a construção de uma consciência sanitária demanda uma ação interdisciplinar no âmbito da saúde, que estrapole as ações na prevenção e combate às doenças. Uma ação interdisciplinar pautada na busca de uma

totalização do conhecimento e do atendimento, condição indispensável para que se tenha saúde de qualidade à disposição da população.

Há que se ressaltar ainda que, apesar da Reforma Sanitária e dos movimentos e instrumentos para garantir melhorias no sistema de saúde, o atual modelo assistencial brasileiro ainda está excessivamente centrado no consumo e utilização intensiva de medicamentos. Ainda predomina, em que pese todas essas mudanças, um modelo em que a prioridade ainda são as práticas curativas e paliativas, em detrimento de um enfoque na melhoria das condições de saúde da população e conseqüentemente, na qualidade de vida.

O PSF, em razão do seu potencial como eixo estruturante da atenção básica, representa uma meta prioritária do Ministério da Saúde e do Governo Federal. A expansão das equipes no programa vem promovendo uma revolução gradativa nos sistemas municipais, contribuindo assim, para a descentralização da saúde no país.

No que se refere à saúde bucal, a inclusão dos profissionais de odontologia no PSF têm representado uma estratégia importante com vistas a facilitar o acesso da população ao atendimento odontológico. E é, portanto, nessa perspectiva que se justifica a realização deste estudo.

Avaliar a necessidade de atenção à Saúde Bucal em populações assistidas pela estratégia de saúde da família constitui uma oportunidade de se identificar como os profissionais da odontologia podem contribuir para a ampliação da assistência básica à saúde da população, entendendo-se que, cuidar da saúde bucal é uma forma eficiente de se evitar o desencadeamento de outros problemas de saúde para o indivíduo. Partindo-se dessa premissa, a realização do estudo possui relevância, não apenas para o aluno, mas para a própria sociedade, já que o debate, a discussão e a disseminação de informações é algo importante em quaisquer situações.

3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Apesar de avanços importantes no sistema de saúde pública no Brasil nos últimos anos, sabe-se que existem carências e grandes obstáculos que impedem que grande parcela da população brasileira tenha acesso ao atendimento gratuito e de qualidade, sobretudo quando se trata de saúde bucal.

A inclusão de equipes de Saúde Bucal no PSF certamente representa uma oportunidade de se equacionar o problema do acesso ao atendimento odontológico, por parte da camada da população que encontram maiores dificuldades para recorrer aos serviços particulares na área da odontologia.

Partindo-se, portanto, desse pressuposto, o questionamento que se faz como problema central deste estudo, é: de que forma as equipes de Saúde Bucal podem contribuir para a melhoria do atendimento odontológico em populações assistidas pela estratégia de saúde da família?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Discorrer sobre a reforma do sistema de saúde no Brasil, com enfoque nas tentativas de reverter o modelo assistencial vigente, e destacar a importância da atenção à Saúde Bucal em populações assistidas pela estratégia de saúde da família.

4.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar, em linhas gerais, o sistema de saúde pública no Brasil.
2. Analisar a necessidade de atenção à Saúde Bucal em populações assistidas pela estratégia de saúde da família.

5 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Nas últimas décadas o governo brasileiro tem procurado repassar aos estados e municípios a responsabilidade de implementar políticas e programas de saúde pública, numa tentativa de descentralizar as ações voltadas para a área de saúde no país.

As mudanças no sistema de saúde do Brasil começaram efetivamente a partir da década de 1980; quando, segundo Viana (2000), o país implementa uma profunda reforma no sistema de saúde pública de saúde, culminando com a emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988.

No decorrer da década de 1990, o governo brasileiro deu início a uma descentralização dos programas sociais, especialmente das políticas voltadas para o setor de saúde. De acordo com Risi Júnior e Nogueira (2002), a descentralização das políticas, a articulação efetiva entre os diversos programas e a parceria entre governo e movimentos sociais foram inovações que permitiram uma redução das práticas clientelistas, o distanciamento das políticas assistenciais e a continuidade dos programas.

No que se refere à descentralização das políticas de saúde, uma das inovações que começou a ganhar destaque nas décadas de 1980 e 1990, foi a parceria entre governo e sociedade civil, especialmente a partir da criação dos chamados “Conselhos Gestores”. A esse respeito, Gohn (2001, p.41) ressalta que,

A principal característica desse tipo de participação é a tendência à institucionalização, entendida como inclusão no arcabouço jurídico constitucional do Estado, a partir de estruturas de representação criadas, compostas por representantes eleitos diretamente pela sociedade de onde eles provêm. Os conselhos gestores (...) os maiores exemplos. Isto implica a existência do confronto (que se supõe democrático) entre diferentes posições político-ideológicas e projetos sociais. Todas as demandas são, em princípio, tidas como legítimas. Os novos sujeitos políticos se constroem por meio de interpelações recíprocas.

Gonh (2001) ressalta ainda que existem três tipos básicos de conselhos gestores: os criados pelo próprio poder público Executivo, para mediar suas relações com os movimentos e com as organizações populares; os populares, constituídos pelos movimentos populares ou setores organizados da sociedade civil em suas relações de negociações com o poder público; e os institucionalizados, com possibilidade de participar da gestão dos negócios públicos criados por leis originárias do poder Legislativo, surgidos, sobretudo, a partir de pressões e demandas da sociedade civil. Este último tem sido também, uma das formas características da descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente no que se refere ao SUS, já que sua implantação passou a ser largamente utilizada em vários municípios brasileiros nesses últimos anos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o fortalecimento da gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda segundo o Ministério da Saúde, esse fortalecimento não depende apenas do governo federal, mas também, e principalmente, da participação decisiva dos prefeitos e de seus secretários de saúde.

As várias crises econômicas enfrentadas pelo Brasil ao longo dos anos, fizeram com que o governo deixasse de investir adequadamente em setores fundamentais, especialmente na educação e saúde, e, assim, as dificuldades para a população mais carente tornaram-se ainda maiores. O setor de saúde foi certamente um dos mais afetados com a escassez de recursos financeiros para implantar políticas mais abrangentes e efetivas de atendimento à demanda por parte dessa população. Entretanto, deve-se ressaltar que algumas iniciativas importantes surgiram no país, especialmente no decorrer das décadas de 1980 e 1990, com vistas a criar condições para melhorar a questão da saúde pública brasileira. Dentre estas, pode-se citar algumas, como por exemplo, a criação dos referidos conselhos gestores, com a participação direta da população, com o objetivo de formalizar uma aliança entre poder público e sociedade na elaboração e execução de

políticas que possam contribuir para melhorar os serviços de saúde, através do uso adequado dos recursos públicos e, conseqüentemente, propiciar uma descentralização na administração tanto dos recursos quanto dos serviços de saúde. Outra iniciativa importante nesse sentido, foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, que durante alguns anos destinou parte dos recursos arrecadados pelo governo federal, para investimento na saúde. Porém, deve-se ressaltar que os resultados práticos neste sentido, foram pouco expressivos, já que o setor continua enfrentando sérios problemas, com grande parte da população ainda encontrando sérias dificuldades para conseguir atendimento médico gratuito na rede pública de saúde.

Atualmente, predomina, principalmente por parte dos gestores dos serviços de saúde no país, a idéia de que é preciso criar mecanismos que possam promover a prevenção da saúde, isto é, a prevenção seria uma forma de colocar à disposição da população, programas que contribuam para a diminuição da incidência de várias doenças e conseqüentemente reduzir a demanda por atendimento médico nos hospitais e postos de saúde. Alguns programas, como o Programa de Saúde da Família – PSF, já atuam neste sentido, procurando levar o atendimento de saúde ao paciente em sua própria residência, evitando que este seja obrigado a se deslocar até os hospitais e postos de saúde à procura de assistência. Entretanto, essas iniciativas ainda atingem apenas uma pequena parcela da população do país.

Para Sucupira e Mendes (2003, p.7),

A promoção da saúde é mais ampla que a prevenção da saúde. É preciso ampliar a discussão da prevenção para a ótica da promoção da saúde. Ou seja, mudar a lógica simplista da visão economicista de que é melhor prevenir do que curar para a concepção do direito de não ter um agravo para o qual já existem conhecimentos e práticas disponíveis, que podem proteger o indivíduo de ter tal agravo.

Ainda segundo Sucupira e Mendes (2003, p.9), ao abordar a questão da promoção da saúde, alguns pontos devem ser considerados. O primeiro, é que *começa a se delinear um “novo paradigma de saúde”: a saúde é produzida socialmente*. Dessa forma, a Promoção da Saúde está relacionada a um conjunto de valores: vida,

Saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida. Portanto, nesse novo paradigma, a promoção da saúde relaciona as determinações da saúde às dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. E para que isso ocorra é necessário que haja uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, envolvendo o Estado, a sociedade civil, o sistema de saúde e outros parceiros. Ou seja, é fundamental que não apenas o setor de saúde, especificamente esteja à frente dessas ações, mas é necessário que haja um envolvimento direto, participativo e efetivo de vários setores da sociedade a fim de buscar um objetivo comum: promover e melhorar o sistema de saúde no país.

Para que os problemas da saúde pública no país sejam minimizados é fundamental a existência de recursos humanos e, sobretudo, materiais suficientes e adequados às demandas da população. Para o Ministério da Saúde (2001), o suprimento adequado de materiais para o funcionamento regular da rede de serviços de saúde é um dos grandes desafios que não tem sido equacionado satisfatoriamente. De acordo com o referido órgão, as razões deste problema nem sempre são de ordem financeira, muitas vezes elas decorrem da precariedade da programação, desentrosamento e falta de preocupação das áreas técnicas, fluxo irregular de requisições, especificação inadequada dos materiais, rotina conturbada de licitações, armazenagem e controle de estoque – incluindo o controle sobre prazos de vencimento, distribuição sem controle, guarda deficiente nas unidades de saúde e falta de cuidado na utilização.

As colocações feitas pelo Ministério da Saúde (2001) parecem ser de fato, um dos problemas mais comuns encontrados em hospitais e postos de saúde da rede pública. É comum, muitas vezes, relatos de pessoas e divulgação por parte da imprensa, de fatos que envolvem a falta de atendimento ao

paciente nessas instituições em função da falta de medicamento ou de algum equipamento para realização de exames.

A descentralização do sistema de saúde no Brasil, principalmente a partir da criação do SUS, pela Constituição de 1988, poderia ser um meio prático de se democratizar o atendimento e possibilitar maior facilidade de acesso à saúde por parte da população. Entretanto, por falta de investimentos mais expressivos e devido a outros fatores, como a falta de maior preparação dos gestores do sistema, o problema persiste até hoje. O que ocorre, muitas vezes, é que os responsáveis pela implementação da assistência através do SUS não estão devidamente preparados para essa tarefa. Essa é a posição do próprio Ministério da Saúde, que ressalta que a transferência progressiva da responsabilidade e funções para o nível municipal do SUS nos últimos anos encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal – secretarias e departamentos de saúde – completamente despreparados para essa tarefa, incluindo-se nesta situação até as grandes capitais.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2001), como regra geral, as prefeituras continuam apresentando pequena capacidade gerencial e operacional. Esta é a situação encontrada nos municípios, quando são chamados rapidamente a assumir a gerência de unidades de serviços de saúde.

Todavia, percebe-se que há uma crescente preocupação por parte do governo, em criar mecanismos para reverter tal situação. Uma delas é a realização de cursos específicos de capacitação de pessoal que possa contribuir, direta ou indiretamente, para melhorar a gestão dos serviços de saúde no país.

O acesso à saúde deve ser um dos direitos mais elementares do indivíduo e, dessa forma, as ações dos gestores públicos do sistema de saúde devem ser desenvolvidas de modo a permitir que cada cidadão, sobretudo aqueles que não dispõem das condições necessárias para buscar o atendimento

particular, possa ser atendidos adequadamente, sendo tratados e orientados quanto a formas de prevenção de doenças que muitas vezes podem ser evitadas apenas através da adoção de práticas saudáveis que reduzam a incidência dessas doenças.

De acordo com a GOYA (2003), a saúde em seu conceito “ampliado” e “positivo” encontra-se vinculada diretamente à qualidade de vida das pessoas. Qualidade de vida que além de garantir o acesso do cidadão aos seus direitos constitucionais, possibilite a este vivenciar seu desenvolvimento integralmente – em uma visão holística e ecológica, em harmonia com a natureza. Qualidade de vida que promova o desenvolvimento equilibrado e sustentável do espaço onde vive o cidadão.

Com base nas colocações feitas pela referida autora, pode-se dizer que saúde pressupõe a existência de ambientes harmônicos, saudáveis, participativos e democráticos, abertos a todas as manifestações e possibilidades de construção e contribuição das várias forças políticas e atores sociais.

É importante ressaltar que, num país como o Brasil, com as dimensões territoriais que possui, com as grandes desigualdades regionais e com uma distribuição de renda das mais injustas do mundo, é natural que problemas tão expressivos, como é o caso dos enfrentados pelo sistema de saúde, seria praticamente impossível adotar medidas que pudessem solucionar de forma definitiva as grandes dificuldades que afetam parcela importante da população. A falta de recursos financeiros acaba inviabilizando a adequada adoção de medidas efetivas que contribuam para minimizar tais problemas. Contudo, também deve-se ressaltar que nas duas últimas décadas algumas tentativas importantes de se reorganizar o sistema de saúde no Brasil foram colocadas em prática. Na década de 1980, quando o Brasil enfrentava um período difícil, na área econômica e institucional e já com os sérios problemas da previdência social no país, instituiu-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, cujo objetivo,

segundo o Ministério da Saúde (2001), era organizar e o aperfeiçoar a assistência médica no país, sugerindo critérios para a alocação de recursos previdenciários para este fim, além de recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da previdência Social.

Compunham o CONASP, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), representantes de diferentes ministérios, representantes da sociedade civil e parte dos prestadores de serviços de saúde contratados/conveniados. Ainda na década de 1980, mais precisamente em 1982, o CONASP elaborou um documento, denominado Reorganização da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social, sendo que uma das principais propostas do referido documento era a hierarquização, regionalização, descentralização e integração dos serviços de saúde.

Desde a criação do CONASP, até hoje, tem-se verificado o surgimento ou a expansão dos conselhos de saúde em todo o Brasil. São conselhos que atuam no âmbito federal, estadual e municipal. Normalmente são conselhos estruturados de forma a incluir a participação de diversos segmentos da sociedade, inclusive da sociedade civil, o que os transforma em um importante espaço para a participação popular, em que o próprio cidadão tem a oportunidade de ajudar na condução de propostas ou medidas que visem um atendimento efetivo e mais humanizado por parte dos órgãos responsáveis pela definição e implementação das políticas de saúde no país.

O aspecto fundamental desses conselhos é exatamente o fato de que eles constituem um espaço essencial para a participação popular na definição das prioridades e na condução das políticas de saúde, na medida em que também são compostos por representantes da sociedade civil. Este é sem dúvida, um aspecto importante, pois, é fundamental que a própria sociedade atue de forma organizada e efetiva na busca de soluções para os problemas dos quais ela é principal vítima. É necessária a participação do cidadão, tanto na proposição de medidas quanto nas reivindicações de seus direitos.

A saúde deve ser uma prioridade. Para os governantes, a adoção de políticas públicas que possam contemplar especialmente a população de mais baixa renda, deve ser sempre um objetivo a ser alcançado e, por parte da sociedade, a organização e o conhecimento deve constituir uma arma importante na busca do atendimento de suas necessidades.

5.1 Atenção Primária à saúde

Na segunda metade do século XX, ocorreram transformações importantes em todo o mundo e em setores diversos da sociedade, inclusive na área da ciência, da medicina ou, especificamente na área da saúde. Conforme destaca o Ministério da Saúde (2001, p.255),

Durante a década de 60, em várias partes do mundo, o amplo debate que realçou a determinação econômica e social da saúde abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando a superar a orientação centrada predominantemente no controle da enfermidade. Entre os inúmeros intentos registrados com tal orientação, merecem destaque especial a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior – com a realização das duas primeiras missões observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-74) –, e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde: “Una Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Epp: “Alcançando Saúde para Todos” (1986).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2001), foram estes dois acontecimentos que estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na estruturação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia e Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Otawa, ponto de partida para o surgimento de uma série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema.

Na conferência realizada em Alma Ata, Starfield (2002) ressalta como ponto importante nas discussões, o tópico que trata da “atenção primária à saúde”, afirmando ainda que, o consenso lá alcançado, foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em uma reunião subsequente, em maio de 1979. Nesta assembléia, a Organização Mundial da Saúde definiu a atenção primária à saúde, como:

Atenção essencial à saúde baseada na tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002, p.30).

A conferência de Alma-Ata, conforme enfatizou o Ministério da Saúde (2001), também destacou a importância de se considerar a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Considerou ainda que, a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde, especificamente.

Percebe-se que a atenção primária à saúde passou a ser uma preocupação muito mais evidenciada pelos organismos envolvidos, de forma direta, ou não, com a questão da saúde, em particular, para a Organização Mundial da Saúde.

Para Testa (1992, p.160),

A contextualidade da atenção primária de saúde é dada, em primeira instância, pelo sistema de saúde em que está inserida.

Esse sistema é o que concretiza a significação de tal atenção no nível da organização setorial. Isto é, a atenção primária de saúde pode ter um significado concreto, que lhe é outorgado por sua inserção em um sistema de saúde, ou ter um significado abstrato, que corresponde a sua definição ideológica, como a que pode ser observada nos documentos da Organização Mundial de Saúde.

Entretanto, deve-se ressaltar que a importância de se adotar um modelo como o da atenção primária, para melhorar a qualidade do sistema de saúde, apesar de ser um modelo amplamente discutido e defendido na atualidade, existe críticas quanto à sua real validade. Isso é que se pode observar, por exemplo, nas colocações feitas por Mendes (1996, p271-272), segundo o qual,

A interpretação da atenção primária tem sido, até o momento, a mais encontrada nos países do terceiro mundo e está materializada na proposta político-pedagógica da atenção primária seletiva de saúde, entendido como prática complementar à medicina flexineriana, destinada a populações pobres, a quem se oferecem tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referências aos níveis secundário e terciário e incluindo retórica da participação comunitária.

Mendes (1996) reafirma as críticas ao modelo de atenção primária, ao tecer comentários sobre a questão da estratégia da sobrevivência infantil que, utilizando para a população de exclusão social a terapia de reidratação oral; o controle de crescimento e desenvolvimento das crianças, a imunização em larga escala e a suplementação alimentar, tudo isso provido por pessoal de nível elementar, propõe-se a reduzir a mortalidade infantil. Mendes afirma ainda que, a atenção primária como programa, reconhece que a subcidadãos de regiões de Segunda categoria devem ser ofertados serviços de saúde extremamente simplificados e limitados, transformando-se, dessa maneira, de atenção primária em atenção primitiva.

Apesar da visão extremamente crítica do referido autor, em relação ao modelo de atenção primária à saúde, tendência crescente na atualidade, deve-se ressaltar que se trata de um modelo que pode propiciar melhorias reais ao sistema de saúde de uma forma geral e, em consequência para a

população, em particular. Para isso, basta que o sistema adotado, ou as medidas a serem postas em prática levem em conta as peculiaridades do próprio sistema e do contexto em que ele será efetivado.

Para Starfield (2002) todo sistema de saúde possui duas metas principais.

A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação aos seus acessos aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002, p.19).

Em virtude das desigualdades sociais, que interfere de forma decisiva na saúde da população, situação que predominam em quase todos os países, a Organização Mundial de Saúde, adotou, segundo Starfield (2002), um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Esses princípios ficaram conhecidos como a Carta de Lubliana, que propõe que os sistemas de atenção à saúde deveriam contemplar os seguintes aspectos:

- serem dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
 - serem direcionados para proteção e promoção da saúde;
 - centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
 - focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
 - baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2002, p.21).

Em se tratando de atenção primária, Starfield (2002) destaca como um aspecto importante, o fato de que ela envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixados em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento.

Ainda conforme destaca Starfield (2002), a importância da atenção primária, é que ela constitui um nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas e fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Em função da especificidade que a envolve, a atenção primária difere, em vários aspectos, da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária). A característica fundamental da atenção primária é que ela lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde escolas e lares. Dessa forma, os pacientes têm acesso a uma atenção diferenciada e continuada ao longo do tempo, para diversos problemas, inclusive serviços preventivos da saúde (STARFIELD, 2002).

Um outro aspecto de relevada importância ressaltada por Starfield (2002), em relação à atenção primária nos serviços de saúde, é o fato que ela é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e também menos hierárquica em sua organização, quando comparada à Medicina subespecializada, sendo, portanto, inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança.

Ao traçar um paralelo entre a atenção primária e a atenção especializada, Starfield (2002, p. 29) faz a seguinte observação:

Na atenção especializada, os pacientes tipicamente são encaminhados por um outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa de fisiopatologia; as intervenções são basicamente orientadas para este processo fisiopatológico. Na atenção primária, ao contrário, geralmente, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que, a entrada no sistema é dada pelo paciente,

freqüentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado.

Esse processo destacado pela autora referida, em relação à forma de atendimento do paciente, através da atenção primária, apresenta um aspecto importante: estando mais próximo do paciente e conhecendo-o melhor, os médicos da atenção primária também terão maior facilidade para identificar os determinantes da doença e da saúde de que os especialistas.

Starfield (2002) relata os resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em 1988, que descobriu que os indivíduos com um médico específico, como sua fonte habitual de atenção, receberam melhores prescrições de imunizações recomendadas, melhores exames para câncer de mama, melhor uso dos serviços por parte dos que apresentavam a saúde fragilizada e menos hospitalizações para problemas ambulatoriais simples do que os indivíduos que relataram apenas um local como sua fonte habitual.

Deve-se ressaltar ainda que, o atendimento ao paciente, através da atenção primária, é uma forma de evitar o excesso de demanda por atendimento especializado. Isso porque, muitas vezes, é comum o paciente procurar atendimento médico, sem saber realmente o que está sentindo, ou seja, o que de fato ele tem e quais as causas do problema. Tal situação é bastante comum, especialmente em países subdesenvolvidos, onde as condições precárias de subsistência de grande parte da população contribuem para o surgimento de diversos problemas de saúde. A este respeito, Starfield (2002) defende a idéia de que os pacientes deveriam ver um generalista antes de consultar um especialista.

A atenção primária ao paciente é também uma forma de se evitar a necessidade de procedimentos mais complexos para resolver um problema de saúde que poderia ser diagnosticado com antecedência. Um exemplo, neste sentido, é o resultado de um estudo realizado em um grande hospital

infantil urbano, relatado por Starfield (2002). O estudo confirmou, segundo a autora, os benefícios da atenção ao primeiro contato em crianças com doença aguda (apendicite). As crianças, cujos pais contataram seu prestador de atenção primária antes da chegada ao hospital, apresentaram uma menor probabilidade de perfuração do apêndice do que aquelas que não o fizeram.

Outro estudo citado pela autora, também envolvendo criança com apendicite, mostrou os mesmos resultados gerais. As crianças que pertenciam a uma organização de manutenção da saúde, em que um dos princípios ou exigências básicas é que os pacientes consultem com seu médico de atenção primária antes de buscar atendimento em outros lugares, tiveram uma menor duração dos sintomas antes de se apresentarem no hospital e ainda períodos menores de hospitalização do que as crianças em programas de saúde em que não era exigida a consulta prévia a um médico de atenção primária.

Ainda segundo Starfield (2002), a razão fundamental para se adotar um sistema de atendimento pelo primeiro contato, está no fato de que o treinamento dos médicos de atenção primária ocorre com pacientes que têm baixa probabilidade de estarem doentes com problemas raros e sérios. Ou seja, quando o paciente é normalmente acompanhado pelo médico, o qual já conhece seu histórico de vida, a probabilidade de se evitar que este possa ser acometido por determinada enfermidade que poderia ser prevenida ou evitada é bem maior.

6 SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Constituição da República Brasileira de 1988 assegura ao cidadão o direito à saúde, porém, na prática, sabe-se que o acesso aos serviços públicos de saúde ainda é um dos grandes problemas da população brasileira. No caso da saúde bucal, em geral esta situação é ainda mais complexa.

Para Silveira Filho (2002), o texto constitucional que formula o Sistema Único de Saúde – SUS, incluindo sua regulamentação e outros textos normativos constituem as bases legais que consolidam as ações de saúde bucal via SUS, propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão marco da saúde no país, o que vale dizer que consagra um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado, portanto, na premissa da universalidade, da qualidade, e da integralidade, constituindo-se em um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade e que esteja regulado através do controle social.

Todavia, o autor assevera que,

Apesar desse pressuposto, percebe-se que algumas destas dimensões são ainda pouco incorporadas à atitude em saúde bucal, em boa parte dos sistemas locais de saúde. Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. O desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social (SILVERIA FILHO, 2002, p.2).

Apesar das dificuldades de acesso aos serviços de saúde no Brasil, sobretudo no caso dos serviços odontológicos, há que ressaltar, no entanto, que existem hoje no país ferramentas e estratégias que se apresentam como uma importante saída para o encaminhamento da questão da saúde pública, caso, por exemplo, do Programa Saúde da Família - PSF.

Neste sentido, Emmi e Barroso (2006) enfatizam que o Programa Saúde da Família tem se apresentado como uma estratégia de reestruturação da atenção primária a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios do SUS, sendo que o PSF tem como principal propósito levar a saúde para mais perto da família, permitindo, dessa forma, melhorar a saúde da população brasileira.

Para Silveira Filho (2002), apesar dos avanços em relação ao atendimento às questões relacionadas à saúde no Brasil, especialmente através do PSF, e, em particular no caso da saúde bucal, é necessária uma mudança de enfoque neste sentido. Isto porque, segundo ele, a própria forma de se pensar a saúde bucal pública passa pela mudança do enfoque da Odontologia Preventiva e Social para Saúde Bucal Coletiva. Há que se criar um novo paradigma para os profissionais da saúde bucal, “sendo imprescindível que no bojo de sua discussão se almeje a consolidação da cidadania brasileira” (SILVEIRA FILHO, 2002, p.37).

Ainda de acordo com o autor, mesmo tendo conseguido alguns resultados importantes, ainda são incipientes os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no PSF (SILVEIRA FILHO, 2002).

E para que se mude essa realidade, é necessário um amplo debate que envolva de forma efetiva aspectos como:

- 1) as perspectivas de mercado de trabalho para o profissional de saúde bucal, despontando o serviço público como uma alternativa promissora;
- 2) as questões trabalhistas que envolvem a contratação destes profissionais, uma vez que este mercado, diferentemente da iniciativa privada, requer um vínculo empregatício;
- 3) os limites de implantação trazidos pela legislação vigente, especialmente quanto à relação entre equipes;
- 4) uma revisão das técnicas de promoção e prevenção em saúde bucal ainda enraizadas no Modelo Incremental¹, de atenção a escolares, profundamente marcada pelo preventivismo² com o conceito de “geração perdida”, absolutamente conflitante ao princípio de equidade;

5) a necessidade de apreensão da epidemiologia social, do planejamento estratégico, de compreensão dos processos sociais comunitários, do território, do funcionamento das famílias e das ferramentas apropriadas à abordagem de cada uma destas questões;

6) a revisão das ações clínicas na saúde bucal, ainda profundamente marcadas pela exodontia, pela mutilação;

7) a necessidade de se constituírem outros níveis assistenciais, aparecendo como mais urgentes as especialidades de endodontia e prótese.

Estes são alguns dos questionamentos que vêm surgindo no amplo debate entre profissionais, acadêmicos, entidades de classe e gestores. Seguramente um momento ímpar para o crescimento e o fortalecimento da saúde bucal brasileira (SILVEIRA FILHO, 2002, p.37).

Souza (2001), citado por Emmi e Barroso (2006) afirma que a saúde bucal, no contexto do PSF deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente daqueles que se dedicam especificamente à área de odontologia. Para o autor, o simples fato de incorporar a saúde bucal ao PSF não significa necessariamente incluir o cirurgião-dentista na equipe mínima constituída por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, mas é preciso articular o trabalho desses profissionais a uma equipe de saúde bucal.

Para Emmi e Barroso (2006), é necessário que haja uma preparação das equipes de saúde bucal no sentido de prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, com a atenção sempre voltada para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais.

Rabelo e Corvino (2001), defendem a mudança no modelo de ensino da área odontológica, como forma de mudar o sistema atual de assistência à saúde bucal; ao invés de um modelo centrado na tecnologia, deveria ser adotado um modelo com ênfase nas ações altamente especializadas.

A assistência à saúde bucal – sobretudo no que se refere às ações preventivas – com enfoque centrado na tecnologia também é questionada por Cordón e Garrafa (2001), citados por Matos e Tomita (2004). Para esses autores, é necessário que se faça uma ampla reflexão sobre o uso acrítico de tecnologias preventivas destinadas a populações que delas não

necessitam, enquanto grandes contingentes populacionais se quer têm acesso mínimo a informações sobre a saúde bucal.

Silveira Filho (2002) propõe que na organização do trabalho das equipes de saúde bucal da família, a implantação do serviço se dê em três momentos não estanques nem tampouco fragmentadas ou obrigatoriamente sequenciais. Naturalmente, essa implantação deve obedecer as condições e peculiaridades de cada território, cada comunidade, que pode ou não já ter acesso à saúde bucal. Dessa forma, a implantação sofrerá variações quanto ao nível de organização social, que certamente terá diferentes problemas prioritários e diferentes formas de dimensão desses problemas.

A educação e a prevenção são freqüentemente citadas no meio acadêmico e profissional de Odontologia. Entretanto, Narvai (2006) adverte sobre a questão do *preventivismo*, uma forma simplista de abordagem da saúde bucal, sem levar em consideração o contexto socioeconômico e cultural nos quais serão implantadas as medidas preventivas.

6.1 Odontologia e saúde pública

Para Narvai (2006) a publicação do Manual de odontologia sanitária em 1960, por Mário Chaves, marcou profundamente a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico no Brasil e influenciou várias gerações, acabando por estender essa influência por toda a América Latina e, dois anos mais tarde, a publicação da versão espanhola dessa obra pela Organização Pan-americana da Saúde⁶ consagrou a obra definitivamente.

Ainda segundo o referido autor, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, a proibição do acesso ao consultório odontológico privado à maioria dos cidadãos brasileiros produziu uma discreta, porém significativa ruptura na produção de serviços odontológicos, em função do surgimento de uma modalidade estatal de produção desses serviços. “A odontologia de

mercado seguia absolutamente majoritária, mas deixou de ser a única modalidade assistencial neste segmento do setor saúde” (NARVAI, 2006, p.142).

Ainda de acordo com o autor, no cenário do pós-guerra, mais especificamente em 1952, o SESP-Serviço Especial de Saúde Pública implementou os primeiros programas de odontologia sanitária no Brasil, com os primeiros programas desse tipo sendo implantados em Aimorés, MG, e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil. O alvo principal desses programas, segundo o autor, era a população em idade escolar, considerada epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. A partir de então, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do País (NARVAI, 2006).

Em 1960, com a criação do Manual de odontologia sanitária, originado da prática desenvolvida por profissionais da área odontológica em saúde pública no Brasil, ainda nos anos 50, surgia também o Curso de Especialização em Saúde Pública para Dentistas, na Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, considerado outro marco importante na saúde pública do país (NARVAI, 2006).

Nos últimos anos, segundo Silveira Filho (2002), a área técnica de saúde bucal tem conseguido avanços importantes. E esta situação tem sido possível devido ao trabalho de parceria entre representantes das diferentes instâncias governamentais, da academia e das entidades de classe, que tem buscado agregar conhecimento e ampliar a capacidade resolutiva, com planejamento do seu trabalho em três linhas principais de atuação.

A primeira dessas linhas de atuação, de acordo com o autor, se refere à implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF e seus desdobramentos no

desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde a partir da Norma Operacional da Assistência (NOAS/2002) (SILVEIRA FILHO, 2002).

Quanto à segunda linha de atuação, na vertente da epidemiologia, tem como principal projeto o Levantamento Epidemiológico Nacional SB 2000, e discute a possibilidade de implementação de campanhas de prevenção em saúde bucal a exemplo de uma Campanha Nacional de combate e prevenção ao câncer bucal; além da revisão dos indicadores de avaliação de saúde bucal a partir da experiência do monitoramento das Equipes de Saúde Bucal no PSF e do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Por fim, busca-se, nesta linha de atuação, viabilizar a realização de um fórum destinado a um debate mais amplo acerca do uso adequado do flúor nos tratamentos odontológicos (SILVEIRA FILHO, 2002).

Já a terceira linha de atuação, conforme ressalta o autor citado, consiste em desencadear uma ação articulada entre Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde (ANVISA) e setores da indústria de produtos de interesse a saúde bucal, especialmente no caso dos que contém flúor em sua formulação, com vista a buscar uma melhor qualidade e segurança dos produtos e também para o estabelecimento de consensos quanto aos materiais educativos, de divulgação e marketing (SILVEIRA FILHO, 2002).

Para o autor referido, dada a demanda pelos serviços públicos de saúde bucal, a implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF, encontra-se em fase de elaboração um documento que tem por objetivo auxiliar esta implantação, não apenas no sentido normativo da qualificação e cadastramento, mas também no que se refere ao aspecto organizacional considerando-se a prática cotidiana das equipes, ressaltando-se que o referido documento não se constituirá pelo menos de início, em uma norma ou uma cartilha a ser seguida (SILVEIRA FILHO, 2002).

A Área Técnica de Saúde Bucal tem buscado agregar conhecimento e ampliar a sua capacidade resolutiva, num trabalho de parceria entre representantes das diferentes

instâncias governamentais, da academia e das entidades de classe da à risca, e sim orientar as equipes para uma prática em saúde da família, que deverá acima de tudo estar pautada sobre a sua realidade local, sobre o conhecimento da sua comunidade adstrita, a comunidade de sua responsabilidade (SILVEIRA FILHO, 2002, p.38).

Para o autor, essa iniciativa tem como objetivo principal a compatibilização dos princípios do SUS com os princípios de organização e exercício no nível da Atenção Básica à Saúde através da estratégia Saúde da Família, princípios estes de consenso internacional (SILVEIRA FILHO, 2002).

Todavia, apesar de todos os avanços da área odontológica pública no Brasil nesses últimos anos, conforme ressaltado pelo próprio Silveira Filho (2002), Narvai (2006), por sua vez, afirma que neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros ainda reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privado de prestação de serviços no país.

Para Narvai (2006), apesar dos esforços em se transformar a odontologia em um instrumento de política pública e social no país ainda não se transformou em uma realidade concreta. Isso porque, segundo o autor, a odontologia de mercado ainda prevalece no país, jamais tendo perdido sua hegemonia no sistema de saúde brasileiro.

Em linhas gerais, sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas (NAVAI, 2006, p.143).

Para o autor, é fundamental que os envolvidos com a produção dos conhecimentos sobre a área odontológica e sua relação ou inserção nos serviços públicos voltados para o atendimento da população e os gestores da área, não apenas conheçam o conjunto de proposições que estão em curso sobre o tema na atualidade, mas que também as levem em consideração, ao definir uma agenda para a saúde bucal coletiva coerente com as necessidades daqueles cujas vontades se expressaram democraticamente na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (NARVAI, 2006).

Sabe-se que a saúde bucal é um problema que ainda afeta grande parcela da população brasileira, sobretudo os indivíduos com menor poder aquisitivo e de grau de escolaridade mais baixo.

Pinto (1983), afirma que, no Brasil, quando se trata da doença periodontal, os índices de prevalência são alarmantes principalmente junto à população rural, estimando-se que a quase totalidade da população adulta brasileira necessite de tratamento conservador para um serviço que somente está disponível em clínicas privadas, de alto custo.

Ainda segundo o referido autor, estudos idealizados por Marcos (1980), e utilizando o índice Periodontal (IP), mostraram que a prevalência foi de 90% na faixa etária de 6 a 14 anos (IP: 0,40), de 88,7% entre alunos de Odontologia entre 15 e 34 anos (IP: 0,32) e de 100% entre a população rural com 15 anos ou mais (IP: 2,20) (PINTO, 1983).

Um outro aspecto relevante destacado pelo autor, é o fato de que estatísticas referentes a casos notificados de câncer revelam um alto percentual de localização desse tipo de doença na boca (8,5% no homem e 2,3% nas mulheres), observando-se que nos grupos de faixas etárias de 15 a 44 anos, e de 45 a 64 anos, o câncer oral ocupa o 3º lugar como área de incidência masculina. “Em relação a problemas ortodônticos, utilizando o

índice de Draker, Viegas estima que 10% das crianças entre 7 e 14 anos necessitam de tratamento no país” (PINTO, 1983, p.317).

Todavia, é importante ressaltar que essa realidade vem mudando no país nos últimos anos, especialmente pela implementação de programas voltados para o atendimento à saúde bucal da população brasileira, especialmente através das equipes de saúde da família que atendem, sobretudo nas escolas da rede pública de ensino do país.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), atualmente, o trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. Segundo o MS, as equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2009), a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias evidencia para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Contudo, sabe-se que especialmente entre a população de faixa etária mais elevada, a saúde bucal ainda constitui um dos principais problemas enfrentados por essa população.

Em Montes Claros, MG, pesquisa realizada por equipe de professores da Universidade Estadual de Montes Claros (2009), num grupo de 428 idosos, demonstrou que os mesmos apresentam uma condição de saúde bucal precária e que há uma aparente inconsistência entre condição de saúde bucal objetiva precária e de percepção positiva da saúde bucal.

De acordo com os resultados da pesquisa, as condições dos idosos avaliados, no tocante à saúde bucal, mostraram uma precária condição de saúde bucal, sendo que 59,3% eram edentados; 68,7% necessitavam de prótese, 24,4% possuíam lesão de mucosa e 23,3% relataram sensibilidade dolorosa nos últimos seis meses.

Ainda segundo os dados da pesquisa, dos 428 idosos avaliados, apenas 231 autoperceberam necessidade de tratamento odontológico. Verificou-se um CPOD médio de 22,77 ($\pm 12,36$), com predomínio do componente perdido. A autopercepção da saúde foi predominantemente classificada como boa, havendo um predomínio da percepção positiva da mastigação, da aparência e da fala. A maior parte relatou que condições bucais não afetam seu relacionamento social e não ter sentido dor nos dentes ou gengivas nos últimos seis meses (SANTOS, et al., 2009).

CONCLUSÃO

Dentre os serviços públicos colocados à disposição da população, em qualquer parte do mundo, especialmente em países menos desenvolvidos, certamente os serviços de saúde são os que apresentam maior demanda por parte da população. E, exatamente, nesses países, é que a procura por tais serviços é mais expressiva. Essa situação pode ser explicada por dois fatores fundamentais: primeiro, devido às condições desfavoráveis dos países menos desenvolvidos, financeiro e tecnologicamente, as pessoas tendem a sofrer mais com os problemas de saúde, porque nesses países os investimentos no setor de saúde nem sempre constitui uma prioridade.

Por outro lado, em geral esses recursos são mal direcionados; muitas vezes levam em conta os efeitos e não as causas dos problemas da saúde, isto é, são destinados a atenuar os problemas quando eles já são reais, ou quando já existe um quadro iminente que requer soluções emergenciais, ao invés de destinarem-se, ou fazerem parte de uma política preventiva, que possa evitar ou inibir o surgimento do problema.

Segundo, em função das desigualdades sociais, pela má distribuição da renda, os problemas de saúde tendem a ser mais frequentes em determinadas regiões, como é o caso do Brasil. Isso porque nessas regiões, as condições de infra-estrutura, como a falta de saneamento básico, por exemplo, acabam constituindo-se em fatores agravantes do problema.

Para se resolver os graves problemas de saúde, que afetam grande parte da população, sobretudo em países como o Brasil, é essencial investir não apenas na cura da doença, mas, fundamentalmente na sua prevenção.

O Programa Saúde da Família tem sido uma importante medida neste sentido, isto é, de olhar a questão da saúde sob o prisma da prevenção; da priorização da atenção primária; de prevenir ao invés de curar. E isto é

ainda mais relevante quando se trata da saúde bucal, tendo em vista que, em geral, o brasileiro não costuma adotar uma prática preventiva com relação à saúde bucal, ou seja, a procura por esse tipo de serviço normalmente ocorre quando há uma situação em que o indivíduo já foi afetado por um problema dentário.

Há, portanto, a necessidade de se criar estratégias eficazes que permitam proporcionar, de forma efetiva, acesso à saúde bucal por parte da população que dificilmente tem acesso a esse tipo de atendimento. E, neste sentido, é importante que as estratégias de saúde da família se transformem de fato, no mecanismo de acessibilidade à saúde bucal por parte da população brasileira.

Conclui-se, portanto, que os objetivos do estudo foram alcançados, na medida em que foi possível, ao longo do estudo, avaliar o sistema de saúde no Brasil ao mesmo tempo em que se constatou, também, a importância das equipes de Saúde Bucal como instrumento ou meio de se possibilitar maior facilidade de acesso da população aos serviços odontológicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão municipal de saúde. Textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Atenção Básica – Saúde da família.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso 28/11/2009.

EMMI, Danielle Tupinambá Emmi; BARROSO, Regina Fátima Feio. **Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará.** In: Ciência e saúde coletiva v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413> Acesso em 20/11/2009.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e participação sociopolítica. São Paulo: Cortez, 2001.

GOYA, Neusa. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. In: Revista SANARE, Ano IV, nº 1, Ceará: Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral, 2003.

MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. **A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>> Acesso em 14/11/2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

NAVAI, Paulo Capel. **Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade.** Disponível em: <www.scielosp.org/scielo.php?script=sci...pid> Acesso em 20/11/2009.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal no Brasil.** Rev. Saúde bucal pública. São Paulo, 1983. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v17n4/06.pdf>>. Acesso em 28/11/2009.

RABELO SB; CORVINO MPF. **A inserção do CD no Programa Saúde da Família.** Rev Bras Odontol 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>> Acesso em 07/11/2009.

RIBEIRO, E. M. **As várias abordagens da família no cenário do programa/ Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.4, Ago. 2004.

RISI JÚNIOR, João Batista; NOGUEIRA, Roberto Passos. **As condições de saúde no Brasil.** In: FINKELMAN, Jacobo. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SANTOS, Rodney Miguel et al. **Satisfação com a condição de saúde bucal entre idosos de Montes Claros – MG: Projeto SBMOC.** Montes Claros: Unimontes, 2009. Disponível em: <<http://www.fepeg.unimontes.br/index.php/fepeg/fepeg2009/paper/viewFile/445/223>>

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática.** : Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>> Acesso em 14/11/2009.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIURA, Ana Cecília & MENDES, Rosilda. **Promoção da saúde: conceitos e definições.** In: Revista SANARE, Ano IV, nº 1, Ceará: Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral, 2003.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde.** Tradução de Walkíria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas.** In: CANESQUI, A. M. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2000.