

A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO – DENTISTA NO PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal

André Neves MARTINS¹

Tyr-zzá Vieira LANNA²

Pedro Carlos Ferreira SANTOS³

Sérgio Ricardo MAGALHÃES⁴

¹Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.

E-mail: andremartins-@hotmail.com

²Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.

E-mail: tyr-zzalanna@hotmail.com

³Mestre em Filosofia. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte. E-mail: prof.pedro.carlos@unincor.edu.br

⁴Doutor em Engenharia Biomédica. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.

E-mail: sergio.magalhaes@unincor.br

RESUMO: O Programa de Saúde da Família, instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde, constitui uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. No entanto, o cirurgião-dentista foi inserido nessa proposta somente em 2000, com a criação das Equipes de Saúde Bucal. O fato de a odontologia não estar presente desde o início possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais e pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das ESB. Objetivo: realizar uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação realizados pela odontologia dentro do PSF, bem como de propor uma nova forma de avaliação das ações dos profissionais inseridos nesse contexto de trabalho. Para a realização desse estudo será realizada uma pesquisa nas bases de dados Medline, Scielo e BBO.

PALAVRAS CHAVE: Odontologia. PSF. Cirurgião-dentista. SUS. Família.

THE INSERTION OF THE DENTIST IN THE PSF: review of the actions and methods of assessment of oral health teams

ABSTRACT: The Family Health Program, established in 1994 by the Ministry of Health, is a strategy for reorganizing the health care system. However, the dentist was inserted into this proposal only in 2000, with the creation of Oral Health Teams. The fact that dentistry is not present from the start possibly caused losses in the payment process of the professionals and may have given variously in the deployment of the ESB process. Objective: To conduct a critical review of the actions and methods of evaluation performed by dentistry within the PSF as well as to propose a new way of evaluating the actions of the professionals involved in the work context. To conduct this study, a survey will be conducted in Medline, SciELO and BBO data using keywords PSF and dentistry.

KEYWORDS: Dentistry. PSF. Surgeon – Dentist. SUS. Família

INTRODUÇÃO

Em março de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma forma de operacionalizar o

Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidar os princípios da Reforma Sanitária Brasileira estabelecida na Constituição Nacional de 1988 e no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986. De acordo com o documento oficial que define as

bases do programa, a Estratégia Saúde da Família pauta suas ações priorizando a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua.

Em relação aos recursos humanos operantes, as equipes eram compostas apenas de médico e enfermeiro. Em 1997, foram incorporados o auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Neste momento inicial, a Saúde Bucal não teve seus profissionais incluídos na equipe mínima, apesar de existir, àquela época um movimento nacional em prol da inclusão da equipe de Odontologia no Programa de Saúde da Família. Oficialmente, foi à publicação da

Portanto tento em vista que a população brasileira, necessita de ações que buscam melhorias na promoção e prevenção da saúde, foram criadas ações e projetos voltados para atenção a odontologia, com implementação do cirurgião – dentista no programa saúde da família, buscou – se melhorias para atendimentos a população. A odontologia resgata a matriz ideológica do programa de saúde da família, buscando o foco núcleo familiar, utilizando a epidemiologia como ferramenta de decisão, norteadora dos critérios de priorização.

O objetivo é realizar uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação realizados pela odontologia dentro do PSF, bem como de propor uma nova forma

Portaria n.º 1.444, pelo Ministério da Saúde, que implantou as equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, ao estabelecer o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios. Oficialmente, foi à publicação da Portaria n.º 1.444, pelo Ministério da Saúde, que implantou as equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, ao estabelecer o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios. Essa implantação ocorreu em 28 de dezembro de 2000, portanto seis anos após a criação do PSF, sendo regulamentada pela Portaria n.º 267, de 6 de março de 2013.

de avaliação das ações dos profissionais inseridos nesse contexto de trabalho. Para a realização desse estudo será realizado uma pesquisa nas bases de dados Medline, Scielo e BBO, utilizando as palavras chaves psf odontologia, cirurgião – dentista, família, SUS

REVISÃO DE LITERATURA

Historicamente, a Odontologia, nos serviços públicos, sempre adotou um modelo tradicional, centrado no atendimento curativo/mutilador. Esse fato pode ser explicado a partir da própria consolidação dos atos odontológicos. Também a Odontologia do século XX pautou-se pelo paradigma

flexneriano, caracterizado pelo biologicismo, especialismo, curativismo, tecnicismo, individualismo e objetivismo.

A construção do saber odontológico moderno se dá sobre a seguinte tétrede: doença objetiva, indivíduo doente, tratamento singular, terapeuta individual. Clínica, cirurgia, individualismo, curativismo. Este modelo não responde mais aos problemas de saúde bucal da população e, se o custo financeiro alcança escalas cada vez mais altas, a eficiência cada vez mais se perde. O modelo de assistência odontológica decorre de uma concepção de prática centrada no indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual, o cirurgião-dentista, no restrito ambiente clínico-cirúrgico, em que a prática odontológica é enfatizada pelo pensamento de mercado, considerando a saúde como um bem de consumo, uma mercadoria.

A Equipe de Saúde Bucal, para efetivamente se inserir no Programa de Saúde da Família, precisa de gestores comprometidos com a organização do SUS e engajados com a saúde coletiva; de trabalhadores valorizados para desenvolver seu conhecimento específico, para que se obtenham resultados positivos da atuação do cirurgião-dentista no PSF.

O programa saúde da família tem sido considerado a maior mudança estrutural da saúde brasileira, propondo humanizar as

práticas de saúde, buscando satisfação pelo usuário, pelo estreito relacionamento do profissional e comunidade, buscando o reconhecimento da saúde como direito e cidadania e expressão de qualidade de vida. O Ministério da saúde recomenda que a equipe de saúde da família seja composta por um médico, um enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, e uma equipe de saúde bucal, composta pelo cirurgião dentista e por sua vez um auxiliar de consultório dentário, e um técnico de higiene dental, por sua vez a equipe de saúde bucal deve atender em média 6, 900 habitantes.

Atribuições do cirurgião dentista no PSF

Realizar levantamento epidemiológico na saúde bucal, realizar procedimentos definidos na norma operacional básica no sistema único de saúde (NOB/SUS-96) e norma operacional básica Assistência de saúde (NOAS).

Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.

Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.

Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.

Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.

Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.

Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal.

Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.

Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

Capacitar às equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab todos os procedimentos realizados.

A odontologia e a saúde bucal no Brasil e PSF

A inserção da saúde bucal no PSF pode ser considerada uma importante estratégia na transformação do modelo de assistencial em termos técnicos e políticos (TRADI, BASTOS, 1998, p. 429-435). Muda-se o objeto de ação e organização geral dos

serviços, tendo como base um modelo de atenção à saúde bucal, voltado para a proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994).

A odontologia, seguindo o caminho das profissões médicas, historicamente, constituiu suas práticas centradas na doença, de forma individualizada e tecnicista. Além disto, as políticas públicas nacionais de saúde bucal têm ocorrido de modo retardatário, marginal às políticas maiores do campo da saúde (MARTINS FILHO, 2000). O processo de trabalho tornou-se mais complexo, por vezes desnecessariamente fragmentado, desvinculando em demasia o conhecimento e a prática (MACHADO, 1997). O que resulta na insuficiência em suas ações.

Segundo Narvai (1994), o setor privado da odontologia brasileira proporciona atendimento freqüente a somente 5% da população devido aos aspectos curativistas e do alto custo que tem caracterizado esta prática. Para outros 15%, a freqüência é de modo irregular e, para o restante da população, a odontologia oferece resposta mutiladora, ou seja, a extração, que para as classes populares acaba por ser a melhor saída para a solução de seu problema – a dor. Esta afirmativa se confirma no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNS B) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986, p. 4), no tema que

discursa sobre o Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, que diz:

A situação de saúde bucal, da população brasileira, é caótica. O modelo de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador.

A inscrição da saúde bucal no PSF com o redesenho do quadro de suas práticas foi um avanço importante, mas ainda incipiente diante dos desafios a serem superados. Este processo precisa ser ampliado de forma que seja à base de sustentação de uma efetiva substituição de práticas tradicionais por práticas que contribuam para a reorganização do modelo de atenção à saúde, atendendo às reais necessidades dos cidadãos. Esta reorganização deve ser acompanhada de adequada incorporação tecnológica, tanto no que se refere à infraestrutura quanto ao conhecimento (SOUZA, 2002).

Para tanto, os profissionais que atuam no PSF precisam estar dispostos e capacitados a lidar com estas inovações e a adaptá-las às diferenças locais, para que possam, concretamente, reorientar seu processo de trabalho e atingir níveis adequados de resolutividade.

A Satisfação dos Usuários do atendimento odontológico no PSF

Outro fator importante a ser analisado quanto à inserção do cirurgião-dentista do no Programa Saúde Família (PSF) e a satisfação dos usuários, considerando estudos como o de Santos que enfatizou que a satisfação do usuário é um instrumento avaliador realmente verdadeiro e que deve ser o objetivo final de todo serviço de saúde, optou-se por avaliar este aspecto.

Vasconcelos (1998) observa que alguns municípios que já implantaram o PSF não estão ocorrendo uma discussão aprofundada do modo de relação entre os profissionais e relação local, segundo o autor em suas pesquisas o programa significou mais uma modificação institucional. Ferreira Filho *et al* (1999) em seu estudo sobre avaliação e qualidade do serviço dizem que quando a pesquisa é realizada com usuários fora do espaço assistencial além das críticas aos serviços serem feitas mais facilmente, observa-se que a insatisfação é maior é gerada quando a atenção curativa ou emergencial não é bem resolvida.

Guedes e Garcia (2010) estudaram a satisfação do usuário do serviço e verificaram que as respostas dos usuários acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentam um direcionamento para as respostas positivas

(ficando em torno de 40% a 50%), pois há um receio de que as respostas desfavoráveis possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento. Por outro lado, quando o entrevistador não é uma pessoa da comunidade, a tendência pode ser a resposta negativa.

Regis Filho e Lopes (2007) desenvolveram um estudo sobre perfil dos usuários e nível de satisfação em um serviço ambulatorial. Questionados sobre sua satisfação quanto aos horários de visitas dos agentes comunitários, cerca de 90% das pessoas se disseram muito satisfeitas. A satisfação dos usuários foi evidente, pois destacam que a oferta de atendimento odontológico como fator positivo, apesar da caracterização da USF como Posto de Saúde, predominando o modelo cirúrgico-restaurador, desvinculando-se do processo de planejamento para identificar as reais necessidades da população e assim organizar a demanda nos moldes do PSF. Por isso, é imprescindível que as ESB também atuem no contexto da família por meio da prevenção, promoção e recuperação da saúde da população adscrita estabelecendo maior acesso, acolhimento e vínculo.

DISCUSSÃO

As ações realizadas pelos CDs envolvidos com o PSF ainda são, na maioria das vezes, de caráter curativo e voltadas para

o atendimento clínico ambulatorial. Há grande dificuldade em se modificarem as formas de atuação já estabelecidas para criar outro modo de pensar e produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

Embora a relação entre equipe/habitante esteja dentro das recomendações, percebem-se nos relatos dos cirurgiões-dentistas que a demanda é excessiva, com predominância das ações curativas, não sobrando tempo para outras atividades.

A alta ocorrência de necessidades curativas pode ser explicada pela dívida assistencial em saúde bucal à que a população foi submetida ao longo da história e pela ausência de programação das ações de saúde.

Um aspecto relevante levantado foi o pouco tempo de permanência dos profissionais que formam as equipes de saúde bucal, já que em grande parte dos casos a implantação é realizada por meio de contratos temporários. Isso pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade do vínculo para a melhor incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde.

A qualificação dos CDs é também fator de discussão, uma vez que o perfil exigido para um profissional que atue na

lógica do PSF não é atingido por deficiências na formação extremamente voltada para o desenvolvimento de habilidades técnicas, em detrimento daquelas necessárias ao trabalho com a coletividade e suas demandas.

A inclusão do cirurgião-dentista no PSF representa maior possibilidade de acesso de milhões de brasileiros a um serviço de saúde bucal, além de trazer o dentista para mais perto da população, fazendo-o repensar sua prática a partir da reorganização do modelo de atenção. De acordo com a Portaria N° 267 de março de 2001, que dispõe sobre normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, as ações de saúde bucal devem expressar, como características operacionais, entre outras: o caráter substitutivo das práticas tradicionais a definição da família como centro da abordagem da equipe e a humanização do atendimento (Brasil, 2001).

Dessa forma, o PSF promove uma mudança no processo de trabalho do profissional da saúde, por meio de uma nova forma de “intercessão partilhada”, agora estabelecida não só mais entre profissional e usuário, mas também entre o serviço e a família com a comunidade.

Para a efetivação desta nova proposta trazida pelo PSF, uma importante dificuldade se apresenta referente ao número de pessoas vinculadas a cada equipe de saúde bucal. Fica evidente que a grande demanda tem

dificultado a criação do vínculo entre profissional e usuário já que nem sempre é possível reconhecer cada pessoa pelo nome ou reconhecer a fisionomia dela, sendo mais fácil, em muitos momentos, reconhecer às condições bucais de saúde ou doença, fato que nos relembra que a relação estabelecida pelo odontólogo nem sempre foi com um sujeito, mas apenas com os dentes deste.

Discutidos os enfoques e dificuldades referentes ao estabelecimento do vínculo, cabe aqui análise, ainda, de um instrumento de destaque dentro da prática do PSF, que são as visitas domiciliares, importante meio de aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário, bem como, conseqüentemente, de construção dessa relação de amizade e confiança baseada no vínculo.

Nesse sentido, vale ressaltar o que nos coloca a Portaria n.267 (Brasil, 2001), quando define, como uma das atribuições comuns a todos os profissionais de saúde bucal do PSF, a realização das visitas domiciliares. Porém, na realidade dos municípios, não se percebe uma priorização desse instrumento.

Este fato se deve à infra-estrutura, no que se refere à falta de transporte, pois a realidade da maioria dos PSF's é a de somente um carro para toda a equipe, como também à organização do trabalho do cirurgião-dentista. A falta de tempo para outras atividades, além da clínica, devido à

grande demanda e ao pequeno número de profissionais contratados, tem feito com que o cirurgião-dentista concentre as suas ações somente no consultório odontológico, o que tem dificultado a construção do vínculo, que, por sua vez, poderia ser mais facilmente estabelecido em outros espaços, como por meio das visitas domiciliares. Diante desta realidade, vale lembrar o que nos diz Silveira Filho (2002), ao afirmar que o vínculo se estabelece a partir do acompanhamento das famílias, tendo a visita, um valor tão grande quanto o diagnóstico clínico de uma determinada patologia, permitindo ações tanto de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento, como também, o mais importante que é o de suporte às mudanças comportamentais na família.

O acolhimento e o vínculo constituem, então, importantes instrumentos na mudança que, por tanto tempo, se centrou somente no processo patológico da doença, esquecendo o sujeito e outros fatores que contribuíram para a mesma, como os psicossociais, tão importantes na determinação do diagnóstico e do plano terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Saúde da Família se configurou como uma das tentativas de resposta do Ministério da Saúde à crise

vivenciada pelo setor saúde nas duas últimas décadas. Foi concebido e implantado em 1994 com o objetivo de proceder “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital”.

Durante o processo de difusão, diversos mecanismos institucionais foram estabelecidos para estimular a adesão por parte dos municípios. Hoje, o Programa de Saúde da Família é considerado o principal modelo assistencial adotado no Brasil buscando a reorganização de práticas assistenciais municipais. A abordagem do PSF para o trabalho do CD vai muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada. No entanto, a formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada, o que se reflete na falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde.

Há necessidade de motivar os profissionais para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das suas ações. O Programa saúde da família tem sido considerado a maior mudança estrutural na saúde brasileira, buscando

humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário e o reconhecimento da saúde como direito a cidadania e expressão de qualidade de vida.

No entanto, apesar das deficiências e contradições que implicam o enfrentamento de situações complexas, exigindo intervenção

intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, é possível a efetivação do modelo do PSF para as ações de saúde bucal, por se tratar de uma estratégia necessária e pertinente.

REFERENCIAS:

ANDRADE, K.L.C; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc.saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.123-130, 2006.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei orgânica da saúde. Diário Oficial da União, 20 set 1990. Brasil. Ministério da Saúde. Projetos e Programas. Saúde da Família.** Disponível em ww.saude.gov.br. 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projetos e Programas. Saúde da família.** Disponível em www.saude.gov.br. 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família.** 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.** Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2000 dez 29.

BRASIL. Portaria n° 267/GM, de 6 de março de 2001. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de normas e diretrizes da saúde bucal.**

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Brasília (DF); 2001 mar Brasil. Portaria n° 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2003 jun 4.

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

GUEDES DGM, Garcia TR. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário estudo no município de Campina Grande (PB). **Rev. Saúde em Debate**; v.25, n.9 , p. 40-49, 2001.

NARVAI, P.C **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev Bra Enferm**; v. 48, n. 2, p. 109-119, 1995.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**; v. 14, n.2, p. 429-435, 1998.

VASCONCELOS, E.M. A priorização das famílias nas políticas de Saúde. **Rev. Saúde em Debate**; v. 23, n. 53, p 6-19, 1999.