

## **ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS BASEADAS EM DISPOSITIVOS RELACIONAIS E INSTITUINTES.**

**Organization of oral health actions in the Family Health Strategy: individual and collective actions based on relational and self-transforming arrangements.**

**Adriano Maia dos Santos<sup>1</sup>**

### **RESUMO**

Tem-se como objetivo propor ações baseadas em dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento) na perspectiva da organização dos serviços de saúde bucal. As ações individuais necessitam incluir todas as perspectivas do processo saúde-doença, dando respostas de promoção e proteção à saúde, ações de recuperação e reabilitação. Tais conquistas dependem de formas comprometidas de compreensão do processo de trabalho em saúde e da adoção de um modelo com matriz na integralidade para transformar o complexo mundo de necessidades em saúde bucal. Atividades propostas: organização do serviço centrado no usuário – acolhimento como gerenciador das relações terapêuticas; organização das demandas: linhas de cuidado e condição de vida; resolubilidade no projeto terapêutico; ações de promoção e proteção em saúde bucal: ações coletivas; educação em saúde bucal. A intenção deste trabalho é debater novas perspectivas no horizonte das ações em saúde bucal coletiva.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

### **ABSTRACT**

The goal of this paper is to propose actions based on relational (reception, link) and self-transforming (autonomy, belonging, empowerment) arrangements with respect to the organization of oral health care services. The individual actions need to include all the perspectives of the health-disease process, giving answers on how to promote and protect health, as well as actions of recovery and rehabilitation. Such achievements depend on the committed forms of comprehension of the work process of health care and on the adoption of a model with a basis in integrality in order to transform the complex world of oral health care needs. The proposed activities are the following: a user-centered organization of the service – reception seen as a therapeutic relation creator; organization of the demands: lines of care and life condition; resolvability in the therapeutic project; actions of promotion and protection in oral health care: collective actions; oral health care education. The intent of this paper is to discuss new perspectives in the horizon of the actions to be taken in collective oral health care.

**Key Words:** Oral Health. Dental Health Services. Family Health Program. Primary Health Care.

---

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Mestre em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde da Família. Professor do curso de Odontologia e pesquisador do Núcleo de Pesquisa Integrado em Saúde Coletiva (NUPISC). Endereço: Rua C, Caminho 05, Casa 05, Conjunto Feira IV, Bairro – Tanque da Nação Cep – 44.085-060 Feira De Santana – Bahia  
E-Mail – [adrianouefs@yahoo.com.br](mailto:adrianouefs@yahoo.com.br) Telefone – (75) 88063114

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo busca refletir sobre a experiência vivenciada no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Alagoinhas – BA, tendo como objetivo propor ações baseadas em dispositivos como o acolhimento, o vínculo, a autonomia, o pertencimento e o empoderamento, na perspectiva da organização dos serviços de saúde bucal, balizado pela matriz da integralidade, tendo o usuário como centro das ações de saúde.

A principal motivação surgiu após conclusão do Mestrado em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em 2005, que teve como um dos objetivos analisar a prática de saúde bucal no PSF em Alagoinhas – BA, de 2001 a 2004 (SANTOS, 2005). Para tanto, buscou-se compreender como eram estabelecidas as relações entre os diferentes sujeitos da prática (trabalhadores de saúde, usuários, gestores) e a organização das ações individuais e coletivas, a partir das tecnologias leves (MERHY, 1997) envolvidas, direta ou indiretamente, na produção dos serviços de saúde bucal.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) em Alagoinhas foram implantadas em 2001, juntamente com a expansão das Equipes de Saúde da Família (ESF) (ALAGOINHAS, 2002). Naquele momento, tomou-se como diretriz organizativa a Portaria 1444 (BRASIL, 2000) que orientava a implantação de uma ESB para cada duas ESF, e seguiu-se a composição de um cirurgião-dentista (CD) e uma auxiliar de consultório dentário (ACD), na modalidade I. Os estudos realizados por Santos (2005) e Rodrigues (2005) revelaram dificuldades na organização do processo de trabalhos das ESB do referido município, bem como mostraram a necessidade de novas abordagens em saúde, pautados em dispositivos institucionais, para superar as práticas fragmentadas em saúde bucal nas ações individuais e coletivas.

Na perspectiva de avançar, o Ministério da Saúde publica a Portaria 673/GM (BRASIL, 2003) na qual sugere uma relação de uma ESB para cada ESF. No entanto, apesar de apontar para uma alteração quanto à ampliação no número de ESB, a proposta não avança nas questões de financiamento, deixando a cargo dos municípios a opção de arcar com os novos investimentos. Tal atitude, por um lado, suscita a defesa pela ampliação em número de equipe e, por outro, coloca na pauta de discussão a necessidade de modalidades de financiamento que possibilitem novas implantações de ESB.

Nesse sentido, a perspectiva do presente artigo é descrever algumas propostas nascidas num cenário particular que foram aprofundadas em duas dissertações de mestrado em Saúde Coletiva, em 2005, e socializar o referido conhecimento para criar novos caminhos e novas discussões.

## **2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL E AS PROPOSTAS PARA AS AÇÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS.**

As ações individuais necessitam incluir todas as perspectivas do processo saúde-doença, ou seja, dar respostas de promoção e proteção à saúde, ações de recuperação e reabilitação (BRASIL, 2004). Para tanto, precisará articular-se a uma rede de serviços hierarquizada, possibilitando a resolubilidade das diferentes demandas apresentadas pelos usuários. Paralelamente, não poderá ser construída sem a participação dos diferentes sujeitos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros), bem como só terá legitimidade se houver a compreensão e participação da comunidade (em suas várias representações), e do usuário individual no momento da busca por um serviço de saúde bucal.

Historicamente, a sociedade brasileira teve a saúde bucal excluída do cardápio de opções no cenário da saúde pública; por conseguinte, acumulou uma demanda por ações de recuperação e reabilitação (doenças e seqüelas) que precisará ser revertida rapidamente. Por conta disso, o Ministério da Saúde, com as Diretrizes da Política de Saúde Bucal, sinaliza para a necessidade de maximização da hora clínica do CD – “75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência” (BRASIL, 2004, p. 4). Nesse sentido, as ações individuais e coletivas, na prática cotidiana, poderão organizar-se a partir da seguinte proporção: sete turnos de atividades clínicas (ações individuais) e três turnos em outras atividades (educação em saúde; visitas domiciliares; reuniões e capacitações; planejamento e programação; dentre outras).

No entanto, aumentar a carga horária ou a permanência do CD no consultório não garante, por si, um aumento no número de procedimentos, nem significa, necessariamente, ganho em qualidade das atividades desenvolvidas. Tais conquistas dependem de formas comprometidas de compreensão do próprio processo de trabalho em saúde e utilização de dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e dispositivos instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento)

para transformar o complexo mundo de necessidades odontológicas, além do desenvolvimento de uma ética profissional pautada no compromisso com o produto (intervenção), com a comunidade (sujeitos) e com o Sistema Único de Saúde - SUS (gestão, modelo, instituição).

Nessa direção, Campos (2003, p. 111) sinaliza que “a política e a gestão são importantes instrumentos para operar essa conversão. As diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade) são importantes instrumentos indutores de mudanças de modelo. Essas diretrizes mudaram a agenda brasileira, constringendo governantes e sociedade civil a encararem desafios antes considerados irrealizáveis”.

Portanto, a definição de metas, quantidades e tipo de atividades a serem realizadas não propõe a normatização em práticas programáticas acrílicas ou limitantes; pelo contrário, parte do pressuposto da necessidade de uma ação planejada e programada, circunscrita em parâmetros revelados em levantamentos epidemiológicos e em estudos teóricos realizados em outros municípios e que balizam com suas experiências exitosas as considerações aqui delimitadas. Tais orientações, na organização do serviço, possibilitam um contato mais orgânico por parte das coordenações com o processo de trabalho das ESB, por meio de métodos de acompanhamento e avaliação compartilhada (convisão) (REIS; HORTALE, 2004).

A partir das considerações apresentadas, propõem-se, a seguir, questões a serem discutidas com os trabalhadores de saúde, gestores e sociedade acerca da organização e das formas de atenção à saúde bucal, tendo como cenário inspirador o município de Alagoinhas, Bahia. As propostas têm como documentos norteadores a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), a NOAS/SUS 2002 (BRASIL, 2002), as Diretrizes de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) e o relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB (BRASIL, 2005).

## **2.1 Organização do serviço de saúde bucal centrado no usuário: acolhimento como gerenciador das relações terapêuticas.**

Baseando-se em Merhy (1997; 2002) e Campos (1994; 2000; 2003) compreende-se que os serviços de saúde precisam, necessariamente, situar suas práticas tendo o usuário como centro do processo terapêutico. Para tanto, os referidos autores apresentam dispositivos – acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolubilidade – que juntos potencializam o processo de

trabalho em saúde e, paralelamente, contribuem para a construção do cuidado, tendo como matriz a integralidade.

➤ **Recepção**

O município precisará reorganizar as estruturas físicas das unidades de saúde. As recepções deverão ser amplas, com assentos adequados e suficientes, aparelhos audiovisuais (televisão, som ambiente, vídeos educativos, etc.), pintura agradável, arquivos informatizados, ou seja, a infra-estrutura, também deve ser entendida como elemento constituinte do cuidado. As ESB deverão criar cartazes informativos sobre os cuidados em saúde bucal e disponibilizar na recepção, os horários de atendimento, os serviços realizados, o número de vagas disponibilizadas diariamente, os critérios de agendamento e priorização (protocolos ou fluxogramas), tudo isso, de forma clara e acessível.

Santos e Assis (2005, p. 321) sintetizam essa análise inspirados em Matumoto (1998) e Fortuna (1999) “antes mesmo do encontro formal entre usuário e trabalhador, os espaços preparam-se para essa relação. O preparo diz respeito à organização, higiene, estética, conforto, sinalização, informação do espaço físico, bem como à maneira como os trabalhadores preparam-se para aguardar os usuários. Para tanto, são levados em conta a aparência, a paramentação e o comportamento”.

Portanto, a ESB deverá acolher os usuários e perceber as prioridades (idosos, gestantes, pessoas com necessidades especiais, crianças) que devem extrapolar o critério de ordem de chegada. Deve-se prezar pela apresentação (aparência) e pela entonação adequada da voz; dessa forma, a terapêutica deve começar nesse espaço privilegiado. Sugere-se que a Secretaria de Saúde disponibilize jalecos adequados e padronizados, criando uma imagem positiva em toda a rede de atenção.

As recepções deverão possuir área adequada para atividade educativa e pré-consulta, na qual se pode desenvolver salas temáticas, exibição de vídeos educativos, escovações supervisionadas, explicações acerca do funcionamento da unidade, etc. Essas atividades poderão ser desempenhadas pelos diferentes trabalhadores da unidade, potencializando a interdisciplinaridade e a co-responsabilização dos demais membros da ESF com o processo de adoecimento relacionado à boca.

➤ **Marcação de consultas: o ponto nevrálgico**

A demanda, historicamente excluída, faz surgir necessidades que vão além da governabilidade das ESF/ESB. Em Alagoinhas, por exemplo, no atual recorte temporal, apresentam-se inúmeras dificuldades sócio-econômicas que a posicionam como uma cidade de médio desenvolvimento humano. Segundo o IBGE, em 2005 (IBGE, 2006), tratava-se do sexto município baiano, em área territorial, possuindo uma extensão de 734 km<sup>2</sup>, uma população de 138.366 habitantes. Em relação às condições sócio-econômicas da população, têm-se os seguintes indicadores: 86,43% residem na zona urbana; possui uma taxa de analfabetismo na população adulta de 17,1%; sendo que 43,8% da população é classificada como pobre.

É nesse cenário, portanto, de franca desigualdade social, que os aspectos econômicos, sociais, demográficos, culturais e epidemiológicos perpassam o processo saúde-doença, constituindo um quadro complexo e heterogêneo que termina determinando o padrão de qualidade de vida das pessoas. E tudo isso produz um tipo de demanda – demanda reprimida – que se materializa para as pessoas quando, mesmo tendo algum tipo de acesso aos serviços de saúde, têm sua resolubilidade limitada pelas questões que orbitam o campo da saúde e da doença.

A contextualização acima possibilita uma compreensão mais aproximada de algumas das possíveis razões explicativas para a existência de filas. Nesse sentido, sinalizam-se algumas formas de acesso que estão sendo exploradas pelas unidades de saúde ao longo dos últimos cinco anos, no cenário em estudo.

Faz-se mister considerar-se que não existem fórmulas, existem caminhos possíveis de superação das filas, existem construções de acesso aos serviços que precisam ser amplamente discutidas nas localidades por conta das diferenças em cada microespaço. Atualmente, podem-se encontrar, sinteticamente, as seguintes modalidades de acesso:

1. Urgências – nos casos de dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros;
2. Encaminhamentos internos – trabalhadores da própria unidade fazem a solicitação para o atendimento;
3. Agendamento de crianças – realizado nas escolas após triagem realizada pelo CD ou pelo ACS;
4. Agendamento nas microáreas – realizado pelo ACS (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais, portadores de patologias crônicas);

5. Livre demanda – busca pelo serviço baseado na necessidade percebida pelo usuário, através de “fichas” de atendimento em dias programados na unidade;
6. Retornos programados – após a primeira consulta, o CD faz um aprazamento para o retorno, baseado na necessidade ou risco do usuário;
7. Levantamento de necessidades em reuniões coletivas;
8. Outros – encaminhamentos externos (Secretaria de Saúde, contra-referência, outros serviços de saúde), “favorecimento de conhecidos”.

A diversidade encontrada revela as várias facetas de um mesmo problema – dificuldade no acesso ao serviço de saúde bucal. Por sua vez, a cidade não difere de outros municípios nordestinos em relação à problemática apontada. No caso específico, compete analisar a relação direta entre serviços implantados e demandas apresentadas, o que quer dizer que, anterior à gestão atual, havia as necessidades; no entanto, a falta de serviço levava as filas, o que possivelmente tem ocorrido é a constatação de que existem problemas de saúde acumulados e estes precisam ser resolvidos. Panizzi et al (2004) salientam que o acesso aos serviços de saúde bucal é um problema, pois existe uma demanda acumulada e, historicamente, excluída desse tipo de atenção. Como consequência, as necessidades apresentadas pelos usuários não são atendidas a contento, mesmo com o aumento da oferta, fazendo surgir a “ficha” que se configura como desafio para os gestores dos serviços.

O primeiro passo para a organização dos serviços será a sua ampliação e adoção do critério de uma ESF para cada ESB, garantindo serviços básicos de saúde bucal em todas as unidades de saúde, incluindo áreas rurais de difícil acesso. Posteriormente, a inclusão de novos trabalhadores de saúde como o técnico de higiene dentária (THD) ampliará a resolubilidade das ações, pois o CD poderá dedica-se a atividades mais complexas (BRASIL, 2005). Na prática cotidiana, recomenda-se buscar a superação da fila através do pré-agendamento. Algumas alternativas possíveis são:

- a) Levantamento de necessidades em reuniões coletivas em cada microárea – reúne-se a comunidade em um local de fácil acesso em cada microárea de abrangência, após ampla divulgação. Neste local, utiliza-se uma ficha de levantamento de necessidades odontológicas e faz-se uma lista de espera de acordo com os índices encontrados. Essa ferramenta acaba com a fila “formal”, pois gera um outro tipo de espera, uma fila “virtual”. No entanto, permite a utilização do critério da equidade (priorização de quem mais precisa), as pessoas passam a

saber, previamente, quando serão atendidas (não precisam disputar uma vaga durante a madrugada), viabiliza o acesso de donas de casa e pessoas com dificuldades de disputarem uma vaga no modelo tradicional de “quem chega mais cedo é que consegue”. O código de levantamento de necessidades pode ser adaptado às características epidemiológicas de cada área. Essa modalidade de agendamento precisa ser discutida com a população adscrita para que a mesma seja parceira. Requer, ainda, avaliações periódicas e novas reuniões semestrais (ou prazo específico em cada local). O levantamento de necessidades é uma possibilidade, principalmente, para áreas em que existe a relação 1:1.

- b) Urgências – nos casos de dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros. Nesses casos, o atendimento deve ser imediato, com disponibilização do arsenal tecnológico mais apropriado e possível para aquele momento, objetivando a finalização do sofrimento. Não pode ser restrito a um número pré-determinado e a hora de chegada. Para tanto, todos os casos devem ser acolhidos na unidade e deve ser explicitado na comunidade o que vem a ser urgências odontológicas – o bom senso e a ética devem mediar esse momento.
- c) Agendamento nas microáreas – realizado pelo ACS (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais, portadores de patologias crônicas) – uma alternativa para garantir o acesso de pessoas que tradicionalmente ficam distantes dos serviços. Pode ser aliado em locais cuja marcação tradicional – por filas – ainda é preponderante. Torna o serviço mais universal e equitativo. No entanto, apresenta o fator negativo de responsabilizar o ACS pela priorização. Nesse sentido, pode gerar conflitos nas áreas, portanto, precisa ser cercado de amplo esclarecimento nas áreas e entre os membros da equipe.
- d) Misto – para contemplar a diversidade de necessidades e possibilitar mudanças gradativas, uma das opções é a inserção de uma das modalidades citadas ou uma alternativa gestada coletivamente na comunidade, paralelamente à marcação tradicional, até que se possa transformar o modelo vigente de difícil acesso a um novo modelo que supere a exclusão social.

Após definida uma alternativa de marcação, a unidade deverá ofertar diferentes turnos de atendimento clínico (manhã e tarde). Quando possível, o agendamento deverá ser por hora marcada; contudo, dada à dificuldade na maioria das vezes, sugere-se marcar por bloco de horário, sempre visando diminuir o tempo de permanência dos usuários na unidade de saúde.



➤ ***Tipo de tratamento: ponto de divergências***

Atualmente, a maioria das necessidades de saúde bucal poderia ser resolvida nas Unidades de Saúde da Família, se o requisito fosse capacidade técnica dos profissionais. Na realidade, a forma como se organizam as práticas em saúde bucal obedecem ao seguinte conflito - fazer ou não o *tratamento completado*, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos em relação aos procedimentos básicos, ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta. O *tratamento não completado* gera, de um lado, uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, mas, por sua vez, cria um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou conseguirão resolver seus problemas.

A prerrogativa compete ser colocada na pauta de discussões nos diversos cenários (Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e sociedade civil), pois a opção deve estar pautada em critérios técnico-científicos e em políticas de saúde com perspectivas de superação de um modelo pouco resolutivo e fragmentado, para um outro que garanta o cuidado e a consolidação da saúde individual e coletiva.

Desde 2005, algumas ESB do município já vêm adotando turnos para o tratamento completado. A perspectiva dessa opção, no processo de trabalho, é diminuir, ao longo do tempo, as necessidades acumuladas e possibilitar visitas programadas ao serviço odontológico. Tem-se clareza que será uma revolução a longo prazo que precisa-se de investimento e de coragem para disparar tamanha ousadia em tempos de imediatismo por serviços de saúde. Vislumbra-se o ganho na qualidade dos serviços, a resolubilidade nos procedimentos, a diminuição nos gastos a longo prazo, a satisfação dos usuários a medida que compreendam os benefícios de não precisarem ir ao serviço odontológico disputar uma vaga para cada procedimento.

Acredita-se que essa estratégia deva ser inserida no cotidiano das práticas paulatinamente, pois, em consequência da grande demanda acumulada, não se pode engessar o serviço com o tratamento de apenas alguns indivíduos.

➤ ***Organização das demandas: linhas de cuidado e condição de vida***

Para superar o acesso descontextualizado das necessidades dos diferentes grupos populacionais, concorda-se com as Diretrizes das Políticas de Saúde Bucal (BRASIL, 2004, p.20) quando aponta duas formas de inserção: a) por linha de cuidado e b) por condição de vida.

Segundo o documento, são assim compreendidas: “a primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras”.

Para tanto, as ESB e ESF precisarão conhecer os dados de suas respectivas áreas (população por faixa etária, condições de saneamento, doenças prevalentes, entre outros) e, a partir de então, definir formas de inserção dos diferentes grupos de forma equitativa e ética. Não há sobreposição entre essas inserções e os critérios de marcação, pois ambos podem complementar-se e servir para justificativas acerca do acesso de um ou outro grupo.

As ESB podem organizar turnos para gestantes (juntamente com a enfermeira da unidade - no momento do pré-natal) e para grupos específicos (idosos, crianças, adolescentes - no dia da vacina, no momento das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, simultâneo as consultas de planejamento familiar, entre tantas possibilidades). Os turnos não precisam ser semanais, podem ser quinzenais, ou até mensais (critério de risco e necessidade).

O referido documento aponta os seguintes grupos a serem atendidos: grupo de 0 a 5 anos; grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos); grupo de gestantes; grupo de adultos; grupo de idosos. Acredita-se que haja necessidade de criação de protocolos e projetos terapêuticos que respondam às necessidades específicas de cada grupo. Esta necessidade ficou explicitada no relatório final da 3ª CNSB (BRASIL, 2005, p. 121) que preconiza “estabelecer protocolos cientificamente validados para padronização dos procedimentos de atenção e assistência em saúde bucal”.

➤ ***Projeto terapêutico: o desafio da resolubilidade.***

a) Adequação do meio bucal e tratamento restaurador atraumático (TRA)

As sessões clínicas devem contemplar as necessidades mais imediatas – exodontias indicadas; eliminação de focos infecciosos; escariação de cavidades profundas e inserção de material provisório (preferência pelo ionômero de vidro); raspagem e alisamento radicular; motivação sobre técnicas de higiene bucal e controle da placa.

Essas ações devem ser realizadas (quando necessário) em todos os grupos antes do início do tratamento restaurador definitivo. Tais procedimentos precisam estar pautados em normas técnico-científicas que visem o benefício do usuário e a otimização das ações curativas.

No caso de crianças, nas unidades decíduas preconiza-se a técnica do TRA que poderá inclusive ser realizada fora do ambiente da unidade de saúde (nas visitas domiciliares, nas escolas e creches). Deve-se dar fundamental atenção aos molares permanentes. Em crianças pequenas com alto índice de cárie agudas, deve-se utilizar o cariostático em sessões bem definidas de acordo com as necessidades de cada caso. A utilização do flúor, também, contempla essa etapa no tratamento (gel e/ou verniz fluoretado), em sessões planejadas sob o critério de risco individual e/ou coletivo.

Após a conclusão dessa etapa, devem-se agendar visitas periódicas para as restaurações definitivas ou acompanhamento a partir do risco individual.

#### b) Tratamento restaurador definitivo

Inicia-se tão logo a cavidade bucal tenha condições de recebê-la, podendo ser paralela à adequação do meio (restaurações em resina, caso de estética). Nas unidades dentárias posteriores (molares e pré-molares) devem-se priorizar o amálgama como material definitivo e a resina fotopolimerizável para as unidades anteriores (incisivos e caninos) e posteriores com indicação para tal (cavidades pequenas ou nas quais a estética é imprescindível). Ressalta-se o esclarecimento ao usuário acerca do material escolhido, dando a ele autonomia para opinar no processo terapêutico.

Recomenda-se contemplar todos os grupos para tratamento restaurador completo definitivo, sendo que os dentes permanentes devem ser sempre priorizados em relação aos decíduos. A Secretaria de Saúde deverá fornecer os materiais mais adequados para essa finalidade em quantidade e qualidades condizentes com as necessidades da população assistida. A técnica clínica utilizada para os procedimentos é de total responsabilidade dos profissionais cirurgiões-dentistas, sempre balizados pela condução ética e o conhecimento técnico mais adequado nos diferentes procedimentos preventivos e curativos.

#### c) Descentralização das endodontias de dentes anteriores e pré-molares para as unidades básicas

Pretende-se inserir na atenção básica alguns procedimentos de média complexidade, ampliando o campo de ações do CD e a resolubilidade das ações curativas. Essa ação “contribuirá para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando-lhe o impacto e a cobertura”. (BRASIL, 2004, p.20).

Para Campos (2003, p. 110), o projeto terapêutico deve refletir uma mudança no modelo de atenção à saúde na busca de maior eficácia, o que o autor define como sendo

*a capacidade dos modelos de produzir saúde, de promover, prevenir, curar, reabilitar e aliviar o sofrimento. Refere-se a resultados concretos, trabalhando com evidências, com a melhoria dos indicadores e com a diminuição do risco e da vulnerabilidade epidemiológica e clínica. Cada sistema, serviço, programa e equipe deveriam ser reorganizados sempre buscando o melhor resultado possível.*

#### e) Visita domiciliar

A visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente, realizado pelo ACS. A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário (BRASIL, 2004).

O critério para visitas domiciliares é criticado por Franco e Merhy (2003), no sentido de que não deve ter o caráter compulsório. Segundo os autores, a visita domiciliar só faz sentido se estiver pautada numa necessidade explícita, sendo que o papel de vigilantes da saúde deve ser designado aos ACS. Complementam dizendo que há necessidade de otimização dos recursos humanos em saúde, não sendo, portanto, admissível que um trabalhador (médico, enfermeira, dentista) realize uma visita sem mesmo saber o que vai, ou para que vai, fazer (n)uma visita.

Entende-se a visita domiciliar como sendo um espaço do encontro, em que a valise das relações (MERHY, 2002) deve operar em sentido maior, apenas complementada pelas demais valises estruturais e sempre balizadas pela real necessidade/demanda que é manifestada pela família. Até porque as demandas podem ser por promoção, prevenção, tratamento, reabilitação ou morte e, em cada caso, as diversas tecnologias deverão estar operando, no sentido de garantir o

acolhimento, a autonomia e a resolubilidade do que se apresenta ancorados pelo dispositivo do vínculo.

O município tem inúmeras experiências em visitas domiciliares. As potencialidades neste campo são enormes, mas deverão ser otimizadas. Num primeiro momento, as visitas devem ter o caráter de reconhecimento da área de abrangência, mas, posteriormente, deve aliar a ampliação das ações terapêuticas (intervenções clínicas domiciliares) restringindo apenas aos usuários impossibilitados de locomoverem-se até a unidade de saúde.

A visita domiciliar não precisa acontecer em turnos pré-fixados, mas ser livre para acontecer sempre que necessário (gestante, acamado, recém nascido, idoso, pessoas com necessidades especiais) agendando-se previamente com o ACS e comunicado a família sobre a visita. Cada localidade deve planejar a melhor estratégia para sua comunidade.

## **2.2 Ações de Promoção e Proteção em Saúde Bucal: ações coletivas**

A implantação do Sistema Único de Saúde desencadeou inúmeros desafios, principalmente em relação a sua capacidade de ofertar serviços capazes de garantir a universalização das ações e a integralidade ao cuidado das demandas e necessidades historicamente acumuladas na sociedade brasileira. A Lei 8080/90 legitima a saúde como um direito de todo cidadão, devendo o Estado garantir/ prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990). Compreende a saúde como qualidade de vida e, portanto, circunscrita em seus vários espectros – biológico, social, econômico, político, cultural e ideológico. Nesse sentido, a saúde bucal é apenas um fragmento dessa totalidade complexa e, irremediavelmente, imbricada.

A saúde bucal é a qualidade de saúde que se apresenta na cavidade bucal e, também, é sócio-culturalmente construída. Nesse sentido, saúde bucal é um conceito genérico, utilizado para organizar um núcleo de conhecimentos específicos, mas dependente de outros campos de saberes. Portanto, a saúde bucal configura-se como matriz da formação dos cirurgiões-dentistas, mas só efetiva-se no encontro com as ações desenvolvidas por diferentes sujeitos (médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários, gestores/ políticos, professores, entre outros), tendo o sujeito usuário como centro do cuidado.

As ações de saúde bucal devem inserir-se na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da unidade de saúde, aliando a intersetorialidade e a participação e o controle social. As ações coletivas são aquelas desenvolvidas com o intuito de atingir o maior número de pessoas, através da promoção e proteção da saúde em diferentes espaços sociais (escolas, clubes, associações, unidades de saúde, entre outras), ou seja, confere um caráter não formal ao processo de ensino/ aprendizagem em saúde. A não formalidade frisa-se no sentido de não privilégio e de não rigidez para o desenvolvimento das práticas em saúde, contudo, percebe-se como imprescindíveis o planejamento e a utilização de ferramentas adequadas a cada atividade e para cada grupo social (criança, adolescentes, adultos, gestantes, idosos, etc.).

Nesse sentido, é mister o conhecimento estruturado (fundamentação teórica), a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o respeito às diferenças, a utilização do acolhimento e do vínculo, tudo isso em prol da construção de sujeitos autônomos e capazes de co-responsabilidade e co-participação na construção da saúde, verdadeiramente coletiva.

Inspirados nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) destacam-se as seguintes ações para o desenvolvimento da saúde bucal coletiva:

➤ ***Educação em Saúde Bucal: uma breve reflexão.***

Para realmente mudar a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde das pessoas é preciso mudar também os modos de ensinar e aprender. O conceito de educação tem passado por fortes transformações – desafios gerados pela globalização e novas tecnologias e seu grande desafio é superar as desigualdades sociais, promover equidade e justiça social. Para Brandão (1995, p. 47), “a educação do homem existe por toda parte e, muito mais que a escola, é o resultado da ação de todo o meio sociocultural sobre os seus participantes. É o exercício de viver e conviver o que educa. E a escola de qualquer tipo é apenas um lugar e um momento provisório onde isto pode acontecer”.

Nesta direção, sinaliza-se a necessidade de ações educativas em diferentes espaços dentro de cada área adscrita para as ESB nas ESF: creches, escolas, associações, fábricas, unidade de saúde, entre outros espaços apontados junto com a comunidade como adequados para as atividades educacionais. Carmo (2005) ressalta que a educação deve ter como base a

emancipação dos sujeitos, daí a necessidade do envolvimento do educador com a realidade dos educandos.

Assim, para estabelecer o processo de aprendizagem, há necessidade de uma relação horizontal (vínculo) entre o sujeito que educa e o sujeito que se propõe educar, valorizando a fala e a escuta, avançando para além das tradicionais técnicas de transmissão (palestras). O objetivo é a construção de novos valores, adquiridos a partir da reflexão de problemas concretos, em espaços reais, ou seja, baseados na problematização sobre o cotidiano de cada território-processo, nos quais as pessoas vivem, trabalham, relacionam-se, adoecem, são felizes ou tristes, na perspectiva de autonomização dos sujeitos, ou como diria Freire (1998), uma educação para libertação.

Desenvolver novas práticas de educação em saúde exige mudanças que envolvem um processo complexo que passa pela formação de pessoas na área da saúde (universidade e escolas técnicas); modelo de atenção à saúde proposto para o município (gestão, política); educação dos trabalhadores de saúde (educação permanente); acesso à educação formal dos cidadãos (fundamental, médio e superior); educação de sujeitos-chave em saúde (professores, ACS, merendeiras, etc.); inserção da educação em saúde em currículos escolares formais (livros e cartilhas); implantação nas escolas e unidades de saúde de espaços adequados para algumas atividades em saúde bucal (escovódromos); disponibilização de material (escovas, creme dental, fio dental) para higiene bucal (em quantidade e qualidade adequado às necessidades locais); adequação da merenda escolar (dieta balanceada); adequação da comercialização de produtos cariogênicos nas escolas municipais; inserção de novos técnicos para desenvolvimento de ações coletivas em saúde bucal (Técnico em Higiene Dental – THD); divulgação dos índices epidemiológicos para os diferentes sujeitos da comunidade (informação/ comunicação em saúde); divulgação na mídia escrita, falada e eletrônica de ações positivas em saúde bucal (criação de audiovisual sobre saúde bucal envolvendo a comunidade); entre outras ações (BRASIL, 2004; 2005).

No artigo em questão não se ousou abordar a totalidade das questões mencionadas acima. O objetivo é apontar proposições para a organização dos serviços de saúde, bem como sugerir algumas ações intersetoriais que viabilizem em curto prazo mudanças consideráveis no processo de educação em saúde bucal.

**i) *Educando os sujeitos-chave: a co-responsabilidade***

As ESB deverão identificar quais os sujeitos-chave da área de adscrição que exercem interface direta com a saúde bucal. De um modo geral, alguns grupos deverão estar contemplados: professores, merendeiras e ACS.

Para tanto, recomenda-se a realização de oficinas (problematização e construção) com o tema saúde bucal. Nas oficinas devem-se apresentar os índices sócio-econômicos da comunidade e discutir dialeticamente o papel de cada sujeito no processo de promoção da saúde. Problematizar a realidade da comunidade em seus vários aspectos, procurando superar a dicotomia entre a saúde bucal e os outros elementos associados ao processo saúde-doença, de forma a perceber que as condições de saúde bucal não são determinadas pelos sujeitos individualmente, mas pela soma de inúmeros fatores (condições de moradia, saneamento básico, emprego, acesso aos serviços de saúde, entre outros), que geram situações de saúde/ doença que se manifestam no corpo, na alma, na boca. A construção coletiva deve permitir a ampliação da clínica e re-significação do conceito de cuidar a partir dos dispositivos instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento) e integradores (responsabilização, participação e vínculo). As oficinas devem incluir abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção às doenças bucais, formas adequadas e alternativas de higienização e alimentação.

**ii) *Higiene bucal supervisionada em escolas e creches: o auto cuidado***

A Higiene Bucal Supervisionada (HBS) é parte fundamental da educação em saúde, podendo ser realizada em diferentes espaços. Contudo, as escolas e creches são espaços adequados para realização desse procedimento pela presença constante das crianças (pelo menos um turno/dia). Contudo, realizá-la adequadamente exige aprendizado e abordagens criativas no processo de ensino.

A referida ação visa à prevenção das principais doenças bucais (cárie e gengivite) através do emprego de técnicas adequadas de escovação e uso do fio dental. Deve ser realizada diariamente nas escolas e creches do município sob a supervisão dos professores de cada espaço educacional. Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatização (BRASIL, 2004). O ideal é uma técnica simples e eficaz que seja aceita por um maior número de crianças.

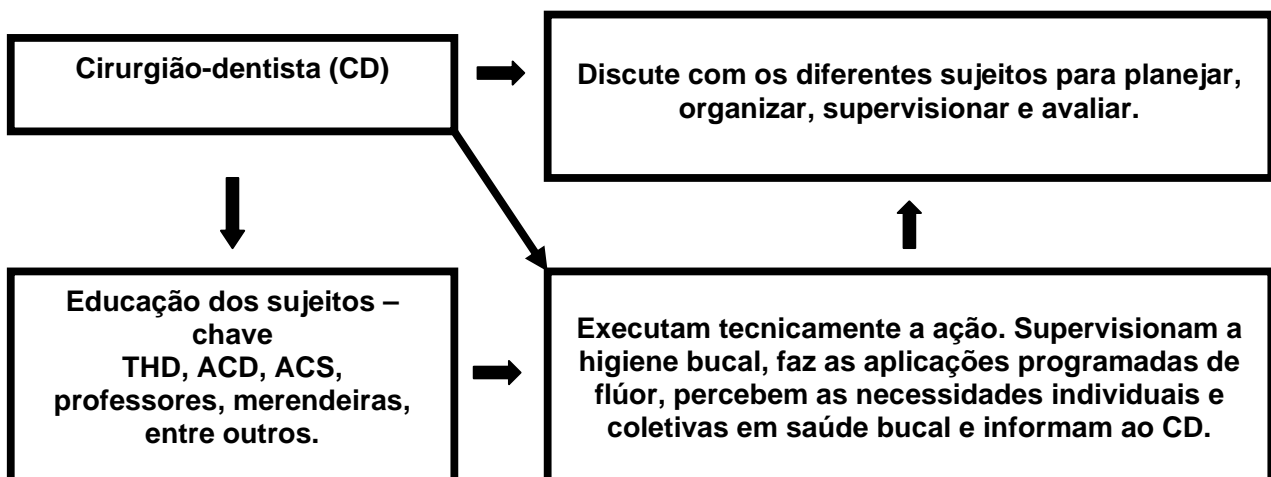


Os professores são orientados a reservar quinze minutos em cada turno após a merenda escolar para a realização da escovação, diariamente. Os próprios alunos fazem a escovação com o objetivo de desenvolver a motricidade da técnica. Geralmente, a nova maneira de escovar é diferente do que eles estavam acostumados e, por isso, requer um certo tempo para seu domínio. Os professores supervisionam, estimulam e orientam.

Segundo Brasil (2004, p. 17), “considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento freqüente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações”. Diante do exposto, Manfredini (2004) complementa, dizendo que deve caber aos dentistas o papel de planejar com os diversos sujeitos, coordenar e supervisionar as atividades coletivas, não que seu papel deva ser centrado no atendimento individual, mas seus turnos extra-muros devem ser utilizados de maneira mais resolutiva.

### *iii) Organograma das ações coletivas em saúde bucal*

**Figura 1**



#### *iv) Aplicação Tópica de Flúor: bom senso*

O flúor reduz a incidência de cárie e recupera lesões não cavitadas (cáries iniciais – manchas). Portanto, o flúor tem uma função preventiva e terapêutica. O flúor tópico está difundido através dos dentifrícios fluoretados e na água de abastecimento, por isso deve-se ter cautela na utilização de outras formas de aplicação de flúor. A aplicação tópica de flúor visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluoretados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado) em ações coletivas. (MENEZES, 2006).

Considerando-se que a maioria da população está exposta a, pelo menos, uma fonte de flúor, seja pela água fluoretada e/ou pelo dentifrício fluoretado, a indicação desse método deve seguir critérios técnicos bem definidos. Nesse sentido, entende-se como prioridade para a aplicação do flúor nos seguintes casos: água de abastecimento sem flúor; baixos teores de flúor na água (<0,54 ppm); baseado em levantamento epidemiológico que indique alta incidência de cárie dentária; pessoas com dificuldades motoras, ou outras deficiências que justifiquem uma maior vigilância à cárie; pessoas que apresentam deficiência na escovação; ação impactante nas escolas/ creches que apresentam crianças com alta incidência de cárie (BRASIL, 2004; NARVAI et al, 2002).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A intenção deste artigo foi divulgar novas perspectivas no horizonte das ações em saúde bucal. Percebe-se que existe um grande número de estudos que apontam sugestões para a saúde bucal, mas a grande maioria apóia-se, preferencialmente, no levantamento epidemiológico como eixo orientador das práticas. Segundo Nadanovsky (2006, p. 886), “estudos sobre a prevalência da cárie dentária em uma determinada localidade têm poucas chances de contribuir para o desenvolvimento científico. Apesar disso, vários artigos publicados pela odontologia brasileira na saúde pública, nos últimos anos, foram relatos desse tipo ou similares”.

Nesse sentido, ousou-se apontar direções que fossem desencadeadas por dispositivos instituintes, relacionais e integradores na organização do processo de trabalho da ESB nas suas ações individuais e coletivas.

À luz das análises realizadas nas dissertações de mestrado de Santos (2005) e Rodrigues (2005), resultado aproximado da realidade, trouxe o desafio: propor mudanças operativas à prática de saúde bucal, no PSF de Alagoinhas. Destaca-se que as proposições, aqui delineadas, são produtos do encontro entre os sujeitos que vivenciam a prática (dados empíricos), os sujeitos que teorizam e experienciam o fazer/agir em saúde/saúde bucal em outros cenários (referencial teórico) e os sujeitos que propuseram tal encontro (pesquisadores, por conseguinte, também, pesquisados).

Acredita-se que o debate em torno das práticas em saúde bucal perpassa pelo modelo de atenção mais adequado, que possibilite agregar as diversas tecnologias disponíveis da maneira mais adequada sem reduzi-las, nem tão pouco dimensioná-las para além de suas possibilidades. Até porque não seria coerente com as propostas estudadas reduzir a prática em saúde bucal a determinismos pragmáticos ou funcionalistas, nem excluir a legitimidade construída, historicamente, no seu arcabouço técnico-científico.

A proposta defendida aqui é a re-significação dos modelos de atenção em saúde bucal, para que sejam convergentes com a integralidade à saúde. Nesta perspectiva, espera-se a inclusão dos usuários como autores/protagonistas, ou seja, responsáveis, também, pela defesa da vida individual e coletiva.

## REFERÊNCIAS

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2001**. Alagoinhas: SESAU, 2002.

BRANDÃO, C.R. **O que é educação?**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3.**, Brasília, DF, 2005. **Acesso e qualidade superando a exclusão social:** relatório final. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 jun. 2003. Seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM**, 27 de fevereiro de 2002. Aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1. p. 85.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-88.

CARMO, E.M. et al. Agenda 21 Local: uma construção num contexto de letramento. **Práxis Educacional**: Dossiê Temático: trabalho e educação, Vitória da Conquista, n.1, p. 259-269, nov., 2005.

FORTUNA, C.M. **O trabalho da equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 37-54.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 7.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível: <<http://www.ibge.br>>. Acesso em: 11 jun. 2006.

MANFREDINI, M.A. PSF: promovendo saúde bucal. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, v.5, n. 7, p. 62-71, jan./abr. 2004.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENEZES, L.M.B. Flúor e a Promoção da Saúde Bucal. In: DIAS, A.A. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITC, 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

NADANOVSKY, P. O aumento da produção científica odontológica brasileira na saúde pública (Editorial). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 5, p. 886-887, maio, Rio de Janeiro, 2006.

NARVAI, P.C. et al. Uso de produtos fluorados conforme o risco de cárie dentária: uma revisão crítica. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**. v. 2, p. 101-107, São Paulo, 2002.

PANIZZI, M.; et al. Saúde Bucal: em busca da universalidade, da integralidade e da equidade. In: FRANCO, T.B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004.

REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 20, p. 492-501, mar./abr. 2004.

RODRIGUES, A.A.A.O. **Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas – BA**: o trabalho cotidiano no Programa saúde da Família como protagonista da mudança. 2005. 238f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SANTOS, A.M. **Da fragmentação à integralidade**: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas – BA. 2005. 228 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Rede de relações dos protagonistas da Prática de Saúde Bucal no programa saúde da família (PSF) de Alagoinhas – Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, n. 2, v. 29, p.313-325, jul./dez. 2005.

**Submissão:** junho de 2006  
**Aprovação:** outubro de 2006

