

Práticas odontológicas no Programa Saúde da Família: análise crítica

Elaine Manso Oliveira Franco de Carvalho*, Breno Carnevalli**, Leon Franco de Carvalho***

* Coordenadora do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas - Unifal/MG

** Pós-graduando do Programa de Doutorado em Clínicas Odontológicas da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

*** Discente do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas - Unifal/MG

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma estratégia de reorientação das práticas sanitárias no Brasil e a inclusão da saúde bucal, com a inserção do Cirurgião-dentista nessa equipe, constituíram um avanço nas ações de saúde na atenção básica, incorporando o conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo. Este estudo teve como objetivo analisar a situação da saúde bucal no Brasil e as atribuições do Cirurgião-dentista no PSF, assim como, abordar a forma como a Odontologia é exercida no setor público. Os dados mostraram que a prática odontológica é individualizada, centrada na doença, tecnologicamente avançada, mas excludente e socialmente caótica. A articulação entre as Instituições de Ensino Superior e os Serviços Públicos de Saúde repercute, de algum modo, na formação de recursos humanos para atender a essa demanda, mas ainda há a necessidade da formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e da educação continuada para profissionais formados anteriormente à inserção das ações de saúde bucal no PSF.

DESCRITORES

Saúde da Família. Odontologia. Saúde bucal.

O Ministério da Saúde apresenta como atribuições fundamentais dos profissionais, que compõem a equipe do PSF, o planejamento das ações de promoção e vigilância à saúde, o trabalho interdisciplinar em equipe e a abordagem integral da família. Compete ao cirurgião-dentista, realizar o levantamento

epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita, além de executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos de acordo com planejamento local.⁵

Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde,³ em 1986, discursou sobre o diagnóstico de saúde bucal no Brasil e afirmou que a situação da população brasileira é caótica. O modelo da prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população e caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênica e mutiladora.⁹

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF).⁴

Concomitante a isso, o Ministério da Educação deliberou sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais fica evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.⁶

Entretanto, o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB),⁵ em 2004, verificou que há uma continuidade da monopolização dos conhecimentos em saúde pelos profissionais da área, com a formação de elites altamente especializadas,

descomprometidas com o processo de construção de uma prática mais adequada e socialmente justa.

O setor privado da Odontologia Brasileira proporciona atendimento a 5% da população. Para outros 15%, a frequência de atendimento se faz de modo irregular e, para o restante da população, a odontologia ainda oferece uma proposta mutiladora, ou seja, a extração.^{13,14}

Encontramos no Brasil, a prática de uma odontologia com profissionais que carregam a herança, historicamente construída, de uma odontologia individualizada, centrada na doença, tecnologicamente avançada, mas excludente e socialmente caótica.^{3,9}

As práticas da saúde bucal, no setor público, indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico. Há um grande esforço no ensino acadêmico para a superação desse modelo de atenção voltado para práticas curativistas. Alguns gestores já têm uma visão mais ampla do conceito de saúde e muitos cirurgiões-dentistas estão comprometidos e dispostos a reverter essa forma ultrapassada de cuidar da saúde da população.^{7,10,13}

Setenta e sete por cento das crianças de 0 a 6 anos e 4% dos adultos de 20 a 49 anos nunca consultaram um dentista. A maioria (68%) dos atendimentos prestados a população mais pobre é financiada pelo SUS, sendo que, a participação do SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica.²

As desigualdades sociais, independente do indicador socioeconômico usado (renda, classe social, escolaridade ou ocupação), somadas ao processo de exclusão social exercem efeitos nefastos na saúde geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde) e por consequência na saúde bucal.^{2,10,16}

A 10ª Conferência Nacional de Saúde Bucal³ concluiu que indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior renda, observou também, que as melhorias ou benefícios trazidos pelos programas de saúde bucal são mais eficazes quanto mais desenvolvida for a região.

Aliado a tudo isto, o ensino odontológico tem se baseado em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das faculdades de Odontologia e a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema frequentemente discutido entre estudantes e professores.¹²

Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia têm sido alvo de modificações, a partir da Resolução CNE/CES⁶ n. 3, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Odontologia, que ressaltou a importância do estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, enfatizando os princípios do SUS. Experiências que envolvem o estágio em Odontologia de Saúde Coletiva mostram contribuir para a formação, permitindo a reflexão sobre diferentes aspectos da organização e da dinâmica de um sistema local de saúde.⁸

ATRIBUIÇÕES DO ODONTÓLOGO NO PSF

As ações do cirurgião-dentista, no PSF, têm uma dimensão clínica individual e coletiva. As ações com dimensão clínica individual correspondem às atividades assistenciais clínico-cirúrgicas, centradas na lesão ou doença, com a finalidade de promover a cura ou a reabilitação.¹⁴

As ações coletivas buscam a conscientização e responsabilização do cidadão, em relação ao seu estado de saúde e prevenção de doenças, porém há necessidade de ações clínicas individuais para atender às necessidades já instaladas e existe uma deficiência na assistência odontológica no PSF, pois a maioria dos pacientes carece de serviços especializados, o que não pode ser realizado neste ambiente¹⁰. Muitos cirurgiões-dentistas, inseridos no Programa de Saúde da Família, dão continuidade a prática curativista, privando a população dos cuidados de promoção e prevenção.^{7,9,12}

Em 2003, 6.170 profissionais trabalhavam nas equipes de saúde bucal. Esse número triplicou para 18.482 profissionais, em 2008. A proporção cirurgião-dentista/habitante é uma das menores do mundo (1 Cirurgião-dentista para cada 838 habitantes), entretanto, muitos municípios brasileiros ainda não têm Cirurgião-dentista residente ou PSF implantado.¹¹

Embora, o número de municípios que implantaram o Programa Saúde da Família cresceu exponencialmente nos últimos anos, o modelo de saúde bucal implantado está repetindo o modelo tradicional, centrado na doença, e em função da grande demanda reprimida por anos de inexistência de qualquer tipo de atenção, os problemas da população não são resolvidos e as queixas são frequentes.^{2,10}

Isto está ocorrendo, porque durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares, através de programas voltados para a cárie e para a doença periodon-

tal. A prática da odontologia escolar caracterizou-se pela predominância da individualidade, do tratamento mutilador e restaurador, com baixa resolutividade.⁹ Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas.^{5,10,13}

A Federação Interestadual dos Odontologistas, juntamente com as demais entidades nacionais: Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), realizaram uma pesquisa do Perfil do Cirurgião Dentista no Brasil, com o intuito de delinear um diagnóstico, para melhor definir a atuação junto à categoria, à população e aos serviços públicos e privados. Foram entrevistados 614 profissionais de odontologia registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO), residentes nas cinco regiões do Brasil. Os resultados evidenciam as características do modelo de formação e atuação discutidos há muito tempo, persistindo o modelo de prática de intervenção clínica e individual.^{11,15}

A maior parte dos cirurgiões-dentistas brasileiros (55%) tem menos de 40 anos de idade, sendo que, 25% desses têm menos de 30 anos e não foram adequadamente preparados para atuar em PSF, o que requer uma reflexão sobre o enfoque dado pelas Instituições de Ensino Superior à formação continuada do cirurgião-dentista.¹²

Portanto, a inserção da odontologia no PSF parece ter sido de direito, mas não de fato. Os “problemas da boca” continuam sendo de responsabilidade da odontologia, e não do setor público, que não consegue solucioná-los em função da grande demanda acumulada.

A maioria dos odontólogos que trabalha no PSF está diante de muitos desafios, pois recebeu uma educação voltada para questões biológicas, curativas e técnicas com pouca ênfase nos fatores sócio-econômicos e psicológicos do processo saúde-doença, assim como, não recebeu uma educação voltada para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde; portanto, não está preparada para desempenhar suas funções neste novo modelo de atenção.^{1,9,10,12,13}

O atual modelo de atendimento nos PSF's, utilizando o agendamento da população, por setores de atuação, é um item importante na reordenação da atenção odontológica, que visa substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem o indivíduo

como um ser integral, configurando uma evolução no atendimento quando comparado àquele por livre demanda.^{7,10}

Diante desta leitura sobre a atuação do cirurgião-dentista no PSF e sua formação acadêmica, observou-se que a formação dos acadêmicos de Odontologia segue na contramão das necessidades do país. A formação acadêmica do cirurgião-dentista e a necessidade de educação continuada voltada àqueles que trabalham no PSF, devem ser repensadas, de forma a afastar destes profissionais o entendimento que seu paciente é uma unidade dentária e buscar uma aproximação para a compreensão da historicidade deste ser humano, suas necessidades individuais e coletivas.¹²

CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista, que atua no PSF, deve possuir uma parcela de especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social e precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar.

A prevenção das doenças bucais e a resolução dos problemas odontológicos que afeta a maioria da população pobre do Brasil, recebe pouco investimento do SUS e a maioria dos profissionais apresentam deficiência no atendimento deste modelo de prestação de serviço.

As Instituições de Ensino Superior devem repensar a formação do graduando em odontologia, de modo a capacitá-lo para ações de saúde coletiva, assim como promover ações que estimulem os cirurgiões-dentistas ao aperfeiçoamento na atuação dos PSF's.

ABSTRACT

Dentistry practices in the Family Health Program: a critical analysis

The Family Health Program (FHP) emerged as a strategy to give new direction to Brazil's health practices. The inclusion of oral health in the program by including the dentist in its health team represented an advance in setting new guidelines for oral health actions in primary care, by establishing the concept of oral health as a component of general health in its wider-ranging picture. The objectives of this study were to investigate the oral health situation in Brazil, as well as the duties and responsibilities of dentists in the Family Health Program. Yet another aim was to address how dentistry is exercised in the public sector. The data showed that

dental practice is personalized, centered on the disease and technologically advanced, but also exclusive and socially chaotic. The interconnection between higher-education institutions and public health services somehow impacts the training of human resources to meet this demand. Nonetheless, there is still a need to offer professional training that stresses health promotion, prevention, recovery and rehabilitation, and also to provide continued education to professionals who were trained previously to the inclusion of oral health actions in the FHP.

DESCRIPTORS

Family health. Dentistry. Oral health. ■

REFERÊNCIAS

1. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1): 219-227.
2. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 709-717.
3. Brasil. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Relatório Final. 1986. Acesso em 09/04/2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Acesso em 09/04/2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
5. Brasil. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Relatório Final; 2004. Acesso em 11/04/2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf.
6. Câmara de Educação Superior, Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Acesso em 21/03/2012. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES032002.pdf>
7. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni Jr L. A organização do sistema de saúde no Brasil. IN: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Jr L (org.) Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed.UEL, 2001.
8. Frazão P, Schneider Filho DA. Integração ensino serviços: avaliação de estágio de Odontologia em Saúde Coletiva. *Rev Bras Odontol Saude Coletiva*. 2001; 2:53-9.
9. Garrafa V, Moysés SJ. Odontologia Brasileira: Tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente Caótica. *Divulg Saúde Debate* 1996; (13): 6-17.
10. Manfredini MA. Planejamento em Saúde Bucal. IN: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.
11. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do Cirurgião-dentista brasileiro. Paraná: Dental Press Editora, 2010.
12. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1538-1544.
13. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
14. Palú APN. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná (dissertação). Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.
15. Perfil do Cirurgião Dentista no Brasil. Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócioeconômicas (INBRAPE). 2003. Acesso 03/04/2012. Disponível em: cfo.org.br/perfil_CD.
16. Souza DS, Cury JA, Caminha JN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd SP, Mendes WB. A inserção da saúde bucal no PSF. *Rev Bras Odont Saude Colet* 2001; 2(2): 13-29.

Recebido em 07/07/2011

Aceito em 25/07/2011