

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECENDO A ATUAÇÃO DAS EQUIPES EM SOBRAL-CE

*Oral Health in the Family Health Strategy: Finding Out the Performance
of the Teams in Sobral - Ceará*

Alrieta Henrique Teixeira

Dentista do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Sobral-Ceará. Especialista/Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Mirna Marques Bezerra

Dentista. Doutora em Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Vicente de Paulo Teixeira Pinto

Enfermeiro. Doutor em Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenador de Comunicação em Saúde do município de Sobral-CE.

sinopse

*N*a perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde incluiu, em 2001, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família. Neste sentido, esta pesquisa se propôs a conhecer a atuação das primeiras Equipes de Saúde Bucal (ESB), em Sobral-CE, através de um estudo descritivo e enfoque retrospectivo, com abordagem quali-quantitativa. A população constituiu-se de 17 ESB e 237 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sendo a amostra representada por 14 cirurgiões-dentistas (CD) e 24 ACS. O estudo foi realizado no período de março a agosto/2003, nas Unidades de Saúde do município, através de entrevistas. A análise dos resultados nos permitiu verificar que a inserção das ESB causou um impacto positivo no trabalho do setor de odontologia do município. Houve um maior direcionamento da atenção para ações de promoção de saúde, principalmente nas atividades com grupos. Percebemos que os ACS desenvolvem ações importantes como as orientações gerais de saúde bucal, os encaminhamentos ao setor odontológico e o papel de mediador entre a comunidade e as ESB. Finalmente, reafirmamos a relevância das ESB no contexto da Estratégia Saúde da Família para a promoção à saúde da população.

palavras-chave:

Programa Saúde da Família, Saúde bucal, Equipes de saúde bucal.

abstract

From the perspective of broadening access for the population to health services, the Ministry of Health included, in 2001, actions for promotion, prevention and recuperation of oral health in the Family Health Program context. In this sense, this survey proposes to find out the performance of the first Oral Health Teams (ESB), in Sobral - Ceará, through a descriptive study and retrospective focus, with quali-quantitative approach. The population is attended by 17 ESB and 237 Community Health Agents (ACS) with the sample being represented by 14 surgeon-dentists (CD) and 24 ACS. The study was carried out in the period from March to August 2003, in the Health Units in the municipality, by means of interviews. The analysis of results permitted us to check that the insertion of ESB caused a positive impact in the work of the dentistry sector in the municipality. There was greater directing of assistance to health promotion actions, especially in the activities with groups. We realized that the ACS develop important actions such as general guidance in oral health, the referring to the dentistry sector and the role of mediator between the community and the ESB. Finally, we reaffirm the relevance of ESB in the Family Health Strategy context for health promotion of the population.

key words

Family Health Program; Oral Health; Oral Health Teams.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada pelo Ministério da Saúde em 1994 com a denominação de Programa de Saúde da Família, vem mostrando nos últimos anos sua efetividade como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, procurando atuar de forma ampla e integralizada. Nesse contexto, o indivíduo e a família são identificados não apenas como usuários de um serviço, mas como atores e sujeitos participativos para a consolidação desse processo. A relação entre os profissionais da saúde e a população possui, agora, um caráter de coletividade com base no conceito de saúde como qualidade de vida.

Os princípios que norteiam e sustentam a ESF e são estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), levam em consideração a atuação de uma equipe multiprofissional, que tem a co-responsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde. As intervenções são organizadas de forma interdisciplinar e os integrantes desta equipe estão conscientes de que, para enfrentar o complexo quadro de morbimortalidade, faz-se necessário um pacto de solidariedade técnica e confiança mútua (SOUSA, 2001).

Ainda de acordo com Sousa (2001), a ESF atua como uma rede social que mobiliza, motiva e anima as pessoas/famílias/comunidades a serem livres e grandes, fomentando de forma solidária, sustentável e perene, as oportunidades para que as famílias vivam com saúde e paz.

A Constituição da República, promulgada em outubro de 1988, reconhece, no Art. 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em outubro de 1986, em Brasília, definiu a saúde bucal como "parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação".

Em setembro de 1993, ocorreu, em Brasília, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal representando um dos mais importantes fóruns de discussão da saúde bucal no país, havendo,

Os princípios que norteiam e sustentam a ESF e são estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), levam em consideração a atuação de uma equipe multiprofissional, que tem a co-responsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde.

É fazendo uma análise dessa condição integral para produção da saúde, que a inserção de profissionais de saúde bucal, assim como a de outras categorias, nas equipes do PSF, torna-se necessária.

entre os delegados, uma relevante representação de usuários (388 delegados) e as demais entidades - governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço (404 delegados). As discussões resultantes desta conferência permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, levando-se em conta a saúde bucal como direito de cidadania.

Fica notório que a saúde bucal sendo um componente indissociável da saúde geral, não poderá ser alcançada de maneira isolada, sem a identificação, compreensão e enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. É fazendo uma análise dessa condição integral para produção da saúde, que a inserção de profissionais de saúde bucal, assim como a de outras categorias, nas equipes do PSF, torna-se necessária.

Analisando-se os modelos de assistência à saúde bucal implementados no Brasil, constata-se que as atividades realizadas no passado estiveram, em sua maioria, voltadas para uma atenção assistencialista e tecnicista, quando a ação curativa e individual teve predomínio (OLIVEIRA, 1999). Estas ações são, muitas vezes, justificadas pela própria formação acadêmica, quando são enfatizados procedimentos individualizados e centrados na doença.

Na busca de inverter esse modelo de atenção vigente, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, insere, de forma oficial, a Odontologia no contexto da ESF, possibilitando a ampliação da oferta de serviços à população através das Equipes de Saúde Bucal (ESB), muito embora não ofereça de forma bem definida uma política concreta de atenção integral e igualitária nessa área.

Neste aspecto, o município de Sobral, no estado do Ceará, localizado a 224 km da capital, Fortaleza, com uma população estimada em atualmente em

173.000 habitantes, implantou, em junho de 2001, dezessete ESB, seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. As ESB foram cadastradas como Modalidade I, ou seja, compostas por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário, na relação de uma ESB para duas equipes de saúde da família. O MS alterou esta relação para 1:1, de acordo com a Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003.

Entretanto, como em todo processo de construção, surgiram dificuldades, relacionadas principalmente à decisão de reorientar as práticas exercidas nas Unidades Básicas de Saúde, representando um entrave para a adequada atuação da Saúde Bucal na ESF.

Na condição de cirurgiã-dentista, lotada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da periferia de Sobral, e, fazendo parte desse momento histórico quando a odontologia se desmistifica e assume uma postura ética de compromisso social e co-responsabilidade, surgiu então um questionamento: como está se dando a atuação das ESB dentro da ESF, no qual se propõe uma mudança das práticas de intervenção e priorização de ações de prevenção e promoção em saúde?

A verificação do desempenho desses profissionais se fez relevante, uma vez que permitiria constatar de que forma vinha acontecendo a inserção das ESB nessa nova proposta de atenção à saúde, servindo como referência para outros municípios e também para uma avaliação futura de todo esse processo. Neste sentido, o objetivo maior deste trabalho constituiu-se em uma descrição da atuação das ESB dentro desse novo desafio para a odontologia de trabalhar em uma equipe interdisciplinar, inserida em uma comunidade, considerando-se seus espaços, valores e crenças.

2. OBJETIVOS

Geral

- Descrever a atuação das Equipes de Saúde Bucal do Município de Sobral-CE, dentro da estratégia Saúde da Família.

Específicos

- Traçar o perfil dos cirurgiões-dentistas que estavam atuando nas ESB em Sobral;
- Verificar a percepção dos cirurgiões-dentistas e agentes comunitários de saúde quanto à inclusão das ESB na ESF;
- Identificar, através dos cirurgiões-dentistas, as ações necessárias para se alcançar os princípios determinados pelo Sistema Único de Saúde;
- Analisar a relação entre as ESB com os demais profissionais de saúde das equipes de saúde da família em Sobral.

3. METODOLOGIA

Este estudo teve natureza exploratória e descritiva, e enfoque retrospectivo, com abordagem quali-quantitativa, visando identificar as atividades que estavam sendo realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal nas

Unidades de Saúde da Família de Sobral - CE e se estas ações estavam de acordo com os princípios da ESF.

A população do estudo foi constituída por 17 Equipes de Saúde Bucal (ESB) do município de Sobral (CE), formadas por um(a) cirurgião-dentista (CD) e um(a) auxiliar de consultório dentário (ACD). Também participaram do estudo os 237 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município. A amostra foi representada por 14 CD (09 de UBS da sede e 05 de UBS da zona rural). Não foi possível obter a participação de 100% dos CD devido ao fato de um CD não aceitar fazer parte do estudo, um não ser aluno do curso de especialização com caráter de residência em Saúde da Família e o outro CD ser a própria pesquisadora, a qual assumiu a postura de observadora-participante. Segundo Minayo (1999), o observador participante faz parte do contexto em observação, na condição de modificador da situação e sendo modificado por esta. Foram também incluídos, 24 ACS alunos da 2ª turma do Curso Sequencial de Agentes Comunitários de Saúde, representando 10% do universo dessa categoria. O fato de estarem participando do Curso Sequencial no período do presente estudo facilitou, sobremaneira, a coleta dos dados.

O estudo foi realizado, no período de março a agosto de 2003, nas Unidades de Saúde do município de Sobral-CE que contavam com Equipes de Saúde Bucal e no Curso Sequencial de Agentes Comunitários de Saúde (2ª turma). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, direcionadas aos CD e questionários constituídos de perguntas objetivas e descritivas direcionados aos ACS.

Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento no qual declararam que aceitariam participar do estudo após a exposição dos objetivos e garantia, por parte do entrevistador, dos princípios éticos que emanam da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa envolvendo seres humanos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observando-se os dados coletados obteve-se um perfil dos profissionais incluídos. A maioria estava na faixa etária de adultos jovens, variando de 25 a 51 anos, sendo 9 (64,28%) do sexo feminino e 5 (35,72%) do sexo masculino. Quanto ao tempo de formação acadêmica, 64,28% (9CD) da amostra tinha um tempo de formação inferior a 5 anos. Todos os entrevistados participavam do curso de especialização com caráter de residência em saúde da família e quatro dos catorze possuíam especialização em outras áreas (periodontia, endodontia e saúde pública).

Para Silveira Filho (2002), o perfil esperado do CD que atua no PSF é de um generalista de formação, com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças,

gestantes e idosos. [...] o papel do CD é traduzido por uma parcela de especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social que, analogamente, cabe aos demais trabalhadores da saúde em seus núcleos de competência. Ainda, de acordo com esse autor, não basta para esse profissional a racionalidade técnica e o conhecimento biomédico, ao contrário, ele precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar. Da mesma forma, Dickson e Abegg (2000) afirmam que todo esse processo significa uma mudança de ideologia do profissional.

Quando questionados sobre a percepção que têm da ESF, nove (64,3%) dos CD afirmaram ser um modelo de atenção à saúde que se propõe a implantar os princípios do SUS, facilitando o acesso da população aos serviços, buscando melhorias no campo da promoção da saúde de maneira mais humanizada e com maior qualidade, levando em conta as potencialidades locais e a participação comunitária, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico. Dois (14,28%) dos entrevistados consideram o PSF um programa que visa à atenção primária. De forma semelhante, um (7,14%) dos CD relatou que houve uma maior conscientização da população em relação à sua própria saúde e um CD percebeu uma redução dos custos com saúde. Por outro lado, um dos CD disse não observar mudanças significativas, pois considera um modelo bastante assistencialista.

As falas registradas relatam:

“Vejo como um avanço na Saúde Pública na medida em que vem humanizar o sistema colocando o profissional mais próximo da comunidade.

A estratégia do PSF tem uma visão mais coletiva, voltada para a saúde e não para a doença, o que proporciona uma redução nos custos.

Acho que é um modelo que ainda não está bem estruturado, acaba todo mundo voltando ao modelo antigo, assistencialista”.

Segundo Viana e Dalpoz (1998), o PSF vem perdendo a idéia de programa verticalizado e passando a ser re-estruturante dos serviços, se constituindo em um instrumento de (re) organização do SUS. Silveira Filho (2002), propõe que o PSF não seja a versão contemporânea da medicina simplificada ou comunitária, limitada à prestação de consultas ‘mais humanizadas’ mas ainda na lógica medicalizadora [...] o PSF deveria vir para instituir o paradigma da Produção Social da Saúde e superar a abordagem romântica do médico de família do passado ou a abordagem perversa da medicina pobre para pobres.

Considerando a inserção das ESB na ESF, os CD foram indagados quanto à observação de mudanças em relação ao trabalho já existente e, nesse item, 12 (85,71%) dos entrevistados observaram uma mudança positiva, enquanto

“Vejo como um avanço na Saúde Pública na medida em que vem humanizar o sistema colocando o profissional mais próximo da comunidade.

A estratégia do PSF tem uma visão mais coletiva, voltada para a saúde e não para a doença, o que proporciona uma redução nos custos.

Acho que é um modelo que ainda não está bem estruturado, acaba todo mundo voltando ao modelo antigo, assistencialista.”

apenas 2 (14,29%) não a perceberam. Estas mudanças foram relacionadas a melhorias na qualidade do serviço, ao perfil do profissional, ao trabalho em equipe e ao acesso da população. De acordo com Zanetti (2001), “a inclusão da Saúde Bucal no PSF é um veículo da história que pode carrear, futuro afora, elementos do ‘novo’, gerados num processo rico de recriação das situações presentes, em busca de um esperado bem-estar em saúde bucal [...] mas esta inclusão também pode carrear elementos já esgotados do ‘velho’ os quais travestidos de ‘novos’, sob o manto da Saúde da Família, acabarão por mortificar as possibilidades objetivas de superação das situações presentes”.

No que se refere ao conhecimento das Normas e Diretrizes aprovadas pela Portaria nº 267 de 06 de março de 2001 para as ESB na ESF, onze CD (78,58%) disseram conhecê-las no todo ou, em parte, através de meios como a internet, revistas, conferências e palestras e também através da residência em saúde da família. Por outro lado, três CD (21,42%) afirmaram não ter conhecimento de tais normas. As diretrizes traçadas pelo MS representam, em parte, o que se espera desse novo profissional da saúde bucal, pois nelas estão descritas ações que vão além do cunho meramente técnico. De acordo com Cordón (1997), o novo trabalhador em saúde bucal deve dominar o método científico, saber reconhecer-se, biológica e socialmente, estudar de forma participante um espaço-território com a população, ser crítico, criativo e, sobretudo, acompanhar as nuances do tecido social.

Quando questionados sobre quais atividades clínicas que realizavam, 92,85% da amostra (13 CD) afirmaram que executavam as atividades que estavam previstas no mapa diário de atendimento padronizado para todas as UBS, a saber: exame clínico; remoção de cálculo dental e polimento; aplicação terapêutica com flúor; controle de placa bacteriana; raspagem/ alisamento e polimento; aplicação de selante; capeamento pulpar/ restaurações provisórias; restauração de amálgama de uma, duas ou mais faces; restauração com resina fotopolimerizável de uma, duas ou mais faces; exodontia de dente decíduo; exodontia de dente permanente; remoção de resto radicular; tratamento de hemorragia; tratamento de alveolite e pequenos procedimentos de emergência. Entre os procedimentos coletivos foram citados: levantamento epidemiológico, evidênciação de placa, escovação supervisionada, bochechos com flúor e educação em saúde bucal.

Os procedimentos coletivos referem-se àqueles constantes na Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS 96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Em relação às atividades de promoção de saúde, estabeleceram-se dois ambientes de atuação: nas UBS e nos espaços sociais (extra-clínica). Nas UBS foram citados trabalhos desenvolvidos com grupos de gestantes, idosos, adolescentes, diabéticos e hipertensos por 76,19% dos entrevistados. Ainda, 14,29% realizavam palestras educativas e 9,52% faziam a escovação supervisionada. De acordo com Sheiham, (1973, apud CORDÓN, 1997, p.561) a ação coletiva ou social é mais ética e praticável ou possível do que a concentração de esforços sobre a saúde na responsabilidade individual.

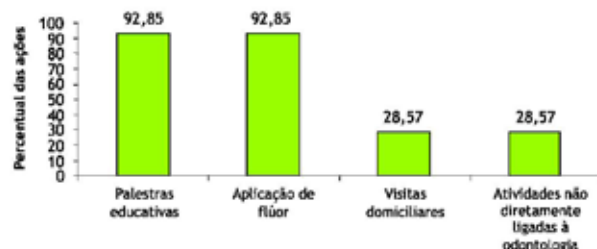
Nos espaços extra-clínica, foram desenvolvidas atividades nas escolas, creches e na comunidade (praças, igrejas, associações, rádios, ruas, etc.). Nas escolas e creches predominavam as ações vinculadas à NOAS, onde a Secretaria Estadual da Saúde (SESA) propõe parâmetros mínimos a serem realizados. Neste aspecto, 92,85% faziam palestras educativas e aplicação tópica de flúor. Como recursos didáticos utilizados, foram citados: fitas de vídeo, álbuns seriados, teatro de fantoches, contação de estórias, etc.

Apenas 28,57% dos CD realizavam visitas domiciliares destinadas às puérperas, pacientes acamados ou impossibilitados de vir à UBS. Ainda, 28,57% dos entrevistados consideraram atividades não diretamente ligadas à odontologia como sendo de promoção de saúde bucal como, por exemplo, participação no Conselho Local de Saúde, participação em atividades envolvidas com a saúde ambiental, festas tradicionais, caminhadas, ‘dia da dengue’, vacinação, etc. (FIGURA 1). Apesar de ser um número ainda pequeno, essa percepção da necessidade de estar presente em ações que vão além daquelas já rotineiramente executadas parece um ponto positivo, embora desafiador. De fato, segundo Moisés e Watt (2000), a promoção de saúde enfoca os determinantes da saúde, fatores

socioeconômicos e ambientais, além da saúde individual relacionada a elementos comportamentais.

FIGURA 1: Percentual das ações de Promoção de Saúde realizadas nos espaços extra-clínica pelas Equipes de Saúde Bucal em Sobral, Ceará, 2003.

Quando perguntados sobre a avaliação das atividades desenvolvidas nas UBS, oito (57,15%) dos CD afirmaram fazer avaliação crítica dos dados coletados por meio de mapas mensais, com discussão das ações, ora restritas às ESF, ora ampliadas para os demais membros da ESF, durante os encontros de roda ou por ocasião do planejamento da unidade. Enquanto que cinco (35,71%), utilizavam como instrumento a 'sala de situação', sendo esta, uma estratégia utilizada nas UBS de Sobral para permitir um acompanhamento do que ocorre no território,



enfocando situações de risco e controle, embora, nos casos citados, não ter havido uma análise crítica dos dados. Um dos CD (7,14%) não avaliava suas atividades.

Para Narvai (1996), os instrumentos de avaliação quantitativa mais comumente utilizados na prática odontológica em saúde pública, podem ser agrupados de diferentes formas e utilizados em diferentes níveis do sistema de saúde. Seja qual for a base adotada, o valor obtido para cada indicador deve ser claramente localizado no tempo e no espaço. Cada indicador tem como referência o desempenho de alguém (uma base: um profissional de saúde, uma equipe de saúde, uma unidade de saúde, um estado, um país), num determinado espaço (área geográfica, grupo populacional etc.), num momento definido (um mês, um ano, um quinquênio, etc.).

Neste sentido, a odontologia do município de Sobral possui um sistema de informação que segue os padrões estabelecidos nacionalmente (SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais). Todos os dados são relacionados às UBS cadastradas que realizam atendimentos ambulatoriais permitindo à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o conhecimento e acompanhamento dos serviços e a análise das informações correspondentes. Os dados de produção são trabalhados através de mapas diários que são consolidados e transcritos para o

...para se atender às novas diretrizes do SUS, é necessário formar profissionais com uma nova mentalidade...

...no ano de 1999, foi criado o Curso de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família...

mapa mensal denominado BPA (Boletim de Produção Ambulatorial). Essas informações são avaliadas, codificadas, digitadas e arquivadas no banco de dados da SMS e encaminhados para a Secretaria Estadual de Saúde que tem o papel de criticar, analisar, glosar e encaminhar os dados ao Ministério da Saúde.

Os dados referentes às ações coletivas são colhidos e repassados à Coordenação de Vigilância à Saúde onde entram no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Nacionalmente, ainda não existem para a Saúde Bucal, indicadores específicos capazes de avaliar os estados de morbidade relativos a esta área. O que se tem de concreto está baseado em levantamentos epidemiológicos quando se utilizou o índice CPOD (Nº de dentes cariados, perdidos e obturados) realizados nos anos de 1986 e 1996. Em Sobral, foi concluído em 2002 o I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, que fez parte de estudo epidemiológico nacional realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Quanto à opinião dos CD com relação ao papel da Residência em Saúde da Família (RSF) em suas atividades no PSF, nove (64,3%) consideraram a residência como um facilitador no trabalho junto à comunidade, uma vez que ela enfoca situações não desenvolvidas nos cursos de graduação. Ainda, para dois CD (14,28%), a residência é vista como uma forma de contato com profissionais de outras categorias, dando um caráter multiprofissional ao curso; dois (14,28%) relatam a necessidade de maiores informações sobre a odontologia e, um (7,14%) opinou dizendo que a RSF não colaborou muito (FIGURA 2).

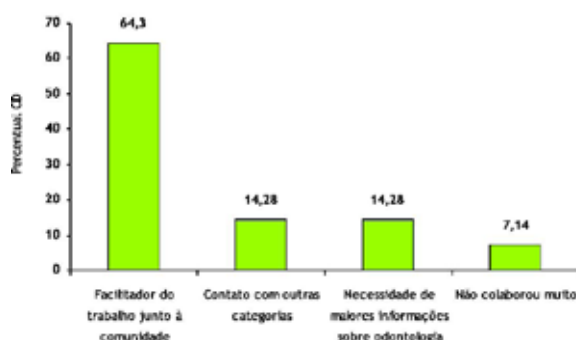
Em Sobral, no ano de 1999, foi criado o Curso de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família, curso de pós-graduação *lato sensu* para formação de profissionais de nível superior, caracterizado por formação em serviço sob supervisão e organizado a partir de um consórcio entre a Prefeitura Municipal de Sobral/ Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e a Universidade Estadual Vale do Acaraú. A proposta de criação da residência em Saúde da Família teve como objetivo capacitar profissionais de nível superior para atuarem no nível da estratégia de Saúde da Família, adaptando-se para o novo modelo de atenção à saúde (BARRETO ETAL, 1999).

Neste sentido, Pustai (1996) acredita que para se atender às novas diretrizes do SUS, é necessário formar profissionais com uma nova mentalidade, dispostos a trabalhar em equipes multiprofissionais e enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade. Esses profissionais devem ter um profundo conhecimento dos determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, ecológicos e culturais que definem o perfil epidemiológico da população, bem como um conhecimento sobre as estratégias de intervenção.

FIGURA 2: Opinião dos Cirurgiões-dentistas quanto ao papel da Residência em Saúde da Família na sua prática dentro da Estratégia Saúde da Família, Sobral-CE.

No que diz respeito à relação dos CD com os demais profissionais da UBS, dez (71,42%) entrevistados consideraram essa interação boa e um muito boa, sendo relatadas apenas algumas dificuldades no que se refere à percepção da ESB como parte integrante da equipe de saúde da família. Ainda, três CD (21,42%) afirmaram que essa relação era difícil em virtude de as atividades ocorrerem em espaços físicos separados ou por estarem limitadas às reuniões da UBS.

A experiência de trazer para junto de uma equipe já formada por médico, enfermeira, agentes de saúde e auxiliares de enfermagem, uma outra equipe, no caso a de saúde bucal, com características próprias, demanda indubitavelmente um período de



adaptação e sensibilização. Ambas precisam ceder espaço para que possam interagir mutuamente.

Com relação ao grau de satisfação com o trabalho desenvolvido, nove CD (64,28%) afirmaram que estavam pouco satisfeitos (FIGURA 3). Na opinião das autoras, essa insatisfação era mais direcionada para o aspecto da realização das atividades, pois os CD levavam em conta a dificuldade que tinham de colocar em prática o planejado nas unidades com a equipe. Este fato pode ser justificado frente à enorme demanda acumulada de assistência curativa, que acabava por sobrecarregar a equipe em ações de caráter individual e tecnicista, o que pôde ser verificado nas seguintes falas:

“Não dá para fazer o que se planeja.

Devido a falta de organização do serviço a demanda ainda é muito grande, o que dificulta muito.

A minha insatisfação é em relação a responsabilidade por uma área muito grande.

Há muita cobrança e pouco incentivo, principalmente financeiro”.

Ainda, com relação ao grau de satisfação, três CD (21,43%) e dois (14,29%) estão satisfeitos e muito satisfeitos, respectivamente. Os profissionais que se manifestaram satisfeitos relataram ter conseguido uma maior proximidade com a comunidade e participavam de atividades fora do âmbito puramente clínico.

Dentro do grau de satisfação com o trabalho, um aspecto enfatizado à parte pelos CD foi quanto à estrutura física, estando nove CD (64,28%) da amostra pouco satisfeitos, três (21,42%) satisfeitos com a estrutura existente na época e dois (14,29%) muito satisfeitos. Neste aspecto, registramos as seguintes falas:

“O consultório odontológico está instalado em local inadequado.

A minha insatisfação se deve à constante falta de material e manutenção dos equipamentos.

A estrutura física é excelente e o material também”.

As diferentes opiniões podem ser justificadas pela presença de equipamentos antigos em algumas UBS que necessitavam constantemente de assistência técnica e reparos.

Quando se questionou que ações os CD consideravam necessárias para que fossem alcançados os princípios do SUS, 40,63% relataram a necessidade da existência de centros de referência para aqueles casos que extrapolassem a capacidade de resolução da atenção básica; 37,5% sugeriram maior número de profissionais para o atendimento; 12,51% consideraram importante melhorar o acesso da população; 6,24% enfatizaram a capacitação dos profissionais para atuação junto à comunidade, de forma problematizadora e participativa; e, 3,12%, a necessidade de maior investimento na área de odontologia (FIGURA 3).

FIGURA 3: Percentual dos Cirurgiões-dentistas quanto às ações necessárias para se alcançar os princípios do SUS.

Neste sentido, o município de Sobral, em parceria com o MS, viabilizou a construção do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o qual oferece serviços antes restritos à capital, funcionando como unidade de referência local e também para os municípios que compõem a 11ª microrregional de Saúde. Quanto aos recursos humanos, em agosto de 2003, a Residência em Saúde da Família realizou uma seleção de novos profissionais, o que permitiu a

admissão de 12 CD para integrar as ESB do município, com o intuito de alcançar a proporção sugerida de uma ESB para uma ESF, segundo a Portaria de nº 673 (03/06/2003) do Ministério da Saúde. Esses fatos nos deixam na expectativa de uma melhor organização do serviço e maior cobertura de atenção à comunidade.

Entrevistas com agentes comunitários de saúde



Na coleta de dados, os ACS foram inseridos na amostra na perspectiva de trazer para o estudo a visão de um trabalhador da saúde que, ao mesmo tempo em que faz parte da comunidade, também está na condição de membro da equipe de saúde. A opinião desses atores sobre a atuação da ESB na estratégia saúde da família parece relevante considerando-se seu papel de mediador e sua intrínseca relação com a coletividade.

Quando se questionou como o ACS e a comunidade estavam compreendendo o processo de inserção da ESB as respostas foram organizadas em três categorias nas quais observou-se que 50% da amostra relatou um posicionamento favorável, enquanto que 37,5% apresentou um posicionamento negativo e 12,5% não respondeu ou não teve como avaliar, pois não contavam com ESB na sua unidade.

No quadro abaixo, podemos verificar os itens descritos pelos ACS. A presença das ESB ainda não havia sido assimilada por esta categoria no momento da pesquisa, uma vez que em suas rotinas diárias de trabalho ainda não estavam presentes funções específicas de saúde bucal. Observamos também que enquanto os CD consideravam a aplicação de flúor como uma ação de promoção de saúde, os ACS a consideram uma ação preventiva, retratando a dúvida existente em ambas categorias sobre as definições de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Quadro I - Fatores descritos pelos ACS relativos à inserção das ESB no PSF de Sobral, 2001.

Analisando-se quais ações em saúde bucal os ACS identificaram que poderiam realizar junto à comunidade, estas foram enquadradas em três grandes grupos, a saber:

“Por estarmos sempre juntos, nos damos muito bem...”

- Orientações sobre escovação, cuidados com higiene, prevenção de cárie, oficinas e trabalhos em grupos, aplicação de flúor, palestras em escolas e creches (60%);
- Encaminhamentos para a unidade básica de saúde e marcação de consultas (23,3%);
- Elo entre a comunidade e a ESB, reconhecendo as dificuldades da comunidade e despertando sua consciência para a mudança de hábitos (6,6%);

Além disso, 10% dos ACS não souberam responder, quando interrogados quanto ao entrosamento com a ESB, 45,8% dos ACS consideraram esse aspecto bom; 45,8% relataram ser regular e apenas 8,3% afirmaram ser ruim.

Com relação a este item destacaram-se as seguintes falas:

Fatores positivos	Fatores negativos
Maior oferta de serviços de saúde bucal	Poucos profissionais
Melhor acesso da comunidade	Grande demanda
Prevenção (aplicações de flúor, orientações, trabalho com grupos)	Ainda muito assistencialista

“Por estarmos sempre juntos, nos damos muito bem”.

“De certo modo não há uma completa integração da ESB com a equipe do PSF”.

“Não temos entrosamento com a equipe de saúde bucal da área”.

As relações de trabalho representam um ponto delicado, pois entram em avaliação questões peculiares ao próprio ser humano, entre elas, sua identidade cultural e o seu referencial de valores. Na percepção dos CD em relação a um bom entrosamento com as ESF, o índice observado (71,42%) foi maior que o dos ACS em relação às ESB (50%). Assim, Córdón (1997) afirma que o principal e primeiro elemento da agenda dos trabalhadores em saúde bucal são: saber que o dentista sozinho não pode resolver os problemas que requerem uma equipe integrada à equipe de saúde do SUS. O mesmo autor relata que “a população deve participar de todo processo de planejamento [...] participando da construção dos indicadores de satisfação social bucal, de situações-problema para realizar o levantamento epidemiológico que permitirá estabelecer os fatores de risco comum na totalidade social”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi obtido um retrato inicial de como estava acontecendo a inserção das Equipes de Saúde Bucal no município de Sobral. O desafio de trabalhar em uma nova perspectiva de atenção à saúde tem modificado o perfil dos profissionais, que a partir de então tinham o objetivo de promover saúde, e, não apenas, atuarem de forma

biomédica, centrada na doença. Apesar da enorme tendência que existe dos CD se fecharem nos consultórios, sufocados por uma imensa demanda, a busca desse novo olhar da odontologia é que vem sendo o marco norteador da atuação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Foi observado ainda que essa atuação estava se dando numa perspectiva mais coletiva e participativa, buscando-se dentro do possível, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal. O fato de os CD participantes do estudo serem alunos do curso de especialização com caráter de residência em Saúde da Família, contribuiu sobremaneira no que se refere à aproximação da ESB com o seu campo de trabalho e no relacionamento multiprofissional. Foi observado que a relação com os demais membros da equipe de saúde foi considerada boa por 71,42% dos CD, sendo ressaltado apenas, o fato de ainda não haver uma completa percepção da ESB como parte integrante da ESF. É notório que todo esse processo passa pela quebra de paradigmas instituídos pela própria formação acadêmica dos profissionais da saúde e pelo grande desafio de gerar, nesses profissionais, a sensibilidade de abordar uma realidade de maneira abrangente para que possam realmente atuar de forma interdisciplinar e intersetorial. Quando, no passado seria possível um cirurgião-dentista participar da construção de fossas sépticas?

Foi verificado também, que apesar dos 35,7% dos ACS apresentarem um posicionamento negativo em relação à ESB, eles eram, potencialmente, colaboradores na tarefa de orientar a comunidade quanto à saúde bucal. Esse fato requer atenção especial de toda ESF para que haja uma maior adesão desse profissional às atividades relacionadas à promoção de saúde bucal.

Fica claro que ainda há muito para se construir dentro da dinâmica de atuar no PSF. Essa construção ocorre no dia-a-dia, quando se propõe abordar o processo saúde-doença dentro de um contexto sócio-econômico-político-ambiental, onde o indivíduo seja visto integralmente e de forma mais humanizada para que ele tenha a oportunidade de tomar conhecimento de suas potencialidades e passe a agir ativamente na conquista dos seus direitos de cidadão. Nesse contexto, as ESB perceberam a necessidade de fatores essenciais para que os princípios do SUS não ficassem limitados a uma ideologia, e se organizassem para que fosse construída uma saúde bucal coletiva digna e democrática.

Finalmente, sem a pretensão de se procurar definir nesse estudo a forma como as ESB devem atuar na Estratégia Saúde da Família, vimos através dele, reafirmar a relevância da presença das ESB no contexto das políticas de atenção à saúde, haja vista a enorme contribuição que a odontologia tem a oferecer nesse processo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, I.C.H.C. et al. Residência em saúde da família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. *Revista Sanare*, Sobral, v. 1, nº 1, p. 18-26, out. /dez. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Brasília, 2003.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília. 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1ª. Relatório Final. Brasília, outubro 1986.

CORDÓN, J. A. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, jul-set. 1997.

DICKSON, M.; ABEGG, C. D. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y. P. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 40-71.

MOISÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal - definições. In: BUISCHI, Y. P. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 1-22.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.

NARVAI, P. C. *Avaliação de ações de saúde bucal*. Oficina Saúde Bucal no SUS. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 1996.

OLIVEIRA, A. G. R. da C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal: tendências e perspectivas. *Revista Ação Coletiva*, Brasília, v. II, n.1, p.9-14, jan. /mar. 1999.

PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: Ducan, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; Giugliani, Elsa R. J. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em atenção Primária*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

SILVEIRA Fº, A. D. et al. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. 193 p.

SOUSA, M. F.de. *A cor - ação do PSF*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001. 128p.

VIANA, A L. D.; DALPOZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8 (2), 1998.

ZANETTI, C. H. G. Opinião: *A inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS*, 2001. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em: 15 mai. 2002.

...o desafio de
trabalhar em uma
nova perspectiva
de atenção
à saúde tem
modificado o
perfil dos
profissionais...

