II

Cadernos da ABDPREV

VIVER EM SAÚDE

Cadernos da
ABOPREV II

A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: O CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

Sonia Groisman
Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Nádia Magalhães Moraes
Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Luciana de Deus Chagas
Profissional Nacional da Organização Pan-americana de Saúde

CADERNOS DA ABOPREV I é uma publicação da
Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde,
em ação conjunta com a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde,
a Organização Pan-americana de Saúde/OPAS
e com apoio da Colgate

Jornalista responsável
Jacqueline Freitas - Reg. Prof. 18120/MTb-RJ

Rio de Janeiro – RJ
2005

A evolução das políticas públicas de saúde no Brasil

Até o final do século XIX, o Brasil tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população. A política era de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e controle de doenças, para que não se prejudicasse a exportação no Rio de Janeiro, São Paulo e Santos. O foco de atenção do governo brasileiro situava-se nas "rotas de mercadorias", ou seja, corredores, portos, estradas, locais por onde eram transportadas as principais cargas para importação e exportação (Rio-Santos). Após a Lei Áurea, era importante o Estado criar condições para incrementar a política de imigração, incentivando a mão-de-obra imigrante.

O presidente Rodrigues Alves, em 1902, lança o "Programa de Saneamento da cidade do Rio de Janeiro e de São Paulo", assim como o "Combate à Febre Amarela Urbana". As regiões sem importância econômica para o país ficavam abandonadas à própria sorte. Assim, o Brasil não possuía nenhuma política voltada para a atenção à saúde de seus habitantes.

Em 1920 surge a primeira medida no nível nacional. Oswaldo Cruz organiza a Diretoria Geral de Saúde Pública e implementa progressivamente instituições públicas de higiene e saúde. As campanhas de saúde pública eram organizadas de tal forma que se assemelhavam a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes portadores de doenças contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitaristas. Esta situação levou à "Revolta da Vacina", no Rio de Janeiro, quando a população rebelou-se com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (SCLIAR, 1987).

Também nessa época, com a Lei 4682 (Lei Elói Chaves), deu-se a formalização da Previdência, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que reuniam empregados de uma empresa específica em uma espécie de seguro social, com garantia à aposentadoria e à assistência. Com o crescimento das Caixas foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), também submetidos ao controle do estado pela Constituição de 1934. Entretanto, somente empresas estratégicas para a economia nacional conseguiam fundar suas Caixas.

Em 1942 foi criada a Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), patrocinada pela Fundação Rockfeller, que objetivava o saneamento do meio ambiente e a assistência médica em determinadas áreas. Durante o governo Vargas, houve a implementação da legislação trabalhista, a montagem do sistema previdenciário e a regulamentação das relações sindicais. Também nessa época ocorreu a unificação de todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões em uma única instituição estatal, surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com a criação do INPS consolidou-se o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos.

Segundo NARVAI (1994), o regime autoritário, após o golpe militar de 1964, teve como conseqüência para as políticas públicas no Brasil um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da Previdência, centrando crescente autoridade decisória na criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Configura-se um novo modelo de atenção à saúde: o MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA, onde o Estado é o grande financiador do sistema por meio da Previdência Social, e o setor privado nacional é o maior prestador de serviços. O Estado começou, dessa forma, a privatizar o setor da saúde, com credenciamentos e convênios, enquanto o governo investia cada vez menos em sua própria rede de assistência à saúde.

O sistema de seguro social, gerenciado pelo Estado, aumenta seu poder, principalmente controlando e extinguindo a participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e os IAP (Instituto de Assistência da Previdência Social).

Em contrapartida a esse quadro que dicotomizava a saúde do social, em 1978 a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a "I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde", que se realizou em Alma Ata (na antiga União Soviética), descrevendo os parâmetros e critérios para obtenção de saúde por todos no século XX. Esta conferência teve um papel importante na ampliação de esforços no sentido de modificar prioridades do setor saúde, enfatizando a promoção de saúde e a prevenção em lugar de serviços clínicos e curativos, apoiando comunidades locais em ações voltadas para melhoria de sua saúde, pautadas em avaliações e questionamentos a respeito da forma como atuava o modelo biomédico, o qual apenas tratava doenças.

A declaração de Alma Ata foi um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais. Ela representou uma ruptura radical com o pensamento convencional sobre a saúde. Pela primeira vez, dependência e pobreza foram ligadas ao estado de saúde, em um documento oficial assinado por diversos países e organizações internacionais. Desafios foram feitos para que o setor saúde superasse a aproximação individualista, tanto no aspecto curativo como preventivo, com uma análise mais ampla do que é saúde e do que é doença. O espírito da Alma Ata proferiu um sistema de atenção primária à saúde, propondo uma ação integral no sistema de saúde nacional, com o desenvolvimento social, com tratamento de baixo custo, não limitando, entretanto, os menos favorecidos economicamente. O enfoque desta Conferência foi centrado no papel da educação em saúde e dos cuidados primários em saúde nos países em desenvolvimento.

Dentro deste novo contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) descreveu o novo contrato social na saúde, no qual pontua a não indiferença à pobreza humana, às desigualdades geradoras de distanciamento social, à criminalidade e, atualmente, ao bioterrorismo (LEWIN, 2001). No século XXI, saúde é a política de segurança, de

economia, de desenvolvimento demográfico e geopolítico. As mudanças de conceitos e valores levam a saúde a atingir um patamar de sistema sustentável de proteção coletiva e cuidado individual integral.

Para tal, os desafios não serão poucos, uma vez que a academia necessita deixar de ser centro de especialistas para tornar-se centro articulador da ciência da vida e trabalhar a transdisciplinaridade, a complexidade e a diversidade; a organização de conteúdos programáticos com base no modelo flexeriano, deve ceder a uma organização baseada em problema, estimulando a crítica e o pensar inovador e questionador, diferentemente da época da ditadura militar nos países em desenvolvimento. Educação permanente e inovação na pesquisa tornam-se necessárias, com a produção de conhecimentos pautados nos diversos cenários globalizados, voltados para a resolutividade da promoção de saúde, para a responsabilidade social.

No Brasil, em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco conceitual que iniciou a Reforma Sanitária, obtendo uma vitória e com os seus princípios assegurados na Constituição de Federal de 1988. Neste documento, a idéia de saúde coincide com aquela proposta por Alma Ata e deve ser obtida por meio de assistência médica, acesso a emprego, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura e lazer, competindo ao Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (Constituição Federal, Art. 200, Incisos III e IV).

Para AROUCA (2002), no Brasil o movimento da Reforma Sanitária de 1986 criou uma nova alternativa, que rediscutiu o conceito saúde/doença e, conseqüentemente, as novas ações de saúde, em vez de tratar apenas da relação médico/paciente. Iniciam-se nesta época os projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias com treinamento de pessoal que fazia este tipo de política pública em todo o país. O autor retrata o sucesso da Reforma Sanitária na XIII Conferência Nacional de Saúde, com maior participação da sociedade nas políticas públicas de saúde, resultando na conquista da universalização da saúde (o princípio constitucional que estabelece o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros). O relatório final da Conferência Nacional de Saúde, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde, o qual é colocado como "direito de todos e dever do Estado" (Conferência Nacional de Saúde, 1986).

A nova Constituição Brasileira de 1988 é, então, instituída, incorporando boa parte das propostas da Reforma Sanitária. Intitulada "Constituição Cidadã", ressalta:

> "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" (BRASIL, 1988).

A partir da elaboração da Carta Magna de 1988, foi estabelecido que, de acordo com o artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral, participação da comunidade.

Neste contexto, um novo modelo assistencial voltado para a coletividade foi proposto (TRAD et al. 1998). Iniciado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC) antecedeu uma estratégia dentro da vigência do SUS, obtendo bons resultados, tais como diminuição do índice de mortalidade infantil, incentivo à busca por uma ampliação e maior resolutividade das ações. A partir de 1994, surgem as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), tendo como enfoque básico as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e de sua família, de forma integral e contínua. Seu objetivo é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios. A atenção está centrada na família, a partir do seu ambiente físico e social. Reafirma e incorpora, assim, os princípios básicos do SUS, de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

RIVERO (2003) diz que as pessoas devem receber os primeiros cuidados onde vivem, no meio urbano ou rural, perto de casa ou de seu trabalho. Pautado no artigo produzido para a OPAS sobre avaliação dos 25 anos após a Conferência de Alma Ata, o autor disserta que a família, por tradição, também é vista de forma fragmentada, tanto no espaço físico onde está fixada, na sua composição nuclear, ou na relação com os outros subsistemas sociais, e precisa ser abordada de forma integral e articulada, sem que se perca de vista, no entanto, o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros. Essa abordagem é fundamental para a atenção primária, uma vez que a situação de vulnerabilidade que se encontra nas famílias está diretamente associada às condições de pobreza. Confirma-se, então, a necessidade de se desenvolver políticas públicas que atendam a essa especificidade.

A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – USF

A USF é a Unidade Básica de Saúde reestruturada. O primeiro contato do usuário com o sistema de saúde acontece através da USF, ou seja, esta é a "porta de entrada" do sistema. O PSF estabelece um vínculo de responsabilidade entre as famílias e os profissionais de saúde. Esta proximidade favorece a assistência contínua, evitando complicações e encaminhamentos desnecessários para especialistas e hospitais. As áreas de atuação do Programa de Saúde da Família são o domicílio, a vida social em creches, locais de trabalho e escolas (ARAÚJO, 2003).

VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares têm o intuito de realizar ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce e referenciamento para tratamentos mais complexos (PRETTO, 1999).

O trabalho realizado junto aos moradores leva o conceito de saúde como melhora na qualidade de vida; já que acesso a alimentação, emprego, moradia, lazer, saneamento básico, educação são considerados essenciais para se ter saúde de fato (HILGERT et al, 1999).

É importante que os indivíduos compreendam os fatores que influenciam sua saúde e saibam atuar sobre eles, para efetivamente promover saúde. A linguagem deve ser clara, simples e adequada à idade e cultura familiar (PRETTO, 1989). Dessa forma, a Educação em Saúde não consiste apenas na orientação de indivíduos para condutas saudáveis, mas em incrementar conhecimentos, diminuir a alienação, apresentar opções para abrir o campo de possibilidades de escolha, deixando-os livres para decidirem seu comportamento. Seus objetivos são:

- formar uma opinião favorável ao desenvolvimento, que possibilite a tomada de decisões, valorizando a saúde;
- despertar o desejo de progresso em saúde, mediante a colaboração individual e coletiva;
- propor um trabalho coordenado com as organizações da comunidade e com as instituições que representem outros setores de desenvolvimento.

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

Denomina-se equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada. Cada membro, com suas habilidades complementares, possibilita alcançar os resultados. A cooperação e o respeito são fundamentais para que o trabalho seja bem feito. Constantemente, o grupo investe no seu crescimento. As atribuições da ESF, de acordo com o Ministério da Saúde, são:

- conhecimento da realidade das famílias sob sua responsabilidade;
- identificação dos problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaboração, com participação da comunidade, de um plano local para enfrentar os fatores que colocam em risco a saúde;
- programação de atividades e reestruturação do processo de trabalho;
- execução de procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica nos vários ciclos da vida;
- valorização da relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança;
- resolução da maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando não for possível, garantir continuidade do tratamento através da referência do caso;
- prestação de assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda;
- desenvolvimento de processos educativos para recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
- promoção de ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade;
- promoção, pela educação continuada, de qualidade de vida e contribuição para que o meio ambiente se torne mais saudável;
- discussão permanente, junto à equipe e à comunidade, do conceito de cidadania, com ênfase nos direitos de saúde e nas bases legais que os legitimam;
- incentivo para a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Os objetivos específicos deste Programa são:

- promoção do conceito de saúde como direito de cidadania e qualidade de vida;
- promoção da família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população em um enfoque comunitário;
- prevenção de doenças e identificação de fatores de risco aos quais a população está exposta;
- fornecimento da atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, em nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar;
- atendimento à população adscrita, preferencialmente através do agendamento, obedecendo às normas dos programas de saúde existentes, preservando, contudo, a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
- busca da humanização no atendimento e, através do inter-relacionamento entre a equipe e a comunidade, de uma maior satisfação do usuário;
- racionalização do acesso ao fluxo interno do sistema de saúde (do nível de atenção primária até os de maior complexidade);
- estímulo à extensão da cobertura e ao aumento de qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- garantia aos profissionais do PSF de supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamento para aprimoramento;
- divulgação, junto à população envolvida, dos dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os fatores determinantes de doenças;
- incentivo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; (Ministério da Saúde, BRASIL, 2002);
- atendimento a uma população alvo: toda a população adscrita, famílias de maior risco social e ambiental.

Saúde bucal como conceito social

O'BRIEN (1994) e PETERSEN et al. (1990, 1995 e 2004) relataram que diferenças culturais, baixa escolaridade, baixa renda familiar e hábitos culturais são fatores de risco ao desenvolvimento de doenças bucais, como presença de cavitações e doença periodontal. Tais fatores são tão fortes quanto a alta freqüência de consumo de açúcares, ou seja, o risco biológico torna-se mais nocivo quando a ele são adicionados os riscos comportamentais, derivados das condições socioeconômicas e culturais.

Neste contexto, os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar em um ambiente no qual estão inseridos os fenômenos da globalização e socialização dos cuidados da saúde, que devem ser compreendidos em toda a sua complexidade, sendo o cirurgião-dentista um promotor de saúde na conscientização da comunidade. O envolvimento ativo da profissão odontológica em estratégias de promoção da saúde bucal implica a melhoria, de forma significativa, das condições de saúde bucal da população e a redução das desigualdades em saúde.

Em 25 de outubro de 2000, o ministro da Saúde, José Serra, anunciou a inclusão do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DO PSF

- Transmitir informações sobre a cavidade bucal, sua forma e funções
- Métodos de prevenção de doenças bucais, higienização e autocuidado
- Treinar para visitas domiciliares
- Identificar indivíduos e famílias de risco
- Promover educação em saúde bucal

Os assuntos abordados serão:

1. *Conhecendo o paciente*

– Valores
– Fatores sócio-econômicos
– Experiências passadas
– Conhecimentos anteriores
– Fatores culturais
– Sentimentos relacionados à boca

2. *Abordagens informativas*

Dente: suas funções e inter-relações com o organismo e dentições

– Doença cárie
– Doença periodontal
– Métodos preventivos e de higiene oral
– A gestante e o bebê
– Amamentação e hábitos orais
– Emergências em Odontologia
– Perigo das próteses mal adaptadas
– Saúde bucal do idoso
– Câncer bucal e auto-exame
– Molar de 6 anos
– Função dos dentes
– Dieta e flúor
– Outras doenças infectocontagiosas, transmissibilidade
– Higiene bucal/corporal – Inter-relação da boca com o resto do corpo
– Autocuidado – papel da mãe ou do educador infantil
– Crescimento e desenvolvimento
– Odontologia para pacientes especiais, treinamento de cuidadores
– Unidades de referência para os programas de saúde bucal
– Manifestações orais da AIDS
– Psicologia (como trabalhar em equipe, trabalhar com diferenças)
– Antropologia e Filosofia (raça, religião, preconceito)
– Epidemiologia (aplicação de índices e interpretação dos mesmos)

ELEMENTOS ESTRUTURAIS DA ODONTOLOGIA COMUNITÁRIA

- coletivismo restrito aos limites da comunidade local;
- integração de atividades de promoção, prevenção e curativos;
- desconcentração de recursos: regionalização e hierarquização;
- utilização tecnológica apropriada: estruturada cientificamente (de preferência baseada em evidência); aceitável para os que a utilizam e para seus beneficiários, adequada à cultura local e de baixo custo;
- inclusão de práticas médicas alternativas;
- utilização da equipe de saúde;
- participação comunitária.

PRINCIPAIS AVANÇOS NECESSÁRIOS NA ESTRATÉGIA DO PSF, NO QUE DIZ RESPEITO À SAÚDE BUCAL

1. Incorporação da Equipe de Saúde Bucal na equipe mínima de saúde da família.

2. Assegurar aos profissionais de saúde bucal selecionados a participação no curso introdutório do Programa de Saúde da Família.

3. Acesso: o processo de seleção deverá ser realizado de acordo com o perfil do profissional e a realidade local, com a participação da Coordenação Municipal de Odontologia.

4. Viabilizar a qualificação do ACD que integrará a Equipe de Saúde da Família, através de curso reconhecido pelo CFO.

5. Solicitar ao CFO a não aceitação de inscrição dos ACD que não tenham curso de qualificação.

6. Posicionamento do Sindicato dos Cirurgiões-Dentistas em relação aos direitos trabalhistas dos profissionais de saúde bucal no PSF.

7. Incorporar o incentivo financeiro relativo à Equipe de Saúde Bucal, ao incentivo da Equipe de Saúde da Família.

8. Formar uma equipe multiprofissional de fato, com profissionais em igualdades de condições de trabalho e salário, responsáveis pelo mesmo número de famílias e em condições equânimes de interação com sua comunidade adscrita.

9. Que as coordenações municipais de Odontologia assumam seu papel e lutem pelo processo de inserção dos profissionais de saúde bucal na Equipe de Saúde da Família.

10. Sugerir que os levantamentos epidemiológicos a serem feitos pelas Secretarias Municipais de Saúde sigam a mesma metodologia, norteada pelo SB Brasil, para permitir a fiel comparação e avaliação dos resultados.

A carga horária do CD no PSF é de 40 horas semanais, assumindo a cobertura das necessidades integrais de, no máximo, 4.500 pessoas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) as atividades a serem realizadas pela equipe de saúde bucal são:

– Na comunidade: cadastramento, visitas domiciliares, planejamento e participação em grupos existentes para o desenvolvimento de atividades educativas.

– Na unidade: atividades promocionais de prevenção dos principais agravos e atendimento único individual através de profilaxias, restaurações, exodontias, pulpotomias e pulpectomias.

Existem duas modalidades de Equipe de Saúde Bucal:

Modalidade I – 1 CD e 1 ACD

Modalidade II – 1 CD, 1 ACD e 1 THD

No que diz respeito ao financiamento destas equipes, o Ministério da Saúde financiava, em 2003, R$13.000,00/ano para a Modalidade I e R$16.000,00/ano para a Modalidade II. Atualmente, no "Brasil Sorridente", as Equipes de Saúde Bucal passaram a receber R$20.400,00 e R$26.400,00, respectivamente.

Os profissionais de saúde bucal necessitam de mudança na sua forma de atuação. Para isso, devem ter a conscientização da realidade da população a ser assistida. O contato das equipes de saúde bucal com a comunidade em sua própria moradia é uma atuação no nível básico que permite um trabalho de conscientização para a promoção de saúde. A formação do CD, de acordo com a ABENO, deve pautar-se nos diversos cenários do SUS, atuando desde os níveis básicos até a atenção especializada.

Com relação aos agentes comunitários de saúde (ACS), atendentes de consultório dentário (ACS), técnicos de higiene dental (THD) e cirurgiões-dentistas (CD), as visitas domiciliares podem ser inicial ou de rotina. A visita inicial é realizada pelo ACS, ACD, THD, CD, auxiliar de enfermagem, médico e enfermeira em todas as residências, para cadastramento e levantamento de risco de cárie, uso e necessidade de prótese na população adstrita, para realização do diagnóstico e planejamento das ações. As famílias são classificadas segundo o grau de risco para o desenvolvimento de lesões cariosas ou outras doenças bucais, sendo construído o mapa da área adscrita de acordo com risco de desenvolvimento de doença cárie. Já as visitas de rotina devem ser realizadas mensalmente pelo agente comunitário de saúde a todas as famílias cadastradas na sua microárea, realizando atividades de promoção à saúde. É importante que o paciente perceba o problema e tenha interesse pela sua solução; para isso, o profissional precisa ser cúmplice no sucesso do paciente, e sua preocupação deve ser genuína.

Atribuições específicas do técnico de higiene dental (THD)

– Realizar, sob supervisão do CD, procedimentos preventivos tais como escovação supervisionada, evidenciação de placa, aplicação de flúor tópico, selantes, raspagem supragengival, alisamento e polimento coronário.

– Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

– Registrar na ficha D todos os procedimentos de sua competência que foram realizados.

Atribuições específicas do auxiliar de consultório dentário (ACD)

– Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais utilizados.

– Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.

– Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa, uso correto do fio dental, bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados.

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES LOCAIS EM SAÚDE BUCAL

Os levantamentos epidemiológicos são fundamentais para o planejamento das ações locais. Para isso, são utilizados índices de PREVALÊNCIA – quantidade de doença em determinado momento – ou de INCIDÊNCIA – quantidade de casos novos que surgem em um intervalo de tempo. A epidemiologia indica a freqüência com que ocorrem as doenças e possibilita evidenciar os problemas locais que se encaixam no perfil de problemas em saúde pública, considerando a causa comum de morbidade ou mortalidade, métodos eficazes de prevenção e controle. A partir destes podem-se elucidar as PRIORIDADES RELATIVAS, que dependem do número de pessoas atingidas, da seriedade do dano causado, da possibilidade de atuação eficiente, do custo *per capita*, do grau de interesse da comunidade. O trabalho da ESB deve estar voltado para promoção da saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Eliminar a dor e infecções é prioridade, sem estar orientada para a mutilação dentária. Não há regras, certamente, para a abordagem da população-alvo quanto às ações odontológicas. Em cada contexto local haverá de se conhecer a realidade e, com base nisso, planejar a intervenção. Atingir tais objetivos implica utilizar rotineiramente recursos epidemiológicos e desenvolver articuladamente ações assistenciais e de promoção da saúde, devidamente inseridas em sistemas de referências e contra-referência.

No **Anexo** são mostrados instrumentos para levantamento epidemiológico em saúde bucal.

Considerações finais

Não se espera que um programa ainda novo possa transformar concepções históricas e culturais ainda arraigadas no modelo tradicional e hospitalocêntrico com tamanha rapidez. Busca-se, contudo, atender à hierarquização e à regionalização do SUS, mudar conceitos e aperfeiçoar o tra-

balho em equipe para que, investindo na atenção básica, seja possível diminuir gastos com procedimentos evitáveis pela prevenção e promoção à saúde do indivíduo e da coletividade.

Os passos para a inclusão do odontólogo na ESF ainda continuam lentos, talvez ainda devido à concepção de que o médico é o profissional de referência de saúde. No entanto, já se nota uma conscientização da população no sentido de buscar, por meio do controle social, o direito à saúde bucal.

É necessária uma mudança no perfil dos profissionais, passando de uma atuação apenas cirúrgico-restauradora para uma visão mais ampla, que permita a atuar em todos os níveis, principalmente no social. Para isso, cabe à instituição formadora transcender o modelo biomédico, dispondo-se a adotar um conceito holístico, formando indivíduos comprometidos com as questões sociais, mais conscientes, participativos e compromissados com a coletividade, contribuindo efetivamente para a melhoria da condição de vida da comunidade, resgatando o caráter coletivo da prática odontológica.

O profissionaal do PSF não pode atuar como especialista, pois deve atender à população, que necessita de atendimento em todos os níveis. Deve-se instaurar uma nova lógica, uma reformulação no atendimento clínico, incorporando o saber de outros profissionais; resultando num tratamento interdisciplinar. Por fim, o profissional deve saber atuar no contexto social e exercer sua profissão de forma a oferecer à população condições de uma vida saudável e de qualidade.

ANEXO
FICHA SIMPLIFICADA DA OMS PARA LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

1. DOENÇA CÁRIE

Ceo.d

CPO.D

CÓDIGOS CPoD
0 – HÍGIDO
1 – CARIADO
2 – RESTAURADO, COM CÁRIE
3 – RESTAURADO, SEM CÁRIE
4 – AUSENTE, DEVIDO A CÁRIE
5 – AUSENTE, POR OUTROS MOTIVOS
6 – SELANTE DE FISSURAS
7 – SUPORTE PARA PRÓTESE, COROA PROTÉTICA OU FACETA/IMPLANTE
8 – DENTE NÃO ERUPCIONADO (COROA NÃO EXPOSTA)
T – TRAUMATISMO (FRATURA)

2. PERIODONTO

2.1 Crianças até 5 anos – ISG (+ sangramento; - sem sangramento

2.2 A partir de 15 anos – IPC

17	16	11	26	27
47	46	31	36	37

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO
0 – HÍGIDO
1 – Sangramento observado, diretamente ou pela utilização de um espelho, após sondagem
2 – Cáculos detectados durante a sondagem, mas toda a faixa preta da sonda visível
3 – Bolsa periodontal de 4-5 mm (margem gengival dentro da faixa preta)
4 – Bolsa periodontal de 6 mm ou mais (faixa preta da sonda não visível)
X – Sextante excluído (menos de dois dentes presentes)
9 – Não registrado

3. NECESSIDADE DE PRÓTESE

NECESSIDADE DE PRÓTESE
0 – Não existe a necessidade de prótese
1 – Necessidade de prótese unitária (substituição de um dente)
2 – Necessidade de prótese com múltiplos elementos (mais de um dente substituído)
3 – Necessidade de associação de próteses unitárias e prótese múltiplas
4 – Necessidade de prótese total (substituição de todos os dentes)
9 – Não registrado

4. FLUOROSE (Índice de Dean)

0 – normal: esmalte branco e liso
1 – questionável: poucas variações na translucidez do esmalte
2 – muito leve: poucas e pequenas áreas opacas, branco porosas, menos de 25% da superfície vestibular
3 – leve: manchas brancas recobrindo menos de 50% da superfície dentária
4 – moderado: esmalte bastante desgastado com manchas marrons
5 – severo: grande hipoplasia alterando a anatomia do dente
8 – excluído
9 – não registrado

5. MALOCLUSÃO (crianças após 12 anos) – IED (índice estético-dentário)

0 – sem apinhamento
1 – um segmento com apinhamento
2 – dois segmentos com apinhamento
Anotar à parte outras anomalias de posição: **AP**;Existência ou não de diastemas: **D**; Mordida aberta: **MA** (anterior, lateral, etc); e Mordida cruzada antero-posterior, uni ou bilateral: **MC**. Classificação de Angle (somente relação dentária e só para crianças de 12 anos).

REFERÊNCIAS

ABOPREV. Promoção de Saúde Bucal. Editora Artes Médicas – Divisão Odontológica, 1997.

BERGER, P. and LUCKMAN, T. (1967) The Social Construction of Reality. Penguin Books, Harmondsworth.Giddens, A. (2000) Introduction to sociology. Polity Press, London.

MEAD, G. H. Mind, Self and Society. University of Chicago Press, Chicago. 1934.

BLEICHER, L. Saúde para todos, já! 2ª ed. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004.110 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Coleção Saraiva de Legislação. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, 1997. 36 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Secretaria Executiva. Brasília: MS, 2000. 44 p-il.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. Promoção da Saúde, Coletânea. Fiocruz, p 16-40.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 13(3): 557-563, jul-set, 1997.

CRO-PE. Ações de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Ampliando a Atenção Básica à Saúde. Ed. EDUPE; 2001.

FONTINELE JUNIOR, K. Programa Saúde da Família – PSF Comentado. Ed. AB; 2003.

GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. Saúde em debate. nº 4, dezembro, 1993.

GENTILE, M. Promoção da Saúde. Revista Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, 2001. www.saude.gov.br/programas/promocao/promoc.htm

GONSALVES, R. Responsabilidade Social do Cirurgião-dentista como Promotor de Saúde. Monografia apresentada para o Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como requisito para obtenção de título de especialista. Rio de Janeiro, 2004. 53 p.

HILGERT, E. C.; ABEGG, C.; PRETTO, S. M. Análise das Abordagens de Educação em Saúde em Programas de Saúde Bucal. Ação Coletiva: vol. II (2), abr/jun 1999.

Metas da OPAS/OMS para desenvolvimento do Milênio. Os objetivos de desenvolvimento do Milênio (ODM), a Cúpula do Milênio, realizada em 2000 em Nova York.

KICKBUSCH, L. La nueva agenda de la salud. Perspectivas de Salud – La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 9, Número 2, 2004.

MARTÍNEZ, E. Forjando un futuro más justo. Perspectivas de Salud – La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 9, número 2, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília; Departamento de Atenção Básica; Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Saúde; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília; Ano II, p. 7-17, Maio 2002.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: Um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva. Brasília, I(1) 7-17, jan-jun, 2000.

NARVAI, P. C. Odontologia e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994.113 p.

PINTO, V. G. Saúde Bucal e Coletiva, 4ª ed. Livraria e Editora Santos. 2000; 541 p.

O'BRIEN, M. (1994) Children's Dental Health in the United Kingdom 1993. OPCS, London.

Organización Panamericama de la Salud. Metas del Milênio en Salud – Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 9, Número 2, 2004.

Organización Panamericana de la Salud. Promoviendo la Salud en las Américas. Atención Primaria de Salud a 25 años de la Declaración de Alma-Ata, 2004. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma_preguntas.htm

PETERSEN, P. E. (1990) Social inequalities in dental health – towards a theoretical explanation. Community Dentistry and Oral Epidemiology 18:153-158.

PETERSEN, P. E. and HOLST, D. (1995) Utilization of dental health services In: Disease Prevention and Health Promotion: Socio-dental Sciences in Action. (H. Gift and L. Cohen, eds). Munksgaard, Copenhagen.

PETERSEN; P.E. (2004). Inequalities in oral health: the social context for oral health. Chapter 3: Community Oral Health Quintessence, 2004 (In press).

PRETTO, S. M; FRANCO, F. Visitas Domiciliares como Estratégia de Educação em Saúde – Relato de uma experiência. Ação Coletiva: vol.II(3), jul/set, 1999.

RIVEIRO, D. A. T. Alma Ata: 25 anos después. Revista Perspectivas de Salud. La Revista de la Organizacion Panmerican de la Salud. Volumen 8, numero 1, 2003

ROSSOW, I. (1993) Developing Health Behaviour. Thesis. University of Oslo, Oslo.

SIGERIST, H. E. (1946). The University at the crossroads. New York: Henry Schumann Publishers.

TORRES, M. et al. Promoção de Saúde: Um desafio para a Saúde Bucal. Revista Saúde em Foco/ Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva. Número 23, julho, 2002.

TRAD, L. A. et al. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família: uma proposta de avaliação. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 14, nº 2, abr/jun. 1998.

WALKER, A. and COOPER, I. (eds) (2000) Adult Dental Health Survey – Oral Health in the United Kingdom 1998. HMSO, London.

ZANETTI, C. H. G. A inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS, 1993. Disponível em www.saudecoletiva.unb.br. Acesso em 28/05/04.

Cadernos da ABOPREV

UMA INICIATIVA CONJUNTA

ABOPREV
VIVER EM SAÚDE

Ministério da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde
REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

APOIO

Colgate