

# Otimização da relação demanda/oferta com redução dos índices de doenças bucais através do modelo de assistência básica à saúde

*É possível levar a saúde bucal e sistêmica para o âmbito coletivo por meio de um atendimento integralizado, viável e equânime, sem necessariamente ocupar-se com equipamentos e instrumentos odontológicos.*

Sérgio Henrique Tanos de Lacerda\*, Paulo Sérgio Carneiro Miranda\*\*

\* Mestrando em Odontopediatria pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo. E-mail: [shll@alpinet.com.br](mailto:shll@alpinet.com.br).

\*\* Doutor em Saúde Pública pela Universidade de Barcelona, Espanha, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

## RESUMO

Atualmente, o modelo de atenção básica à saúde é formado por uma Equipe de Saúde da Família, que atua interdisciplinarmente com uma Equipe de Saúde Bucal, promovendo prevenção primária e monitorando sistematicamente os índices epidemiológicos das comunidades abrangidas.

## DESCRITORES

Prevenção primária. Odontologia preventiva. Promoção da saúde. Educação em saúde bucal. Odontologia em Saúde Pública.

**É** de consciência que a prevenção primária (promoção) é a melhor maneira para se conseguir uma boa saúde, principalmente quando comparada com a prevenção secundária (proteção) e terciária (recuperação e reabilitação)<sup>9</sup>. Por isso, certifica-se que as maiores vantagens são trazidas através de modelos de atenção básica à saúde, principalmente quando esses modelos estão inseridos dentro do próprio contexto socioeconômico-cultural do cidadão<sup>10</sup>.

Até pouco tempo atrás, no Brasil, a consciência de que era “melhor prevenir do que remediar” não tinha

muita ênfase, pois era pouco institucional. Portanto, diante do atual quadro, em que 32 milhões de brasileiros nunca receberam qualquer noção de promoção e prevenção em saúde bucal e 6 milhões têm doenças bucais em atividade, viu-se a necessidade de estar reestruturando, a partir de então, uma progressiva expansão do processo de organização e planejamento dos serviços de atenção básica à saúde<sup>1</sup>.

No Brasil, várias doenças bucais são consideradas de alta prevalência, embora com taxas variáveis de acordo com as áreas do país. Em geral, as taxas apresentam grande disparidade entre regiões mais e menos desenvolvidas. O espectro das doenças bucais e a prevalência variam nas diferentes regiões de acordo com as variações socioeconômicas, educacionais e sanitárias de cada área<sup>3</sup>. Seria de se esperar, entretanto, que nas áreas mais desenvolvidas a prevalência das doenças bucais fosse bastante baixa, o que nem sempre é verdadeiro. No interior do estado de Minas Gerais, em regiões carentes, a falta de informação aliada aos costumes alimentares atípicos e aos hábitos para-funcionais resultam altos índices de doenças bucais, aumentando a demanda em relação à oferta de atendimento em nível do Sistema Único de Saúde<sup>1,4</sup>.

## REVISÃO DE LITERATURA

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica, promoção e prevenção de saúde, formam-se Equipes de Saúde da Família (ESF), com médicos, dentistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, Assistentes de Consultório Dentário (ACD), Técnicos em Higiene Dental (THD) e agentes comunitários, para se interdisciplinarem com outras equipes com outra área de abrangência<sup>15</sup>. Juntas, estrategicamente, promovem uma substituição do modelo vigente, flexneriano, por um modelo assistencial primário à saúde, em que o atendimento ao cidadão é equânime, integral e universal<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2000), é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, socialmente apropriadas, otimizando a relação demanda/oferta e custo/benefício<sup>7</sup>.

Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não-aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe<sup>1,17</sup>. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde bucal como causa de saúde sistêmica<sup>1,4</sup>.

A atuação tradicional do setor da saúde sempre conduziu à compreensão do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores socioeconômico-culturais, com tendência generalizante, fragmentando-o, compartimentando-o e descontextualizando-o de suas realidades familiares e comunitárias. Seu enfoque assistencialista e desarticulador vem gerando dependentes sociais, tratando os indivíduos como permanentes receptores de benefícios externos e não como cidadãos com direitos resguardados constitucionalmente<sup>1</sup>.

Esse problema amplia-se pela tradicional forma de atenção à família, privilegiando o atendimento indi-

vidualizado de seus membros. O indivíduo é visto de forma fragmentada, cuja manifestação de doença ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, perde sua integralidade e acaba relacionando-se, repartidamente, com as ações e os serviços de saúde. Seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, suas virtudes, suas relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos ao ser abordado por um profissional de saúde tradicional e positivista<sup>1,8,16,17</sup>.

Já a família, tradicionalmente vista também de forma fragmentada, quer seja no espaço físico em que está fixada, quer na sua composição nuclear ou na relação com os demais subsistemas sociais e econômicos, 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<sup>1</sup>.

Atualmente vem se estruturando, em nível internacional (México, Canadá, Cuba, e outros), uma nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho da autoestima e de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas<sup>1</sup>.

Cabe, então, o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento<sup>1,17</sup>.

Por essa razão, para que se exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde junto ao ambiente e ao indivíduo, com vistas à construção da Equipe de Saúde como a verdadeira unidade produtora de ações e desses serviços<sup>5</sup>. A especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação, satisfação e eficiência de seu trabalho. Tal prática somente será eficaz se associada à criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde<sup>1</sup>.

## METODOLOGIA

O presente estudo iniciou-se em fevereiro de 1999 no Município de São Gonçalo do Pará – MG, através da elaboração de um projeto de prevenção odontológica, que visava atenção primária à saúde das crianças e adolescentes de 5 a 14 anos de idade, inseridas tanto em âmbito familiar quanto escolar. Para isso, a Equipe de Saúde Bucal (ESB), recém-formada, interdisciplinou com a Equipe de Saúde da Família (ESF) que já se encontrava implantada no município promovendo atendimento nas zonas rurais e urbanas desde 1995, sendo, portanto, uma das cidades pioneiras da região Centro-Oeste de Minas na implantação do Programa Saúde da Família (PSF). A partir de então, a Equipe de Saúde Bucal (04 cirurgiões-dentistas e 03 assistentes de consultório dentário) interdisciplinou com a Equipe de Saúde da Família (uma enfermeira, uma médica e 05 agentes comunitários), para juntamente identificarem, selecionarem, priorizarem e analisarem as doenças bucais das famílias já cadastradas no PSF<sup>2,6</sup>.

Procedeu-se, então, a coleta dos dados, a tabulação e a consolidação para proposição e estratégia do plano operativo, visando à redução dos índices de doenças bucais, principalmente nas crianças e adolescentes de 05 a 14 anos de idade, levando, contudo, sempre em consideração o ambiente familiar e educacional de cada uma delas.

Inicialmente, priorizamos o levantamento epidemiológico nos índices ceo (dente decíduo cariado, extraído ou extração indicada e obturado ou restaurado), CPO-D (dente permanente cariado, extraído ou extração indicada ou perdido e obturado ou restaurado) e CNTP (índice comunitário para necessidade de tratamento periodontal), conforme o Informe Técnico nº 20 da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais<sup>11</sup>.

Diante dos resultados, viabilizamos parcerias privadas e públicas para a gestão e, posteriormente, manutenção e controle do projeto. A Secretaria Municipal de Educação, como parceira, empenhou-se desde a divulgação até a manutenção do projeto. A Colgate-Palmolive, através do seu programa “Sorriso Saudável, Futuro Brilhante”, desenvolvido juntamente com a OMS e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), apoiou enviando-nos cartazes, fitas de vídeos educativas, álbuns seriados, prospectos, livros pedagógicos e “kits” odontológicos com escova e pasta dental. A Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (Brasília), por meio do Departamento Regional de Saúde

de Divinópolis, forneceu-nos um gel com evidenciador de placa bacteriana e flúor (Dentplaque®) para aplicação semanal.

Visando sempre a integralidade, equanimidade e a universalidade do cidadão, intervimos com ações programáticas preventivas, interdisciplinares, planejadas factualmente e participativamente, com critério, pelas equipes e os núcleos sociais primários, conforme a lógica do novo modelo de atenção primária à saúde.

Dentre essas ações programáticas interdisciplinares, destacamos: escovações supervisionadas, exposições de vídeos educativos, montagens de murais e painéis, atividades pedagógicas, aulas demonstrativas, construções de escovódromos, fluoretação de águas de abastecimento público e escolar, apresentações teatrais e realizações de palestras sobre os mais diversos temas relacionados com promoção, prevenção e conscientização para a manutenção da saúde bucal e, conseqüentemente, da saúde sistêmica. Os procedimentos coletivos preventivos primários procederam-se em locais comunitários, tais como: associações comunitárias, escolas, creches, asilos, igrejas, unidades de saúde e domicílios.

Para as escovações supervisionadas, viabilizamos distribuições de “kits” odontológicos com escova, pasta, gel (Dentplaque®) e fio dental e, ainda, o cirurgião-dentista acompanhava, semanalmente, a profilaxia bucal de toda a família. No que tange às escovações dos pacientes especiais, principalmente daqueles portadores de distúrbios neuropsicomotores e/ou mentais, foi necessário que o dentista ensinasse a um membro da família a correta técnica de higienização, sendo que, uma vez por semana, o mesmo faria a higienização no paciente, preferencialmente diante de toda a família, incentivando-os à prática da profilaxia bucal<sup>12</sup>.

As exposições de vídeos educativos aconteceram com grupos operativos: crianças de zero a 6 anos de idade (junto com os pais), de 7 a 14 anos de idade, adolescentes, adultos, idosos, diabéticos, hipertensos e gestantes, que eram orientadas desde as primeiras semanas até o período neonatal. Os recursos usados para fixações de imagens foram murais, painéis, cartazes e álbuns seriados.

Já as atividades pedagógicas foram desenvolvidas por meio de memorizações musicais, quebra-cabeças, charadas, livros de contos e oficinas, os quais aumentavam a auto-estima e o interesse quanto aos cuidados básicos para a manutenção da saúde bucal. Os macro-

modelos (RGO) promoviam a dialética teoria/prática, demonstrando a realidade das doenças bucais.

Os escovódromos proporcionavam o condicionamento das técnicas de higienizações e foram construídos, preferencialmente, em locais comunitários, tanto com recursos da Secretaria Municipal de Saúde, quanto com recursos da Secretaria Municipal de Educação.

As aplicações de flúor diárias e semanais também contribuíram para a redução em, aproximadamente, 50% da incidência de cárie no período de 1999 a 2000, no mesmo grupo amostrado, de acordo com o Informe Técnico.

A socialização com materiais e/ou instrumentais odontológicos foi feita através de teatros com fantoches e fantasias vivas do ambiente odontológico. Enfim, as palestras conscientizaram os grupos operativos sobre a importância da dieta balanceada, da aplicação de selante, do uso de anti-séptico bucal, do uso do fio dental e da visita regular ao dentista na Unidade Básica de Saúde.

Com relação aos atendimentos clínicos, somente 15% da população abrangida foi referenciada para tratamentos especializados. Ao encaminhá-lo com o plano de tratamento sugerido, acompanhávamos o paciente até o momento da contra-referência<sup>13</sup>. Conseqüentemente, criou-se um vínculo de confiança profissional/paciente, tornando os atendimentos de recuperação, reabilitação e manutenção da saúde bucal do indivíduo muito mais confortáveis, reiterando-se, dessa forma, a imagem distorcida que se fez durante os anos.

## RESULTADOS

1. Promovemos uma redução do índice CPO-D na idade-padrão de 12 anos, considerada estratégica pela OMS para comparações internacionais e, também, por se constituir um ponto intermediário no período de vida em que é grande a prevalência e a incidência de cárie (Tabela 1).
2. Reduzimos os índices de doenças bucais através da conscientização da importância da promoção

em saúde bucal em nível coletivo familiar e escolar, por meio de um atendimento personalizado, diferenciado, humano, acolhedor e equânime, no qual o cidadão inserido em seu próprio meio foi alvo de atenção de uma Equipe de Saúde.

3. Através de uma assistência sistêmica aos núcleos sociais primários, desenvolveu-se um vínculo de confiança entre trabalhadores da saúde e pacientes, proporcionando-lhes um amparo biopsicossocial e aumentando-lhes a auto-estima.
4. Parcerias formais e informais de vários setores, públicos ou privados, vêm, de certa forma, incentivar o nível de prevenção primária à saúde e dinamizar o processo de atendimento descentralizado comunitário, preventivo, intersetorial e vigilante à saúde bucal e sistêmica do cidadão dentro do seu próprio meio socioeconômico-cultural.
5. O fácil acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde, isto é, da referência à contra-referência, despertou a real necessidade da prevenção primária para um novo estilo de vida, mais saudável, digno e humano.
6. Na média geral, alcançou-se uma redução satisfatória nos índices ceo, CPO-D e CNTP em dezembro de 2000 quando comparada aos resultados epidemiológicos da mesma amostragem em dezembro de 1999.

## DISCUSSÃO

Mais do que a discussão de se ter uma Equipe de Saúde da Família interagindo, interdisciplinarmente, em espaço-comunidade, com a Equipe de Saúde Bucal, faz-se necessário, antes de tudo, levar a saúde bucal e sistêmica para o âmbito coletivo familiar e escolar, sem necessariamente ocupar-se com equipamentos e/ou instrumental odontológicos. Afinal, educação em saúde pode ser pedagogicamente problematizada no próprio território/processo do cidadão.

É um estudo de larga aplicação, portanto, vários delineamentos de pesquisas fazem-se necessários para a avaliação do projeto em questão<sup>14</sup>. Um delineamento de estudo transversal comparativo com grupos paralelos (entidade pública *versus* entidade privada, equipe de saúde *versus* equipe de saúde) é passível de uma elucubração. Também, um delineamento de estudo caso-controle pode ser referenciado, uma vez que a população pode ser da mesma região abrangida e do mesmo grupo socioeconômico, isto é, podem existir semelhanças entre os grupos operativos, o que é de fundamental importância para o preenchimento dessa lacuna do conhecimento.

**Tabela 1** - Índices CPO-D em crianças de 12 anos.

Índice	OMS*	Município de São Gonçalo do Pará	
		1999	2000
CPO-D (12 anos)	3,0	4,46	2,76

\*Meta da OMS para o ano 2000.

Educação em saúde pode ser pedagogicamente problematizada no próprio território/processo do cidadão, obtendo-se resultados favoráveis, em curto espaço de tempo.

## CONCLUSÃO

Reduziram-se os índices das doenças bucais por meio de um atendimento integralizado, sistêmico, viável e equânime, em que o cidadão inserido em seu contexto foi alvo de atenção de uma Equipe de Saúde.

Conclui-se que as equipes, ao interagirem interdisciplinarmente e participativamente com as comunidades, facilitaram o acesso às atenções básicas, desenvolveram um vínculo de confiança, conscientizaram a população da importância da prevenção primária e monitorizaram os índices epidemiológicos das comunidades abrangidas, otimizando a relação custo/benefício e demanda/oferta.

## ABSTRACT

### Improvement of the supply and demand relationship with reduction in rates of oral diseases by means of primary health care

The current model of primary health care consists of an interdisciplinary team (Family health team) formed by various professionals, including a group of oral health professionals, who promote primary prevention and systematic monitoring of epidemiological indexes in the communities covered by the program.

## DESCRIPTORS

Primary prevention. Preventive dentistry. Health promotion. Health education, dental. Public health dentistry. ■

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família; 2000. v. 1-4.
2. Conferência Municipal de Saúde de São Gonçalo do Pará, II,

2000, São Gonçalo do Pará, MG. Vídeo: Abril; 2000.

3. Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública. Caderno de Resumos. Belo Horizonte; 2000. 86 p.
4. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. Coordenador do SB 2000 dá orientações sobre o projeto. *Jornal do CROMG*. Belo Horizonte; nov/dez 2000; 112:4.
5. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. Manual de Orientação Profissional. Belo Horizonte; 2000.
6. Dias R. Conferência Municipal de Saúde. *Jornal Comunicando*. São Gonçalo do Pará; abr 2000; 2:2-3.
7. Ferreira SMG. Conceitos fundamentais referentes ao planejamento. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000. 33 p.
8. Freire P. Como trabalhar com o povo? Textos de Saúde Pública. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1983. 19 p.
9. Lacerda SHT. Saúde bucal: uma questão de prevenção. *Jornal do Tempo*. São Gonçalo do Pará; maio/jun 1999; 3:3.
10. Lima IC. As novas diretrizes para a municipalização da saúde. *Jornal da APCD*. São Paulo; fev 2001; 526:22-3.
11. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Bucal. Saúde bucal para crianças e adolescentes - manual para diagnóstico e avaliação. Informe Técnico nº 20. Belo Horizonte; 1995. 32 p.
12. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Epidemiologia. Coordenadoria de Saúde Bucal. Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais. Belo Horizonte; 1997.
13. Oliveira ACB, Amaral CRFL, Pereira RSP. Fluorose dentária. *Rev CROMG* 2000;6(3):172-6.
14. Oliveira TFR. Pesquisa biomédica: da procura, do achado e da escritura de tese e comunicações científicas. São Paulo: Atheneu; 1995. 237 p.
15. Pozzebom F. Odontologia passa a integrar Programa Saúde da Família. *Jornal do CFO*. Rio de Janeiro; nov/dez 2000; 41:6-7.
16. Rosen G. Uma história de Saúde Pública. 2ª ed. São Paulo: Unesp, Hucitec, Abrasco; 1994. 400 p.
17. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. 570 p.

Accito para publicação em 06/2005